

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 67)

z dnia 6 marca 2013 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 67)

6 marca 2013 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- rozpatrzenie odpowiedzi Ministra Zdrowia na dezyderat nr 1 w sprawie przeprowadzenia zmian w „Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych” w części dotyczącej profilaktyki i środków na inwestycje – kontynuacja,
- pierwsze czytanie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej (druk nr 1100).

W posiedzeniu udział wzięli: **Igor Radziejewicz-Winnicki** i **Aleksander Soplński** podsekretarze stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marcin Pakulski** wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Hanna Hawrylik** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Marek Cytacki** główny specjalista w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Adam Olszewski** szef Oddziału Profilaktyki i Lecznictwa w Instytucie Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, **Jerzy Kiwiński** przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej, **Elżbieta Puacz** prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych wraz ze współpracownikami, **Aleksandra Śnieg** wiceprezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, **Janusz Moryś** przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, **Grzegorz Byszewski** i **Robert Mołdach** eksperci Pracodawców RP, **Zdzisław Bujas** wiceprzewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Krzysztof Filip** ekspert w Sekretariacie Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”, **Mariusz Kocój** członek Zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych oraz **Bogdan Cichy** i **Jacek Pędzisz** legislatorzy z Biura Legislacyjnego.

W posiedzeniu udział wzięła lobbyistka z Viewpoint Group **Agnieszka Kramza**.

Przewodniczący poseł **Bolesław Piecha (PiS)**:

Rozpoczynamy posiedzenie. Chciałbym serdecznie przywitać na dzisiejszym naszym posiedzeniu pana ministra z zespołem i pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Chcę przywitać panów profesorów i prezesów zajmujących się na bieżąco onkologią. Szczególnie chciałbym przywitać naszych gości. I oczywiście najważniejsza sprawa – witam na posiedzeniu Komisji szanowne panie i szanownych panów posłów.

Dzisiejszy porządek obrad obejmuje dwa punkty. Pierwszy punkt dotyczy rozpatrzenia odpowiedzi ministra zdrowia na dezyderat nr 1 w sprawie przeprowadzenia zmian w „Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych”, głównie w części dotyczącej profilaktyki i środków na inwestycje. Przypominam, że jest to kontynuacja naszych kilku posiedzeń w tej materii, a wynika ona z dużych problemów związanych z pierwszą odpowiedzią na ten dezyderat, którą Komisja uznała za niewystarczającą w związku z tym, zgodnie z regulaminem, poprosiła o jej uzupełnienie. Drugim punktem naszego dzisiejszego porządku obrad jest pierwsze czytanie poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej – druk nr 1100.

Czy są pytania, ewentualnie problemy związane z protokołem z poprzedniego posiedzenia Komisji? Przypominam, że protokół jest do wglądu w sekretariacie Komisji – pro-

szę o zgłoszenia. Nie widzę zgłoszeń. W związku z tym, szanowni państwo, przystępujemy do realizacji dzisiejszego porządku obrad.

Panie ministrze, proszę uprzejmie o przedstawienie odpowiedzi na dezyderat Komisji Zdrowia w sprawie programu zwalczania chorób nowotworowych. Szanowne panie i szanowni panowie posłowie otrzymali ten druk, datowany dnia 15 lutego 2013 r., drogą elektroniczną.

Panie ministrze, proszę o przedstawienie – jak rozumiem skrótowo – najważniejszych aspektów ustosunkowania się do problemów i postulatów zgłoszonych przez szanowne panie i panów posłów na poprzednim posiedzeniu Komisji Zdrowia. Proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję uprzejmie. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, pozwolę sobie przedstawić odpowiedź w skrótovej wersji, ponieważ ten dokument państwu przesłaliśmy. Skupię się na rzeczach najnowszych, które są najbardziej istotne.

Otóż – uprzedzając wszystkie dyskusje – większość umów z roku 2012, będzie kontynuowanych w roku 2013 z uwagi na fakt, że zostały już zawarte. Natomiast, pochylając się nad postulatami Wysokiej Komisji, już od kilku miesięcy analizujemy najistotniejsze zmiany, które wymagają podjęcia i zaadresowania nowych celów w ramach funkcjonowania „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” w Polsce. Pozwolę sobie bardzo skrótowo zwrócić uwagę na fakt, że uruchamiamy w tej chwili nowe zadania – w ramach prewencji pierwotnej wdrażany będzie projekt „Szkoła promująca zalecenia Kodeksu Walki z Rakiem”. Celem tego programu jest budowanie świadomości onkologicznej i poprawy jakości życia dzieci i młodzieży poprzez stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności w zakresie wpływu zdrowego stylu życia na zapobieganie chorobom nowotworowym. Chodzi także o uczestniczenie szkół w projekcie promocji zaleceń „Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem”, w tym zwiększanie aktywności fizycznej, poprawę sposobu żywienia oraz zmniejszanie rozpowszechnienia palenia tytoniu i intensyfikację profilaktyki chorób skóry. W roku 2013 proponuje się objęcie projektem 20% szkół w każdym województwie.

Warto powiedzieć, że niedawno odbyła się bardzo owocna konferencja w Tarnowie, która wskazała to miasto – dzięki aktywności Centrum Onkologii, zespołu kierowanego przez pana prof. Zatońskiego, który realizuje tę część Narodowego programu, jako lidera. Tam widać, że doskonała współpraca międzysektorowa pomiędzy kuratorium oświaty, szkołami a ministrem zdrowia i Centrum Onkologii pozwoliła utworzyć lokalnych liderów, przeszkolić wiele osób i wdrożyć program w szkołach. Wydaje się, że ten wzorcowy przykład powinien być promowany i powielany w innych województwach, co ministerstwo robi.

W ramach działań z zakresu profilaktyki pierwotnej, postanowiliśmy sukcesywnie zwiększać nakłady na działania z zakresu innowacyjnych technik komunikacji społecznej, głównie przez dotarcie do massmediów, do mediów lokalnych i budowanie kampanii społecznej. Niebawem odbędzie się w ministerstwie spotkanie z ekspertami do spraw kampanii społecznych i wybór właściwych celów – konkretyzacja działań. Miło też mi powiadomić Wysoką Komisję, że w kontakcie roboczym z panem ministrem Sławec kim odebrałem informację, że Ministerstwo Edukacji Narodowej intensyfikuje swoje zaangażowanie w program „Mam haka na raka”.

W zakresie programów prewencji pierwotnej warto również powiedzieć, że kolejnym elementem będzie lokowanie artykułów w prasie kobiecej, promocja w Internecie, a także zwiększanie naszej współpracy z instytucjami wyznaniowymi. Dochodzimy bowiem do wniosku – tym bardziej po kolejnych badaniach, których wyniki niedawno prezentował pan prof. Zatoński – iż ¼ kobiet nigdy nie była u ginekologa. Jest to więcej niż przewidziano w programach przesiewowych. Ten kanał wydaje się najwłaściwszy w dotarciu do środowisk, które są najbardziej zagrożone wystąpieniem nowotworów.

Dalej – szkolimy kadrę medyczną i postanowiliśmy zwiększyć nakłady na ten cel poprzez przygotowanie i przeprowadzenie szkoleń z zakresu pierwotnej prewencji raka, leczenia zespołu uzależnień od tytoniu oraz przygotowanie personelu infolinii prewencji pierwotnej nowotworów. Będą nowe spoty telewizyjne. Jeszcze raz podkre-

ślam, że naszym celem jest przede wszystkim dotarcie do tych warstw społecznych, które socjologowie określają mianem „wykluczeni”.

Kolejne działania, które będą realizowane w roku 2013, to szkolenie personelu medycznego z zakresu psychoonkologii. Mamy program rozszerzania działań psychoonkologicznych poprzez budowanie przy centrach onkologii – jest to wstępny projekt, ale myślę, że mogę już o nim powiedzieć – centrów koordynujących losy pacjenta, udzielających wsparcia psychologicznego, z włączeniem w ten proces również instytucji pacjentów w taki sposób, żeby nowy pacjent, który trafia z rozpoznaniem albo z podejrzeniem rozpoznania nowotworu, był prowadzony przez system leczenia w sposób dla niego przyjazny i bezpieczny. Dlatego zostanie opracowany i wdrożony program edukacyjny w zakresie psychoonkologii dla personelu medycznego – na początek, dla lekarzy, pielęgniarek i położnych, a następnie psychologów. Podjęta zostanie w tej dziedzinie współpraca z uczelniami medycznymi.

Co jeszcze warto powiedzieć w zakresie profilaktyki drugiej fazy? Już w tej chwili wojewódzkie ośrodki koordynujące wchodzi we współpracę z ośrodkami pomocy społecznej. To jest ten kierunek działań, który ma zwiększyć dostępność do programu osób wykluczonych społecznie. W roku 2014 – bo może nam się nie udać w drugiej połowie 2013 r. – rozpocznie się pilotaż samodzielnych położnych. To znaczy, że położne będą samodzielnie realizować program przesiewowy – bez lekarzy – głównie położne środowiskowe. Zaproponowaliśmy także – a Rada przychylnie wyraziła się na temat programu w tym zakresie – aby spróbować pilotażowo w kilku województwach przyjąć zasadę, że wszystkie badania cytologiczne będą opłacane z Narodowego programu, co ma za zadanie, po pierwsze, zwiększyć standaryzację i poprawić jakość uzyskiwanych wyników, a po drugie, spowodować, by dostęp do badania cytologicznego nie był uzależniony od statusu społeczno-ekonomicznego. Dzisiaj często dzieje się tak, że te pacjentki, które mają dostęp do prywatnych poradni ginekologicznych, wykonują badania cytologiczne w tych gabinetach. Natomiast naszym zdaniem, te badania powinny być wysyłane do pracowni, które realizują przesiew w ramach Narodowego programu.

Kolejna droga działania, też na rok 2014, to jest pilotaż zastąpienia skryningu cytologicznego skryningiem serologicznym, albowiem istnieją dane naukowe mówiące o tym, że jest on równie efektywny, a prawdopodobnie, dzięki efektowi skali, może być tańszy. Co jeszcze warto powiedzieć? Nastąpi wzrost nakładów na badania przesiewowe w kierunku nowotworu jelita grubego. Ten program świetnie się rozwija, ale oczywiście potrzeby populacyjne są znacznie większe niż obejmuje to program obecnie funkcjonujący.

Zgodnie z duchem dyskusji, która odbywała się w tej sali, a także w ramach posiedzeń Rady Programu, wydaje się celowe zmniejszenie nakładów na wydatki sprzętowe, z zaplanowanych 127 mln zł na mniej więcej 80 mln zł. Uzyskana kwota przesunięta zostanie na intensyfikację działań z zakresu profilaktyki pierwszej fazy i profilaktyki drugiej fazy, czyli tych działań, o których już pokrótce powiedziałem.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, to zakończę ten skrótowy opis na tym etapie. Oczywiście, z radością odpowiem na wszystkie pytania, które pojawią się w toku dyskusji. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo panu ministrowi. Rozumiem, że państwo posłowie zapoznali się z odpowiedzią na dezyderat. Przypomnę, że jest to drugie podejście do przyjęcia lub odesłania odpowiedzi na dezyderat Komisji Zdrowia w sprawie „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”.

Cz pan, panie ministrze, chciałby jeszcze poprosić swoich współpracowników lub gości o uzupełnienie, czy raczej będzie pan do dyspozycji, żeby odpowiadać na pytania?

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziejewicz-Winnicki:

Myślę, że w trakcie dyskusji...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Bardzo dziękuję. W związku z tym, nie pozostaje mi nic innego, jak przejść do dyskusji. Bardzo proszę szanowne panie i panów posłów o sygnalizowanie, kto chce zabrać głos. Rozumiem – pani przewodnicząca Małecka-Libera. Proszę uprzejmie.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, zabieram głos pierwsza, w imieniu podkomisji zdrowia publicznego, która była sprawcą tego dezyderatu.

Na temat związany z chorobami nowotworowymi i programem zwalczania chorób nowotworowych rozmawiamy już po raz „enty”, bo zaczęło się wszystko jesienią zeszłego roku, kiedy przyjmowaliśmy projekt budżetu. Już wtedy mówiliśmy o potrzebie zmian w Narodowym programie.

Tak jak powiedział pan przewodniczący, to jest drugie podejście. Widzę, że posuwamy się krok do przodu. Są planowane konkretne zmiany i weryfikacja Narodowego programu. Chciałabym się jednak podzielić kilkoma spostrzeżeniami i uwagami, które ostatnio do mnie dotarły.

Został opublikowany raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, przygotowany przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Niestety, gdy sięgnęłam do tej publikacji, to okazało się, iż nowotwory są drugą przyczyną zgonów mieszkańców Polski – za 24% zgonów odpowiadają choroby nowotworowe – to wiedzieliśmy. Zatrwożyło mnie jednak to, że mimo realizacji „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” wskaźniki zachorowalności i wskaźniki umieralności, niestety, nie poprawiły się. Jako przykład podam województwo śląskie, gdzie, jak się okazało, łączna zachorowalność na choroby nowotworowe wzrosła o 7,5% w stosunku do roku 1999, czyli na przestrzeni mniej więcej dziesięciu lat, a także wzrosły wskaźniki zgonów – prawie o 15%.

Zatrważające jest również to, że większym zagrożeniem życia z powodu chorób nowotworowych są dotknięci mężczyźni, a nie kobiety. Dlaczego o tym mówię? Dlatego, że kampanie edukacyjne są głównie kierowane do kobiet. I chwała za to. Bardzo dobrze, że takie kampanie są. Jestem zwolenniczką wszelkich kampanii medialnych i edukacyjnych, jeżeli chodzi o profilaktykę i promocję zdrowia, ale myślę, że już pora skierować takie kampanie do mężczyzn i zaadresować do nich również badania profilaktyczne.

Druga rzecz, która się ujawniła. To duża dysproporcja, czyli nierówność, pomiędzy mieszkańcami miast i wsi, jeśli chodzi o zagrożenie chorobami nowotworowymi. Myślę, że to też jest duże wyzwanie, które powinniśmy wziąć pod uwagę, i tak zbudować „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”, aby starać się te nierówności eliminować.

Reasumując, ogólnie przyjmuję za dobry kierunek dzisiejszych propozycji, które pan minister składa, natomiast wierzę, że jesienią, przy kolejnym debatowaniu nad budżetem i kolejnych propozycjach dotyczących programów zdrowotnych, które będą zatwierdzane z budżetu, pojawi się również sygnał o priorytetach, jakie powinny obowiązywać. Chodzi o temat, który był wywołany godzinę temu, a więc zweryfikowanie „Narodowego Programu Zdrowia” pod kątem priorytetów i efektywności leczenia społeczeństwa. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani poseł.

Poseł Józefa Hryniewicz (PiS):

Panie przewodniczący, szanowny państwo, cały czas domagam się, aby ten program nie powodował tego, co – krótko mówiąc – jest ciągle w praktyce systemu ochrony zdrowia w Polsce. Co z tego, proszę państwa, że pójdę na badania, zrobię badania i dostanę wynik pozytywny? Co mam zrobić z tym wynikiem? Położyć go na serduszku? Oprawić w ramki i powiesić na ścianie? Nie ma w tym programie takiego postępowania, aby za badaniem szła pogłębiona diagnostyka i podjęte były dalsze działania konieczne przy stwierdzeniu stanu.

To jest główny powód, dla którego – jak wykazują statystyki, także demograficzne – rośnie udział przyczyny zgonu z powodu chorób nowotworowych. Oczywiście, w różnych miejscach i w różnych grupach jest one różny, ale rośnie. Czyli możemy powiedzieć tak: z „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, owszem, nakupiono dużo sprzętu, ale nic z tego nie wynika dla zmniejszenia śmiertelności, dla zmniejszenia

liczby sytuacji, kiedy ludzie dowiadują się, że są chorzy na chorobę nowotworową w stanie tak zaawansowanym, że właściwie nic nie da się zrobić.

W ostatnim roku, w najbliższym moim otoczeniu rodzinnym i przyjacielskim pocho-
wałam dwie osoby, jedna z tych osób od wielu lat leczyła się na zupełnie coś innego,
po czym okazało się, że ma bardzo rozsiany nowotwór płuc. Po sprawdzeniu zdjęć
okazało się, że 5 lat temu był do rozpoznania nowotwór płuca. Wobec tego – po co jest
to leczenie? Po co ta osoba chodzi na badania? Po co jest poddawana różnym badaniom,
także inwazyjnym, jeżeli nawet z tych prostych badań nic nie wynika?

Druga osoba, leczona przez telefon, najczęściej przez lekarz pierwszego kontaktu,
po przekazaniu do szpitala...

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

To nie ma nic wspólnego z programem.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę nie przeszkadzać. Proszę państwa, każdy ma prawo zabrać głos. Proszę bardzo.

Poseł Józefa Hryniewicz (PiS):

To ma bardzo dużo wspólnego z programem. Dowiaduje się, że ma zaawansowany, roz-
siany nowotwór jelita grubego. To nie może być tak, że idę ponad miesiąc temu do Insty-
tutu Onkologii z bliską osobą, gdzie pobierana jest próba, a do dzisiaj, po pięciu tygo-
dniach, nie ma wyniku badań. To się odbywa w Warszawie. Przecież 5 tygodni w lecze-
niu choroby nowotworowej, jeśli ona jest, coś znaczy.

Zatem, w związku z tym, co państwo piszą w odpowiedzi na str. 2, że „Na etapie
prac nad poprawą skuteczności programów przesiewowych planuje się otworzyć przede
wszystkim na zdobycze nauk humanistycznych...” poprosiłabym, żeby państwo otwo-
rzyli się na prawidłową organizację postępowania z osobami chorymi. To by było znacz-
nie lepsze.

Dlaczego ludzie nie idą na te badania przesiewowe? Dlatego, że nie ma dalszego
postępowania z osobami chorymi. Czy moim koleżankom i kolegom z Komisji sejmo-
wej, lekarzom, to się podoba, czy nie, to ja będę to mówić. Proszę pana ministra o to,
aby pokazał mi, że to, co pan nam dzisiaj przedstawia, to jest taki oto system, że dzisiaj
zgłaszam się na badania przesiewowe, mam pozytywny wynik i już cały system prowa-
dzi mnie do końca, aż do wyleczenia czy zaleczenia, albo do takiego postępowania, jakie
w danym czasie jest możliwe. Gdyby państwo wytłumaczyli ludziom, że takie będzie
dalsze postępowanie, to nikt by się przed tymi badaniami nie wzbierał.

Prosiłam już dwa razy w tej Komisji, że nic nie stoi na przeszkodzie, aby komitet
naukowy zwalczania chorób nowotworowych zwrócił się, na przykład, do Episkopatu
Polski, żeby z ambony któregoś dnia, czy dwa razy w roku, został przeczytany list Epi-
skopatu mówiący o tym, że brak dbałości o własne zdrowie jest grzechem. Do wielu ludzi
to dotrze. Naprawdę jest wiele prostych sposobów dotarcia do tych ludzi. Jeżeli jednak
komitet nie zwraca się do Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji, żeby przedstawiać tam
problemy uświadamiania i promocji zdrowia związanej z chorobami nowotworowymi,
to przecież nic się z tym nie dzieje. Naprawdę się dziwię, że dzisiaj po raz kolejny zabie-
ramy czas pana ministra, który na pewno ma dużo ważniejszych spraw i ciągle rozma-
wiamy o tym samym, a nie jesteśmy w stanie wypracować prostego schematu postępo-
wania, który jest znakomicie znany we wszystkich krajach, gdzie tym, którzy są odpo-
wiedzialni za zwalczanie chorób nowotworowych, zależy na poprawie stanu zdrowia.
Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pan poseł Hoc, później pan przewodniczący Katulski i pan poseł
Ziętek. Proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Pani profesor o tym mówiła, ponieważ jednak nie wszy-
scy dokładnie słuchali, będę to powtarzać, ale w innym kontekście. To trzeba powtarzać,
bo to, że istnieje „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” to dobrze, tak
powinno być, natomiast byłoby wspaniale, a nawet kapitalnie, gdyby ten program skoń-

czył się konkluzją, o jakiej mówiła pani profesor, żeby powstała kompleksowa opieka nad pacjentem – na str. 6 jest bardzo ładnie napisane – która by przeprowadziła „pacjenta z chorobą nowotworową, przez skomplikowaną drogę rozpoczynającą się od zdiagnozowania choroby, poprzez świadczenia specjalistyczne, leczenie szpitalne aż po rehabilitację i powrót do zdrowia”. Gdyby polscy pacjenci mieli wiarę w możliwość wyleczenia, to naprawdę nie byłoby tego lęku przed rozpoznaniem choroby nowotworowej. To jest podświadomy i świadomy lęk przed rozpoznaniem choroby nowotworowej, bo wiadomo jest, że potem będzie gehenna.

Jako lekarz i poseł mogę podać dziesiątki przykładów pojedynczych pacjentów, którzy przychodzą w swej bezsilności, załamaniu i wielkim cierpieniu po pomoc, żeby przyspieszyć badanie komputerowe, rezonansowe czy inne specjalistyczne badanie. Byłoby wspaniale, gdybyśmy „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” zakończyli stworzeniem specyficznej mapy drogowej dla każdego pacjenta, żeby miał pewność, że z chwilą rozpoznania, a nawet podejrzenia choroby nowotworowej, wejdzie w taki system, w którym on, jego rodzina, sąsiedzi i posłowie nie będą musieli się martwić, bo będzie cały czas prowadzony specjalistycznie.

Proszę państwa, jeśli jest tak, że nadal jesteśmy jednym z krajów, w którym od momentu rozpoznania histopatologicznego nowotworu złośliwego do rozpoczęcia nowoczesnej terapii mija najwięcej czasu, ponieważ w krajach, gdzie ten system bardzo dobrze funkcjonuje, ten czas to kilka-kilkanaście dni. U nas jest to co najmniej kilka miesięcy. Jest to horror. Jest to nie tylko dramat dla pacjenta w wymiarze fizycznym, społecznym i aksjologicznym, ale też odpornościowym. Pacjent traci mobilizację, aktywność, chęć do walki, bo wie, że chorobą wciąż się rozwija, tli. Każda godzina, każdy dzień, to jest dla niego walka o życie, natomiast procedury trwają. O tym właśnie mówiła pani profesor. Uważam, że na tym powinniśmy się szczególnie skupić, rozliczyć ministerstwo i kogoś odpowiedzialnego za ten pogram, czy pod koniec tego programu – bo praktycznie 7 lat mamy ten program – zostanie stworzony system kompleksowej opieki nad chorym nowotworowo.

Bardzo dobrze, że są kampanie uświadamiające, edukacyjne, przesiewowe, psychoonkologia. To wszystko jest bardzo fajne. Wiemy, że rozpoznanie raka to nie wyrok, każdy o tym wie, natomiast – jeszcze raz powtarzam – chodzi o skuteczność. Co z tego, że 7 lat mamy program, wydaliśmy mnóstwo pieniędzy, gdy czytamy na str. 2 taką konstatację: „Ponadto w związku z faktem, że w Polsce umieralność z powodu nowotworów złośliwych ogółem przed 65 rokiem życia należy do najwyższych spośród kiedykolwiek obserwowanych na świecie” Mija 7 lat, pieniądze są wydawane, oczywiście są szkolenia – wiemy, że w przeszłości były nawet pewne procedury, bo niektórzy zarabiali krocie na szkoleniach a nie na ich efektywności – i zaczynamy się zastanawiać, dla kogo to wszystko jest. Jeśli to jest dla pacjenta, to on zginął gdzieś po drodze albo został zgubiony. A jest to pacjent, który najbardziej potrzebuje nadziei.

Dlatego z całą stanowczością i determinacją proszę, apeluję, żądam od miarodajnych czynników i tych, którzy odpowiadają za ten program, wyegzekwowania – również przez nas, jako sejmową Komisję – wymiernych efektów tego programu. Już nie chodzi o zwiększoną rozpoznawalność, tylko o skuteczność leczenia. Mamy pieniądze, naprawdę dobrze wyszkoloną kadrę – wydaje mi się nawet, że pod względem naukowym, merytorycznym i profesjonalnym jesteśmy daleko z przodu, jeśli chodzi o niektóre państwa Europy – natomiast efekty są mizerne, prawie żadne. Musimy coś w tym zakresie zrobić, coś postanowić, bo dalej tak być nie może. Nie może być tak, że pacjent, który ma rozpoznanie choroby nowotworowej lub będzie mieć to rozpoznanie, jest totalnie załamany. Trzeba go dobrze wspierać, ale co z tego wsparcia, jeśli nie ma potem dalszego postępowania specjalistycznego.

Na zakończenie, mam jedno pytanie. Nie wiem, czy to jest pytanie retoryczne. Nie wiem, czy jest stosowne wypominać, czy stygmatyzować kobiety, że te, u których najczęściej występuje rak piersi czy szyjki macicy, są mniej wykształcone – czytaj, mniej dbające o higienę itd. Nie wiem, czy w takich opracowaniach powinno to być wyjustowane, bo jest to pewna stygmatyzacja, piętnowanie, bo mógłbym to samo powiedzieć o paleniu papierosów czy o innych sprawach – na przykład, o aborcjach czy antykoncepcji,

u kogo jest więcej raków piersi. Tego nie mówi się publicznie, dlatego że jakby stygmatyzuje się pewne działania i osoby. Możemy o tym mówić w gronie naukowym czy dydaktycznym, ale nie wiem, czy potrzebne są takie powszechne publikacje. To niczemu nie służy, a nawet przeciwnie. Pani profesor właśnie mi podpowiada – czy są jakieś dowody naukowe na potwierdzenie tych założeń, bo takie działanie i doniesienia wydają mi się bardzo ryzykowne? W tym zakresie byłbym bardzo powściągliwy. Jeśli pan minister mi odpowie albo wykaże, że jest to oparte na badaniach randomizowanych wielośrodkowych, najlepiej bardzo profesjonalnie wykonanych, to mógłbym to mówić po cichu, natomiast, jeśli jest to tylko takie wrażenie albo spostrzeżenie, to jest to za mało, żeby o tym pisać w oficjalnych dokumentach. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Katulski, proszę.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, nie będę omawiać całej onkologii ani pojedynczych przypadków onkologicznych, bo chciałbym zwrócić uwagę Komisji na to, że my dzisiaj pracujemy nad odpowiedzią ministra zdrowia na dezyderat Komisji, który właściwie sprowadzał się do jednego. Komisja wyraziła takie oczekiwania, żeby spróbować przemodelować „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” tak, aby część pieniędzy, które dotychczas są wydawane na zakupy inwestycyjne – w opinii Komisji może zbyt duże – przeznaczać na różnego rodzaju działania profilaktyczne, edukacyjne i promocyjne, po to, aby zwiększyć wczesne wykrywanie chorób nowotworowych. I oto otrzymaliśmy odpowiedź na ten dezyderat.

Mam pytania do ministra zdrowia. Na str. 7 odpowiedzi jest omawiana sytuacja, jeśli chodzi o sprzęt, jakim dzisiaj dysponujemy. Na początku tego akapitu jest bardzo ważna informacja dla Komisji, że na przestrzeni trzynastu lat skróciło się zdecydowanie oczekiwanie na leczenie radioterapią z 8-10 tygodni do 4-5 tygodni w roku 2011.

Są wymienione rodzaje aparatury medycznej, takie jak tomografy komputerowe. Okazuje się, że tomografów mamy na milion mieszkańców mniej więcej tyle, ile w Europie Zachodniej. Chciałbym tylko zwrócić uwagę na to, że tomograf to nie jest podstawowe narzędzie diagnostyczne w leczeniu czy wykrywaniu chorób nowotworowych. Tomografy wykorzystuje się również w innych zdarzeniach medycznych. To jest dzisiaj niezbędne narzędzie pracy neurologa, neurochirurga, internisty. Właściwie jest to już dzisiaj podstawowe narzędzie pracy w całej diagnostyce obrazowej.

Jeśli chodzi o rezonanse magnetyczne, to mamy ich prawie tyle, ile w Europie Zachodniej. Tu ta sama uwaga, że rezonans magnetyczny to jest narzędzie, które służy nie tylko do diagnostyki chorób nowotworowych.

Mamy natomiast bardzo ważną informację, że w dalszym ciągu liczba gamma-kamer jest zbyt mała i rażąco odstaje od tej, jaka jest w Czechach, na Węgrzech i w Europie Zachodniej. Ocenia się, że dzisiaj mamy ich 1,6 na milion mieszkańców, a eksperci Europejskiego Towarzystwa Medycyny Nuklearnej szacują, że powinno być ich około 10. Zatem, tak naprawdę, gamma-kamer trzeba jeszcze dokupić.

Natomiast w ogóle nie ma informacji o PET, a panuje powszechne przekonanie, że w Polsce otworzyliśmy nadspodziewanie dużo ośrodków z PET. Brakuje informacji – chciałbym pana ministra prosić o uzupełnienie – ile mamy PET i czy ich liczba na milion mieszkańców w Polsce jest mniej więcej taka sama jak w Europie Zachodniej, czy jest ich mniej, a może jest ich więcej. Taką informację chciałbym otrzymać, bo to pozwoli wyrobić sobie pogląd, czy pieniądze na inwestycje, jeśli chodzi o sprzęt medyczny, są wydawane w sposób racjonalny, to znaczy, na sprzęt, którego brakuje, bo z informacji państwa wyraźnie widać, że brakuje gamma-kamer. Być może czegoś innego kupiono zbyt dużo.

Jeszcze w kolejnej sprawie ze str. 9, mam następujące pytanie. Ministerstwo Zdrowia udzieliło dotacji na łączną kwotę 374 tys. zł, w ramach „Programu pomocy dla osób chorych na choroby nowotworowe połączony z programem wsparcia dla członków ich rodzin”. Te pieniądze zostały rozdzielone w ten sposób, że otrzymały je 3 organizacje: Fundacja Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową w Warszawie – 149 tys. zł; Polski Komitet Zwalczania Raka w Warszawie – 203 tys. zł; Poznańskie Towarzystwo Ama-

zonki w Poznaniu – 22,2 tys. zł. Chciałbym wiedzieć, czym ministerstwo kierowało się rozdzielając te pieniądze w taki, a nie inny sposób. Czy nie było innych wniosków? Czy ministerstwo ma rozeznanie, czy te pieniądze, które prawie w całości trafiły do instytucji pozarządowych warszawskich, znalazły wykorzystanie również w terenie, czy tylko w Warszawie? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan poseł Ziętek.

Poseł Jerzy Ziętek (PO):

Dziękuję serdecznie. Przyznam szczerze, że dołączam się do słów pana przewodniczącego Katulskiego – w dużej mierze o to też chciałem zapytać. Chciałbym jednak rozszerzyć te sprawy.

Powiem jako poseł, lekarz, ale i przewodniczący Śląskiej Koalicji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy, że bardzo się cieszę, iż w odpowiedzi na ten dezyderat zostało umieszczonych wiele wniosków i postulatów tej Koalicji. To jest ważna sprawa. Cały czas drażnę ten temat, bo profilaktyka, szczególnie, jeśli chodzi o raka szyjki macicy, opiera się na profilaktyce pierwotnej i wtórnej, edukacji, rejestrach itd. Tu brakuje informacji na temat szczepień profilaktycznych HPV.

Obecnie organizuję w województwie śląskim „pospolite ruszenie” – zwracam się do burmistrzów, starostów o informację i połączenie sił dotyczących właśnie profilaktyki raka szyjki macicy. Okazuje się, że w województwie śląskim, jeśli chodzi o to szczepienie, burmistrzowie uzyskują pozwolenie i ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznych i szczepią dziewczynki w wieku 12-13 lat. Po zebraniu wszystkich informacji, przekażę te dane panu ministrowi.

Krótko powiem, że zastanawialiśmy się wielokrotnie na temat wysyłania zaproszeń na badania cytologiczne. Mam uwagę odnośnie do ewentualnych zupełnie bezkosztowych zmian, które dotyczą przetargów. Pamiętają państwo, że zastanawialiśmy się nad tym, czy kilka milionów złotych wydane na koperty za zaproszenia jest prawidłowym działaniem, czy to da efekty. W końcu, kiedyś na posiedzeniu Komisji Zdrowia doszliśmy do wniosku, że jeżeli z tego zrezygnujemy, to zgłaszalność będzie jeszcze gorsza. Jednak tu mamy pewien problem – chciałbym wydłużyć okres wysyłania zaproszeń. W związku z tym proszę – czy Centralny Ośrodek Koordynacyjny mógłby trochę lepiej współpracować z ośrodkami wojewódzkimi? Chodzi o termin przetargów na wyłonienie instytucji, która zajmuje się całą dystrybucją, bo potem zostaje nam za mało czasu na wysyłanie tych zaproszeń. To się wiąże z prawem zamówień publicznych, długotrwałą procedurą przetargową. Potem jest już tylko kilka miesięcy na to, żeby wysłać zaproszenia.

Z bardziej szczegółowych pytań – czy ministerstwo planuje powrót do współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych na temat szczepień, ponieważ, jak wiem, starostowie otrzymują takie zezwolenia i szczepią? Ostatnio uzyskałem informację, że niepotrzebna jest opinia AOTM, żeby szczepić, że to nie jest wiążące.

Chciałbym również zadać pytanie na temat cytobusów, bo to też jest ważna informacja. Z tego, co wiem, rozporządzenie na ten temat chyba wyszło z ministerstwa, ale – czy jest w Narodowym Funduszu Zdrowia „produkt” pod nazwą cytobusy? To chyba wszystko.

Chciałbym zwrócić uwagę na to, że mamy odpowiedź na dezyderat. Myślę, że oczekujemy na to, żeby zawarte tu punkty znalazły się w zmodyfikowanym „Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych na 2013 r.”, do którego musimy się przygotować. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan przewodniczący Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze – trzy sprawy, które nie znalazły się w odpowiedzi, a były poruszane, między innymi przeze mnie, na poprzednim posiedzeniu Komisji dotyczącym tego programu.

Pierwsza sprawa dotyczy skryningowych grup wiekowych. Wiemy, że zarówno w przypadku cytologii, jak i mammografii, pacjentki, które nie są objęte tą grupą skryningową, nie mają możliwości włączenia się do programu, pomimo tego, że pacjentki, które mieszczą się w tych grupach wiekowych, nie zawsze, a raczej rzadko, do nich się zgłaszają. Dlatego pytanie, czy nie przeprowadzić rewizji tych grup, zwłaszcza dotyczących badania droższego, jakim jest mammografia. W przypadku pacjentek po 35 roku życia, kiedy utkanie gruczołów sutkowych zmienia swój charakter, badania mammograficzne są rekomendowane od 35 roku życia, a te pacjentki, tak naprawdę, wchodzą w skryning zdecydowanie później.

Drugie pytanie – również mówiłem o tym na poprzednim posiedzeniu Komisji – dotyczy kompleksowości prowadzenia pacjenta. Często zdarza się, że pacjent, który otrzymuje wynik badania histopatologicznego albo słyszy sugestię ze strony lekarza AOS, czy podstawowej opieki zdrowotnej, dotyczącą zmiany, która może być podejrzana, nie zawsze jest dokładnie poinformowany albo nie zawsze dociera do ośrodka, który jest referencyjny i może poprowadzić go całościowo. Często zdarza się, że zmiany, zwłaszcza na wczesnym etapie zaawansowania, są leczone w ośrodkach, które nie prowadzą leczenia kompleksowo. Skutkuje to tym, na przykład, że pacjent ma operowaną zmianę nowotworową, a następnie jest pozostawiony z wynikiem badania histopatologicznego, bez możliwości kontynuacji w postaci chemioterapii, radioterapii czy jakichś innych działań, którymi kompleksowo zajmują się w Polsce ośrodki leczenia onkologicznego.

Trzecia sprawa, która też była poruszana. To jest pytanie raczej do Narodowego Funduszu Zdrowia. Ze stanowczym uporem będę podkreślać, że możemy prowadzić akcje uświadamiania, czy prowadzić działania w postaci mammobusów, cytobusów czy cytomammobusów, których koszt-efektywność mogą państwo ocenić na podstawie tego, co do tej pory jest robione, natomiast znikają w kontraktowaniu z Narodowym Funduszem Zdrowia poradnie ginekologiczno-położnicze, w przypadku których założeniem ze strony NFZ jest to, żeby były kompleksowe. Problem polega na tym, że jest mnóstwo małych ośrodków, do których ginekolodzy dojeżdżali na jeden dzień wizyt, z zapisami, że ci lekarze mają się tam pojawiać trzykrotnie na cztery godziny. Spowodowało to, że wiele tych poradni nie otrzymało kontraktu. Oczywiście, jest ruch ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia polegający na tym, że w szczególnie uzasadnionych przypadkach takie poradnie mogą być zakontraktowane, natomiast my będziemy przeznaczać pieniądze na jeżdżące cytomammobusy i wysyłanie zaproszeń, a pacjentki, które były przyzwyczajone do profilaktyki i skryningu w małych poradniach, zostaną z nich wyłączone i nigdy do tego skryningu się nie włączą z prostych przyczyn – bo nie dojadą do kompleksowego ośrodka skryningowego. Czym innym jest skryning, który jest tani, prosty i tak naprawdę zależny od decyzji pacjenta, a czym innym jest follow-up pacjenta z rozpoznaniem nowotworem, czy z podejrzeniem choroby nowotworowej, gdy pacjent jest w stanie pojechać do ośrodka kompleksowo się tym zajmującego i mieć lezoną tę chorobę krok po kroku, w standardach najwyższych z możliwych. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani posłanka Okragły.

Posel Janina Okragły (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, mam pytania dotyczące dwóch kwestii, a właściwie chodzi mi o uszczegółowienie zawartych tu sformułowań.

W odpowiedzi zwrócono uwagę na to, że dominują nowotwory zlokalizowane w płucach. Zaczyna się obserwować, że coraz częściej na raka płuc chorują kobiety. To się zgadza z moją obserwacją jako lekarza pracującego w podstawowej opiece zdrowotnej.

Przeczytaliśmy, że planowane jest przeprowadzenie działań z zakresu prewencji pierwotnej. W związku z tym, mam pytanie. Ponieważ czynnikiem wywołującym raka płuc jest najczęściej palenie tytoniu, czy to będą działania z zakresu kampanii antynikotynowej – „Nie pal”? Czy będą na to przeznaczone dodatkowe środki? Chciałabym podkreślić, że już w roku 2010, a może w 2009, była prowadzona intensywna kampania medialna, co znalazło odbicie w zmniejszonej liczbie osób palących papierosy. Natomiast ostatnie

sprawozdanie wykazało niewielki, ale wzrost liczby osób palących. Dotyczy to szczególnie kobiet, w przypadku których ten spadek w ciągu wielu lat był najmniejszy, a teraz zaznacza się wzrost. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Bardzo się cieszę, że zwrócono uwagę na środowiska wykluczonych, aczkolwiek ze strony posła Hoca padły słowa o stygmatyzowaniu. Jest prawdą, że w środowiskach słabszych finansowo i mniej wykształconych, zagrożonych wykluczeniem, jest zdecydowanie większa zachorowalność nie tylko na nowotwory, ale głównie jest zdecydowanie późne wykrywanie nowotworów. Moje pytanie dotyczy raka szyjki macicy. Pan minister mówił o zintensyfikowaniu działań. Czy położne, które mają największe możliwości dotarcia do środowisk wykluczonych, będą włączone w programy profilaktyczne – oprócz mammobusów? Czy będzie położony większy nacisk na działania edukacyjne pielęgniarek środowiskowych właśnie w środowisku zagrożonych wykluczeniem, słabszych ekonomicznie? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Latos, proszę uprzejmie.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo – trzy kwestie. Panie ministrze, pierwsza sprawa. Jeżeli mówimy o statystykach dotyczących, na przykład niewielkiej liczby gamma-kamer, co wynika z tego sprawozdania – o czym mówił też pan przewodniczący Katulski – musimy mieć świadomość jednej rzeczy. Co z tego, że będziemy mieć więcej gamma-kamer, jeżeli będzie brakować lekarzy, specjalistów medycyny nuklearnej, którzy te badania będą oceniać, opisywać? Z tego, co się orientuję, wynika, że lekarzy tej specjalności brakuje. W związku z tym powstaje pytanie o politykę rządu w tym zakresie – liczbę miejsc rezydenckich, liczbę miejsc na kształcenie w tej jednak niszowej specjalności – bo samym zwiększeniem liczby gamma-kamer sprawy nie załatwimy.

Druga sprawa, też dotycząca wspomnianych statystyk. Powinniśmy uzupełnić to sprawozdanie, panie ministrze, o dane z Narodowego Funduszu Zdrowia – ile mamy zakontraktowanych badań na milion mieszkańców w porównaniu z innymi krajami. Bo co z tego, że mamy 8-10 rezonansów magnetycznych, a ktoś ma kilkanaście. Ważne jest, czy ten rezonans magnetyczny pracuje od rana do wieczora, czy tylko 5 godzin na dobę, albo jeden pracuje od rana do wieczora, a drugi tylko 5 godzin na dobę. Te dane nie do końca pokazują cały obraz sytuacji. Gdybyśmy mieli wiedzę na temat liczby wykonywanych i zakontraktowanych badań i porównanie z krajami Europy Zachodniej, to mielibyśmy pełniejszy obraz odnośnie do dostępności do tej specjalistyki.

Ostatnia sprawa, związana ze szkoleniem lekarzy radiologów, współpracą itd. Oczywiście permanentna nauka w pięknym zawodzie lekarskim to jest truizm. Wiemy – każdy z nas musi się szklić. Jestem radiologiem i mam świadomość tego, że trzeba się nieustająco szkolić. Służą temu również konferencje naukowe, kongresy i zjazdy. Jednak, powiedzmy sobie jasno, to jest wymóg specjalności. To, że ktoś umie opisywać obraz z rezonansu magnetycznego czy tomografii komputerowej to jest wymóg, nieodłączny składnik zdania egzaminu specjalizacyjnego. Natomiast ważne jest, co się dzieje później. Powiedzmy też jasno, że trzeba umożliwić szkolenie tym, którzy tego potrzebują, może na szerszą skalę, ponieważ, jeżeli ktoś czegoś nie wykonuje, to traci pewne umiejętności, nawet te, którymi wykazał się podczas egzaminu specjalizacyjnego. Inaczej też się pracuje, jeśli ktoś ma duże doświadczenie w zawodzie, wykonuje tysiące badań – mówię o rzeczach oczywistych. Zatem, po pierwsze, takie można było odnieść wrażenie z tego sprawozdania, że u nas brakuje szkolenia i trzeba uruchomić specjalny program szkoleń. To nieprawda – jest program szkoleń, również do specjalizacji trzeba te umiejętności nabyć. Natomiast jest pytanie, co dalej z podtrzymywaniem lub podnoszeniem umiejętności osób, które już pracują w zawodzie i nawet dość wąsko się specjalizują, bo ktoś później już całe życie pracuje w pracowni rezonansu magnetycznego, a ktoś w pracowni tomografii komputerowej czy w pracowni USG.

Jeszcze jedna sprawa – sprzęt. W tym zakresie pewnie wciąż jest sporo do zrobienia, bo chociaż dużo się zmieniło w ostatnich latach – ten sprzęt jest wymieniany również

dzięki temu programowi – jest jednak wiele szpitali, gdzie albo sprzęt jest niewystarczająco dobrej jakości – mówię chociażby o aparatach USG – albo, co gorsze, jest pewien podział. Na przykład, są 3 aparaty USG w szpitalu. Na potrzeby badania echa serca jest schowany najlepszy aparat, którym również można wykonywać badania dopplerowskie, ale i inne badania, natomiast na co dzień „tłucze” się badania – mówię slangiem – na byle jakim sprzęcie. Powiem państwu, jakie to ma znaczenie, empirycznie sprawdzone przeze mnie osobiście, kiedy widziałem zmianę u pacjenta w badaniu tomografii komputerowej. Zdziwił mnie wynik ultrasonografii. Niech państwo sobie wyobrażą – wykonałem badanie USG po badaniu tomografii komputerowej, kiedy wiedziałem, gdzie szukać zmiany, na dwóch aparatach, mówiąc w uproszczeniu, nowym i starym. Na nowym tę zmianę widziałem, na starym nie widziałem, ponieważ oprogramowanie uśredniało dane, które wracały z sondy. Po prostu, aparat tego nie widział. Jest więc szalenie ważne, abyśmy w ramach tego programu przyjrzeliby się temu i w jakimś sensie zmusili do bardziej racjonalnego gospodarowania sprzętem, a także do dalszej wymiany sprzętu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani posłanka Zalewska, proszę.

Posel Anna Zalewska (PiS):

Dziękuję bardzo. Państwo przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, mam krótkie pytanie. Bardzo bym chciała usłyszeć odpowiedź na pytanie o nadzór medyczny nad szczepionkami dla nastoletnich dziewczynek na raka szyjki macicy fundowanymi przez samorządy. Kto to przebadał? Kto to kontroluje? Dlaczego, jeżeli jest to dobre, nie jest to w programie? Dziękuję?

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy to wszystko, pani posłanko?

Posel Anna Zalewska (PiS):

Rozumiem, że pan przewodniczący jest zdziwiony, ale, tak.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Nie jestem zdziwiony. Czy jeszcze ktoś z pań i panów posłów chciałby zabrać głos? Może ktoś z zaproszonych gości. Proszę uprzejmie. Proszę się przedstawić.

Prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych Elżbieta Puacz:

Dzień dobry. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych. Elżbieta Puacz, prezes tej Izby.

Szanowni państwo, chciałabym zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz. Na posiedzeniu Komisji w dniu 5 grudnia ubiegłego roku pan minister powiedział o wypracowaniu nowych rozwiązań, których celem będzie zwiększenie zgłaszalności na badania skryningowe, a w konsekwencji zmniejszenie zachorowalności. Pragniemy zwrócić uwagę na to, że sama zgłaszalność nie zwiększy wykrywalności zmian przednowotworowych i nowotworowych. Nie osiągniemy tego, jeżeli nie będziemy wspomagać nowej diagnostyki nowotworów, a jej podstawą są diagnostyki laboratoryjne, którzy giną w trakcie państwa rozmów.

Proszę państwa, właśnie w Polsce mamy diagnostów, którzy mają specjalizację z cytomorfologii złuszczeniowej i oni wykonują te badania. Patomorfolodzy – wiemy, że czynnych zawodowo jest ich w Polsce około 400 – zajmują się wyłącznie nadzorem i weryfikacją wyniku, natomiast diagnostyki laboratoryjne wykonują podstawowe badanie. Jest problem, ponieważ do tej pory nie mamy centrum, które ocenia jakość wykonywanych badań z zakresu cytologii. Nadal nie mamy centrum – takiego, jak centrum dotyczące jakości badań mikrobiologii w analityce – które dopuszczałoby do rynku ośrodki, które prawidłowo wykonują badania cytologiczne.

Proszę państwa, kolejną sprawą jest to, że dotychczas finansowano szkolenia dla pacjentek, położnych i lekarzy, a szkoleń dla najważniejszej grupy, która wykonuje te badania – diagnostów laboratoryjnych – niestety, nie przewidziano w planach finansowych. Dotychczas finansowano potrzeby ośrodków wykrywających nowotwory, a nie pracowni diagnostyki cytologicznej, gdzie wykrywa się zmiany przednowotworowe.

Uważamy, niestety, że diagnostyki laboratoryjni pracują na starym sprzęcie, który umożliwia barwienie jeszcze w sposób manualny, podczas gdy jest już sprzęt umożliwiający wykonywanie cytologii płynnej, tak jak w innych państwach Unii Europejskiej. Na całym świecie wykonuje się cytologię fazy płynnej i diagnostyki molekularnej, a u nas ta diagnostyka jest jeszcze dość prymitywna. Niestety, taka dopuszczana jest do rynku zdrowia. Proszę państwa, abyście na te ważne aspekty chcieli zwrócić uwagę.

Jeszcze jedno chciałabym powiedzieć. Na poprzednim posiedzeniu pan poseł Czesław Hoc powiedział, że powinno być kilkanaście wiodących ośrodków diagnostycznych, a nie ośrodki rozsiane wszędzie.

Na ostatnim posiedzeniu Komisji pan przewodniczący Bolesław Piecha wprost zadał pytanie, czy określone placówki wymagają wsparcia finansowego. Odpowiadam – tak. Musimy doposażyć diagnostykę laboratoryjną z zakresu cytologii w nowoczesny sprzęt spełniający standardy Unii Europejskiej. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś chciałby zabrać głos? Proszę uprzejmie.

Wiceprezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Aleksandra Śnieg:

Aleksandra Śnieg, wiceprezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Do tej wypowiedzi chciałabym dorzucić aspekt naszego środowiska zawodowego.

Pani poseł, bardzo dziękuję za wskazanie ważnej roli naszego środowiska. Kwestia sprzętowa, o której była tu mowa, jest bardzo ważna, natomiast my od dłuższego czasu podnosimy sprawę znikających zasobów naszego środowiska zawodowego. Jeżeli państwo mówią tu, że nasza rola jest bardzo duża, a my wiemy, że jest duża, to jest pytanie o dofinansowanie, a nawet finansowanie szkoleń pielęgniarek i położnych, programów, które już istnieją, za które w większości pielęgniarki i położne – głównie POZ – same płacą. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, zanim udzielę panu głosu, chciałbym trochę uporządkować tę sprawę, bo dyskusja była bardzo szeroka i padło dużo pytań, natomiast myliliśmy pewne fakty.

Od leczenia nowotworu jest Narodowy Fundusz Zdrowia, i tak pewnie pozostanie. Za 250 mln zł rocznie, czy nawet 300 mln zł, nikt nie wyleczy chorych nowotworowo, bo to jest niemożliwe – liczymy to w miliardach, a nie w milionach.

Ten program ma być istotnym wsparciem dla organizacji leczenia onkologicznego w Polsce w kilku etapach. Po pierwsze, unowocześnienie inwestycyjne bazy, zarówno diagnostycznej, jak i terapeutycznej. Po drugie, ogromny cykl promocji zdrowia, promocji zachowań, a w tym szkolenia i edukacja fachowych i нефachowych pracowników ochrony zdrowia i cała sprawa profilaktyki, o której mówimy, czyli próby wczesnego wykrywania, a nawet takiej profilaktyki, jak stosowanie szczepionek – pani posłanka Zalewska pewnie otrzyma jakieś *dossier*. Są to kontrowersyjne sprawy, ale w ramach tego programu. Rzecz najważniejsza – te pieniądze, to są dodatkowe środki w systemie. Jest to 250-300 mln zł z budżetu państwa. One nie wchodzi w żaden inny system.

W związku z tym, mam pytania. Oczywiście ta odpowiedź na dezyderat jest lepsza niż poprzednia, natomiast nadal nie widzę strategii. Jedyny pozytyw, jaki z tego wynika, to jest to, że chcą państwo Narodowy program kontynuować. One się niedługo kończy i trzeba go będzie podsumować.

Zabrakło mi oczywiście podsumowania tych wielu lat, które upłynęły – bo skoro jest tak dobrze, to dlaczego jest tak źle? Czyli, dlaczego, mimo wszystko, chory nowotworowo w Polsce, w odniesieniu do innych krajów Europy, jest w bardzo trudnej sytuacji i statystycznie nie mamy się czym chwalić, jeśli chodzi o wczesną wykrywalność i długość przeżycia. Nie mamy się czym chwalić.

W związku z tym, powstaje pytanie, czy ten program spełnił jakąś rolę – przy czym, należy pamiętać, jak zaznaczyłem, że on nie jest od leczenia chorych nowotworowo. Druga sprawa, została tu zasygnalizowana filozofia, ale, według mnie, wysoce niewystarczająco. Bo to, że czytamy, że będzie zmiana tego programu, że bardziej w tym kierunku, to trochę mało, tym bardziej, pani ministrze, że niedługo upływa termin zakończenia

tego programu i trzeba będzie się zastanowić nad innym. Sądzę, że już wystarczająco dużo czasu upłynęło na to, żeby go podsumować i przekierować.

Dla mnie, podstawowe jest pytanie – czy program będzie kontynuowany? Jeżeli tak, to na jakim etapie są w Ministerstwie Zdrowia prace nad nową wersją, nową edycją „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”? Czy rzeczywiście postulaty Komisji Zdrowia, które bezwzględnie idą w kierunku wzmocnienia działań promocyjnych i profilaktycznych, będą uwzględnione? Czy będziemy również mówić o wczesnej diagnostyce – dziękuję przedstawicielce Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, która to podkreśliła – bo wydaje mi się, że trzeba trochę zabawić się w futurologa, który nam powie, co będzie jutro. Wiemy, jak jest dzisiaj – niedobrze, ale możemy tylko uciec do przodu, czyli możemy zastosować nowe metody diagnostyczne, które pozwolą nam troszeczkę zbliżyć się do wyniku wczesnej wykrywalności, a później skutecznej terapii. Nie możemy cały czas myśleć wstecznie, że jeżeli nowoczesne państwa mają rezonans, to my nadganiamy rezonansami, bo być może już mówimy o całkiem innych technologiach. Oczekiwałam od „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” realizacji wyzwań przyszłych, a nie dzisiejszych. Dlatego pytam – czy program będzie kontynuowany? Jaka jest filozofia? Jak wzmocnicie profilaktykę? Czy zakończy się finansowanie albo nastąpi ograniczenie lub wycofywanie się z inwestowania w maszyny lecznicze, na rzecz wczesnej diagnostyki? Zgadzam się z panią w zupełności, że nowoczesna diagnostyka może nam pozwolić poprawić wskaźniki przeżycia i śmiertelności w chorobie nowotworowej.

Panie ministrze, proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie posłanki i panowie posłowie, szanowni państwo, pokrótce odniosę się do tych pytań i poproszę później o uzupełnienie odpowiedzi ekspertów, których pozwoiliem sobie zaprosić na dzisiejsze spotkanie.

Tak, panie przewodniczący, zdaniem Ministerstwa Zdrowia program wymaga kontynuacji. On się kończy w 2015 r. Bezwzględnie we wszystkich jego obszarach konieczna jest kontynuacja, także w obszarze inwestycyjnym – technologii ciągle nam brakuje. Myślę, że szerzej na ten temat powie za chwilę pan prof. Dziadziuszko.

Odnośnie do tych działań, o których mówiłem – pan przewodniczący nazywa je strategicznymi, ale ja nazywam je pewną istotną zmianą odmedykalizowania tego programu – mówimy o roku bieżącym – 2013 i roku następnym – 2014 – albowiem środki finansowe, jakie mamy, już w roku ubiegłym zostały zakontraktowane, trudno komuś odmówić umowy. Natomiast, odnośnie do tych, w przypadku których możemy, chcemy w części ograniczyć finansowanie programu rozbudowy inwestycji sprzętowej w kierunku programu przesiewowego – o czym mówiłem – i profilaktyki pierwotnej. To jest ten kierunek, który bez wątplenia chcemy podjąć.

Pani prof. Hrynkiewicz. Dziękuję za ten humanistyczny głos, pani profesor. Jest nam znany od dawna. Chcę powiedzieć, że już od dłuższego czasu wojewódzkie ośrodki współpracują z instytucjami wyznaniowymi. Od kiedy jestem w ministerstwie – od czerwca – też nawiązałem bliską współpracę. Spotkałem się jeszcze w zeszłym roku w tej sprawie z księdzem prymasem Glempem. Jestem umówiony – albo prawie jestem umówiony – na spotkanie z kardynałem, ale problem polega na tym, że pojechał na konklawe i nie wiemy, kiedy wróci. Współdziałamy bardzo intensywnie – tak uważam – dlatego że w pełni zgadzam się z panią profesor, że wykorzystanie instytucji wyznaniowych jest kluczem dostępu do populacji, na której nam najbardziej zależy – do populacji wykluczonych. W związku z powyższym, już teraz oficjalnie zapraszam panią profesor na następne posiedzenie Rady Programu i żywię nadzieję, że pani profesor przyjmie nasze zaproszenie i swoim humanistycznym doświadczeniem, wiedzą i spojrzeniem wesprze kreowanie programu. Bardzo dziękuję.

Pan poseł Katulski pytał o sprzęt. Rzeczywiście, panie pośle, czas dostępu do radioterapii w standardach europejskich to 3 tygodnie. My mamy w tej chwili około 4 tygodni. Jest to znacznie lepiej niż 12 tygodni kilkanaście lat temu.

Oczywiście tomografy komputerowe nie są najnowocześniejszym sprzętem, jaki wymyślono w dziedzinie diagnostyki, natomiast są jednym ze wskaźników dostępu do badań i sprzętu stosowanych przez OECD. Od razu uzupełnię odpowiedź dla pana posła Latosa. Obawiam się, że w Polsce nie ma właściwych danych mówiących, jaka jest liczba badań wykonywanych na CT w przeliczeniu na jednostkę populacji. Nie sądzę, żeby mogła być ona miarodajna dla jakości diagnostyki.

Pan przewodniczący Katulski pytał także o liczbę PET. 7 PET zakupiliśmy w Polsce ze środków publicznych w ramach programu. Łącznie mamy ich w Polsce około 16. Mówię „około”, bo jest to też sprzęt kupowane przez podmioty prywatne i mogę się mylić o 2. Proszę wybaczyć taką nieścisłość z mojej strony.

Pytał pan poseł o rozdział pieniędzy wśród organizacji. Prześliśmy dokładne sprawozdanie. Pan przewodniczący nie słucha, ale prześlemy, panie przewodniczący sprawozdanie, które otrzymujemy od organizacji pozarządowych, które realizują te badania.

Pan poseł Ziętek pytał o szczepienia przeciwko HPV i o cytobusy. Rozumiem, że jest to pytanie przede wszystkim do pana prezesa Pakulskiego, który zapewne zaraz na nie opowie.

Pan przewodniczący Orzechowski pytał o kompleksowość. Oczywiście Ministerstwa Zdrowia jest w trakcie budowania pewnej zmiany organizacji całego leczenia onkologicznego, ale tu odnoszę się do słów pana przewodniczącego Piechy. W programie nie ma miejsca na budowanie kompleksowości – jest w kontraktowaniu i innych działaniach, które też podejmujemy, ale poza programem, bo to nie jest działanie programu.

Odnośnie do rewizji wieku targetowego – przepraszam za sformułowanie – dla programów przesiewowych, wydaje się, że stanowiska pana posła nie potwierdzają dane epidemiologiczne ani wytyczne Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem, ale oczywiście pochylimy się nad tym tematem.

Jako następna, pani poseł Okragły pytała o choroby odtytoniowe. Tak, wzmacniamy działanie profilaktyki pierwotnej tych programów odtytoniowych, które finansujemy z trzech źródeł. Oczywiście mówimy o tym źródle – o programie tego typu. Promujemy działania w szkołach razem z Ministerstwem Edukacji Narodowej i kuratoriami, budowanie tych programów, wdrażanie zasad Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem – tam działanie przeciwnowotworowe jest kluczem. Nie ulega to wątpliwości.

Pani poseł pytała o położne. Położne już w tej chwili mogą zajmować się profilaktyką. Jest to jedno z głównych zadań położnych środowiskowych – mogą roznosić zaproszenia. A od końca tego roku – patrzę na panią dyrektor – najdalej od 2014 r., położne będą samodzielnie wykonywać badania cytologiczne, czyli same będą pobierać materiał do badań cytologicznych. Na pewno od 2014 r., a może się uda z końcem roku 2013. Tego jeszcze nie mogę obiecać.

Pan przewodniczący Latos – na jedno pytanie już odpowiedziałem. Na drugie, ile zakontraktowano badań – odpowiedziałem. Ilu mamy specjalistów radioterapii – pozwolę sobie porosić pana prof. Dziadziuszko o odpowiedź na to pytanie – i czy ich liczba jest wystarczająca? Kadre zawsze należy pomnażać, ale w tym zakresie nie mamy ewidentnych deficytów, które ograniczałyby dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych.

Jeśli chodzi o szkolenia lekarzy – tak, panie przewodniczący, jest to element każdego zawodu medycznego, ale jednak audyt wyników radiologicznych czy obrazów radiologicznych wskazuje na to, że szkolenie każdego personelu, w tym lekarzy, jest kluczowe. Po prostu popełniają błędy, szczególnie jeżeli wykonują badania w małych ośrodkach, które realizują niewielką liczbę badań. Nie możemy sobie pozwolić w tak ważnym programie, jak przesiew onkologiczny, na błędy ludzkie, które przecież kosztują życie. Jest to bardzo istotne.

Pani posłanka Zalewska pytała o nadzór medyczny nad szczepionkami. Jest to działanie inspekcji...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Pytałem o konkretną szczepionkę finansowaną przez samorządy.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

O konkretną szczepionkę. Nadzór medyczny. Jeżeli jest dopuszczona do obrotu zgodnie z prawem farmaceutycznym europejskim i krajowym, jeżeli jest nadzór nad sposobem przechowywania i dystrybucji – wojewódzki inspektor farmaceutyczny, jeśli jest nadzór nad prawidłowością szczepień – realizator szczepień, prawo medyczne a bezpieczeństwo stosowania – Agencja Oceny Technologii Medycznych. Tak są opiniowane programy samorządowe. Nie wiem, czy dobrze odczytałem intencję pani pytania. Tak, łącznie ze zgodą rodziców, jak każda interwencja medyczna.

Jeżeli mogę, poproszę teraz o zabranie głosu przez inne osoby. Myślę, że wypowie się pan prof. Dziadziuszko. Pan prezes Pakulski otrzymał wiele pytań, więc na pewno będzie chciał się do nich ustosunkować. Na pewno też pan prof. Orłowski.

Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej Rafał Dziadziuszko:

Szanowni państwo przewodniczący...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Panie profesorze, spokojnie. Jeszcze ja prowadzę. Może niedługo, ale jeszcze.

Pan przewodniczący Katulski apelował, że nie uzyskał odpowiedzi na żadne pytanie. Panie pośle, czy mógłby pan je powtórzyć? Potem poproszę pana profesora.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

W skrócie poruszyłem dwie sprawy. Pierwsza, to odniesienie się do zakupu sprzętu inwestycyjnego. Chodzi mi o gamma-kamery i PET. Ograniczmy się tylko do tego – nie dostałem odpowiedzi.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Panie przewodniczący, udzielałem odpowiedzi. Pan przewodniczący niedosłyszał, ale obiecuję, że przekażę na piśmie informację na temat rozliczeń programów organizacji pozarządowych. Podałem dokładnie liczbę PET w kraju – 16.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dobrze, wyjaśniliśmy to, ale pan przewodniczący jeszcze chciałby zabrać głos.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Jeszcze jedno pytanie, na które na pewno nie dostałem odpowiedzi. Dotyczyło ono podziału 374 tys. zł na dotacje.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Właśnie w tej kwestii zaproponowałem, że prześlę dokładne rozliczenie wszystkich tych instytucji.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie profesorze, proszę uprzejmie.

Konsultant krajowy w dziedzinie radioterapii onkologicznej Rafał Dziadziuszko:

Szanowni państwo przewodniczący, szanowni państwo posłowie, chciałbym dzisiaj zabrać głos jako konsultant krajowy do spraw radioterapii odnośnie do sytuacji radioterapii w Polsce, ponieważ – jak słyszę – jest ona kluczowym punktem programu, jeśli chodzi o omówienie „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”.

Proszę państwa, dzisiaj w krajach Unii Europejskiej na 100 noworozpoznanych nowotworów można wyleczyć około 45 chorych. W Polsce ta liczba jest mniejsza. Jest to około 35 osób. Spośród 45 osób w Unii Europejskiej, 22 są wyleczone dzięki chirurgii, 17 dzięki radioterapii, natomiast 6 dzięki leczeniu systemowemu. Ten fakt pokazuje państwu, jak ważna i istotna jest radioterapia z punktu widzenia terapeutycznego.

W roku 2005, w Polsce było zamontowanych 70 wysłużonych akceleratorów, które dysponowały minimalnymi możliwościami leczenia pacjentów. Na skutek działań programu, w roku 2012 mamy akceleratorów 120, przy czym trzeba podkreślić, że są to w pełni

wyposażone, nowoczesne urządzenia o znacznie większych możliwościach terapeutycznych, jak i o znacznie większym stopniu bezpieczeństwa pacjenta.

Niech zwróci państwo uwagę na to, iż słyzy się o wypadkach radiacyjnych w różnych krajach. W Polsce, na szczęście, od dawna nie było poważnego wypadku radiacyjnego dzięki temu, że stosowany u nas obecnie sprzęt do radioterapii jest znacznie bardziej nowoczesny niż kiedyś.

W 2005 r., proszę państwa, leczylimy około 40 tys. pacjentów rocznie. W 2012 r. jest to już 80 tys. pacjentów. Według norm WHO i naszych wskaźników zachorowalności, powinno to być około 110 tys. pacjentów. W 2005 r. na aparat przypadało ponad 500 tys. osób, a dzisiaj jest ich 320 tys. Według WHO powinno być 250 tys.

Liczba specjalistów w zakresie radioterapii onkologicznej – 320 osób w 2005 r., 470 osób w 2012 r., między innymi dzięki temu, iż radioterapia została uznana za dyscyplinę deficytową. Powinno ich być około 600, do czego dążymy wysiłkami, między innymi, Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej.

W tym miejscu chciałbym państwu podziękować serdecznie za wkład, jaki Narodowy program miał w rozwój radioterapii w Polsce. Dzięki temu programowi, rozwój radioterapii był bardzo dynamiczny. Umożliwił nam, lekarzom, lepsze leczenie chorych. Na wskaźniki poprawy umieralności z powodu nowotworów złośliwych zwykle trzeba czekać jakiś czas, ale mogę państwu powiedzieć, że 2011 r. był pierwszym rokiem, kiedy umieralność w skali kraju spadła w stosunku do wszystkich innych lat. Wcześniej systematycznie rosła.

Jeżeli chodzi o zachorowalność na nowotwory złośliwe, musimy sobie zdawać sprawę z tego, iż wraz ze starzeniem się populacji – a niewątpliwie życie polskiej populacji, na szczęście, jest coraz dłuższe – zachorowalność będzie rosła. Co więcej, paradoksalnie, na skutek programu wczesnego wykrywania nowotworów, zachorowalność odnotowywana we wskaźnikach będzie rosła. Proszę się nie dziwić, iż zachorowalność w najbliższych latach będzie wyzwaniem dla nas wszystkich.

Proszę państwa, jakie są perspektywy rozwoju radioterapii w Polsce? Po pierwsze, uważam, że pieniądze wydane przez program na doposażenie ośrodków radioterapii, zarówno w akceleratory, sprzęt do brachyterapii, jak i sprzęt do wykonywania innych, bardzo precyzyjnych procedur, między innymi obrazowania, należą do jednych z najlepiej wydanych pieniędzy publicznych w naszym kraju. Nie waham się tego powiedzieć, zarówno jako lekarz radioterapeuta, jak i pacjent, który był leczony we własnym ośrodku.

Proszę państwa, to dzięki temu dokonał się w Polsce przełom. Gdybyśmy nie mieli tych pieniędzy, zadłużone szpitale kliniczne, które mają często dziesiątki albo setki milionów złotych długów, nie byłyby w stanie udźwignąć wydatków inwestycyjnych.

Czy można to zrobić lepiej? Tak. Na pewno to, co było tematem przewodnim wypowiedzi wielu spośród państwa posłów, to skoordynowana opieka medyczna, w której, między innymi, radioterapia odgrywa istotną rolę. Otóż, ośrodek radioterapeutyczny nie może powstać w szczerym polu i wykonywać procedury. Musi być częścią wielodyscyplinarnej opieki medycznej. Takie wysiłki, zarówno ze strony pana ministra, jak i środowiska radioterapeutycznego, są podejmowane i rzeczywiście jest nam potrzebna skoordynowana strategia rozwoju radioterapii w Polsce.

Jeżeli chodzi o wyrównanie potrzeb w zakresie regionów kraju, na pewno jest to potrzebne. Radioterapia jest różnie dostępna w różnych województwach, na przykład, stosunkowo słabo w łódzkim i podkarpackim. Należy również położyć dalszy nacisk na kształcenie kadry radioterapeutycznej, aczkolwiek muszę państwu powiedzieć, że zgodnie ze zdaniem ESTRO, czyli Europejskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej, specjalizacja w naszym kraju jest uznana za wzorową. Dziękuję bardzo.

jeszcze raz dziękuję państwu za te wysiłki i poparcie w tym zakresie, ponieważ – moim zdaniem – są to najlepiej wydane pieniądze z programu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że pan poseł *Hoc ad vocem*. Czy jeszcze chce pan dopytać? Panie pośle, bardzo krótko, proszę.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Bardzo krótko. Dlatego bardzo proszę o odpowiedź na piśmie albo na ręce pana przewodniczącego, albo bezpośrednio do mnie.

Mam jedno zasadnicze pytanie do pana ministra i do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Skoro w Polsce jest 16 PET, plus-minus 2, a województwo zachodniopomorskie, pomimo tego, że ma nowoczesną onkologię – bardzo innowacyjną i profesjonalną – nie ma PET, to pytam – dlaczego? Jakie są tego przyczyny i jakie argumenty przemawiają za tym, że województwo zachodniopomorskie nie ma PET? To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie, do pana profesora. Panie profesorze, rozumiem, że pan dziękując wszystkim za wzorowo wydane pieniądze i za wzorową legislację, również dziękuje pan za to, że wszystkim radiologom wydłużono czas pracy i zabrano wiele przywilejów, które mieli od wielu lat. To jest pierwsza sprawa. A druga sprawa – nie wiem, dlaczego mówi pan, że w Europie jest 45% wyleczalności, skoro Wielka Brytania, Szwecja i Dania mają o wiele większy procent wyleczalności, bo 55%. Nie wiem, skąd te dane, ale dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Polemiki proszę prowadzić poza salą. Rozumiem, że pytanie zostało skierowane. Pan minister odpowie na piśmie na te pytania.

Proszę bardzo, panie ministrze, pan chciał udzielić głosu kolejnemu przedstawicielowi władz.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziejewicz-Winnicki:

Dziękuję bardzo. Zdaje się, że pan prezes Pakulski od razu odpowie na pytanie pana posła, jeżeli pan przewodniczący pozwoli. A jeżeli nie, prześlemy odpowiedź na piśmie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę uprzejmie, pan prezes.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Marcin Pakulski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, jeśli mogę, od razu odniosę się do pytania pana posła. Nie do końca jest to pytanie do NFZ, ponieważ publiczny płatnik nie pełni roli inwestora w zakresie infrastruktury medycznej ani organizatora realizacji świadczeń, tylko kontraktuje świadczenia, które *de facto* są zgłaszane do publicznego płatnika. Dlatego – jak sądzę – należałoby raczej rozmawiać z dysponentami zasobów infrastruktury medycznej na terenie województwa zachodniopomorskiego. Zaręczam panu posłowi, że w sytuacji, kiedy taki projekt zostanie ukończony i do konkursu zostanie zgłoszona gotowa pracownia, oddział zachodniopomorski podejmie ten wysiłek, żeby zakontraktować takie świadczenia.

Jeśli mogę kontynuować, to chciałbym odpowiedzieć panu posłowi Orzechowskiemu. Jak pan poseł sam zauważył, publiczny płatnik bierze pod uwagę to, że w wybranych sytuacjach – rzeczywiście rzadkich – świadczenia w zakresie poradni położniczo-ginekologicznej faktycznie należą do jednych z podstawowych świadczeń, które powinny być zapewniane, mogą być kontraktowane poniżej pewnego standardu kompleksowości świadczeń, który został przyjęty. Myślę, że takie świadczenia w tych sytuacjach będziemy kontraktować tam, gdzie widzimy, że faktycznie jest to jedyna szansa na to, żeby na dużym obszarze zapewnić pacjentkom jakikolwiek kontakt z lekarzem ginekologiem. Natomiast, nie chcielibyśmy wprowadzać tego jako reguły, dlatego że wtedy trudno by nam było opanować zgłaszanie poradni działających raz w tygodniu tam, gdzie nie ma do tego uzasadnienia, na przykład w dużych miastach. Doprowadziłoby to do jeszcze większego rozdrobnienia świadczeniodawców, a sądzę, że nie byłoby to korzystne.

Jeśli chodzi o pytanie pana posła Ziętka, dotyczące rozszerzenia świadczeń z zakresu programu profilaktyki o dopuszczenie do programu położnych środowiskowych, to pracujemy nad tym. Jednak faktycznie w tej chwili, jakby w połowie roku, byłoby to trudne do zorganizowania, ponieważ musimy cały program przemodelować również pod względem finansowym. Dlatego termin 2014 r., aby można było wprowadzić dwa równoległe

programy, czyli możliwość realizacji programu jak dotychczas i możliwość pobierania materiału przez położne.

Odnosnie do cytobusów, powiem tak. Będziemy to rozważać, jednakże wydaje mi się, że wymagałyby doprecyzowania warunki realizacji tych świadczeń i policzenia kosztów. Rzecz w tym, żeby ten standard był przyjęty i dookreślony, jeśli chodzi o warunki pobierania materiału w mobilnej pracowni. To jest jedyny dylemat w tym zakresie. Poza tym, dodatkowo koszty.

Wydaje mi się, że to były wszystkie pytania kierowane wprost pod adres publicznego płatnika. Rozumiem, że pan poseł wspominał jeszcze o szczepionce. Ta szczepionka nie jest finansowana ze środków publicznych. Powiem szczerze, że jeśli chodzi o finansowanie ze środków publicznych, to nie mamy do końca oczywistego stanowiska ze strony Agencji Oceny Technologii Medycznych odnośnie do udowodnionych korzyści. Jest to szczepionka, która jest skierowana przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego – przy czym, nie wszystkich jego typów, tylko niektórych – wywołujących potencjalnie – co nie jest jeszcze do końca udowodnione – raka szyjki macicy. Czytałem te orzeczenia Agencji Oceny Technologii Medycznych, więc wydaje się, że powinniśmy mieć jeszcze więcej badań i wtedy ewentualnie...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę o spokój. Panie prezesie, myślę tak – niech pan nie wchodzi w to, co nie jest pana kompetencją, bo szczepionki nie są w pana kompetencji. To jest pierwsza sprawa. To jest program, który jest finansowany z budżetu Ministra Zdrowia poprzez sanepid. Takie są szczepienia ochronne.

Czy są jeszcze odpowiedzi na pytania? Ja nie podzielam tego entuzjazmu pana posła Ziętka odnośnie do cytobusów i mamobusów, bo mi to trochę przypomina Bangladesz, a nie cywilizowany kraj. Do najbliższej przychodzi ginekologicznej w Polsce nie jest 100 km przez busz. Ale zostawmy to. Sądzę, że skończyliśmy dyskusję i w związku z tym, musimy przystąpić do rozstrzygnięcia.

Poseł Jerzy Ziętek (PO):

To było tylko pytanie, a nie Bangladesz, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Rozumiem, ale taka jest moja opinia. Możemy się zgadzać albo nie zgadzać. Sądzę, że musi to rozstrzygnąć rząd. Natomiast my musimy przystąpić do przyjęcia albo odrzucenia tej odpowiedzi.

Kto z pań i panów posłów jest za przyjęciem odpowiedzi na dezyderat nr 1 Komisji Zdrowia do ministra zdrowia w sprawie „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”? Kto jest przeciwny? Kto wstrzymał się od głosu? Proszę o wynik.

Za głosowało 17 posłów, przeciw 10, nikt nie wstrzymał się od głosu. Stwierdzam, że Komisja przyjęła odpowiedź na dezyderat Komisji Zdrowia udzieloną przez ministra zdrowia na temat „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”.

Na tym kończymy ten punkt naszego dzisiejszego posiedzenia. Ogłaszam 3 minuty przerwy technicznej, po czym przystąpimy do rozpatrzenia drugiego punktu.

[Po przerwie]

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Myślę, że możemy przystąpić do realizacji drugiego punktu porządku obrad. Jest to pierwsze czytanie poleskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej. Państwo otrzymali ten projekt w druku nr 1100. Zostałem przez posłów wnioskodawców wyznaczony, do przedstawienia państwu – Wysokiej Komisji – projektu tej ustawy. Jednocześnie pani marszałek skierowała ten druk do pierwszego czytania do Komisji Zdrowia.

Przypomnę procedurę. Ona jest mniej więcej taka: zgłoszenie w pierwszym czytaniu, przedstawienie projektu, następnie otwiera się dyskusję, są ewentualne wnioski i zamyka się pierwsze czytanie, które polega albo na przystąpieniu do prac, albo realizacji innego wniosku formalnego.

Witam na posiedzeniu Komisji zarówno koleżanki i kolegów posłów, jak i przedstawicieli ministra. Witam także przedstawicieli Biura Legislacyjnego, którzy są niezbędni w tej sytuacji. Przystępujemy do realizacji porządku obrad.

Wysoka Komisjo, panie ministrze, posłowie wnioskodawcy upoważniając mnie do prezentowania tej ustawy. W uzasadnieniu zwrócili uwagę na rzecz dość trudną – jest ona opisana – a dotyczącą sposobu reagowania na to, co się dzieje w polskiej rzeczywistości finansowej, głównie szpitali publicznych. Wiemy, niestety, że sprawy zadłużenia nie zostały rozwiązane, mimo różnych prób na przestrzeni kilku lat. Pamiętam wiele prób od 1998 r., kiedy zostały anulowane wszystkie długi szpitali, wtedy państwowych, a później przekształconych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Pamiętam, że wtedy była tak zwana opcja zerowa, związana z różnego rodzaju programami naprawczymi. Tych programów naprawczych było sporo. Ostatni taki program został zapoczątkowany ustawą w 2005 r., a realizowany był przez wiele lat. Wydawało się, że będą efekty realizacji tego programu i wreszcie polskie szpitale publiczne staną na nogi, osiągną równowagę finansową. Niestety, od pewnego czasu – z różnych względów, jako poseł nie chciałbym tu zabawić się krytyką – odrodziła się ta hydra, która ma kolejną głowę, czyli zadłużenie szpitali klinicznych.

W odpowiedzi na to powstał projekt przyjęty w poprzedniej kadencji Sejmu – próba zmiany organizacyjnej jednostek opieki zdrowotnej lecznictwa całodobowego, czyli szpitali. Z tej podstawy prawnej, jaką był samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, szpitale miały różne możliwości, głównie musiały się podporządkować ustawie o działalności leczniczej i jako przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego zostały inaczej zakwalifikowane. W jakiś sposób preferowaną formą organizacyjną była spółka kapitałowa. To, że istnieją samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej – według projektu ustawodawców, z którymi ja się oczywiście nie zgadzam – to jest pewien relikwyt i forma przejściowa. Biorąc pod uwagę przepisy ustawy o działalności leczniczej, trzeba stwierdzić, że ustawodawca – wtedy koalicja PO i PSL – nie widzi szans na kontynuację takiego świadczenia opieki zdrowotnej, jakie było realizowane w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, chociażby z takiego powodu, że stawia różnego rodzaju kryteria dotyczące możliwości dalszego finansowania, ale nie można dzisiaj, w świetle ustawy, powołać żadnego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, bo ta forma, poza przejściowym wyjątkiem, w polskim prawodawstwie nie istnieje.

W związku z tym, że ten proces jest szalenie trudny i skomplikowany, grupa posłów wystąpiła o nowelizację tej ustawy, spodziewając się ogromnych napięć w tym roku – 2013, kiedy to, zgodnie z art. 219 ustawy o działalności leczniczej, w odniesieniu do art. 59, a dokładnie jego ust. 4, nastąpił dziwny obligatoryjny przymus przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w formę spółki kapitałowej, już nie tylko na podstawie ustawy, dobrowolności czy merytorycznej oceny konieczności tego przekształcenia, ale przymusowo, jeżeli organ tworzący nie jest w stanie pokryć bieżących strat, długów, jakie wygenerował samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

Można wybrać taką filozofię – przeforsowała to większość rządowa – ale ja oczywiście mogę to kontestować. Oczywiście, jeżeli wybory wygra inna formacja, może to zmieniać. Można to tylko zmienić prawnie. Natomiast my – posłowie wnioskodawcy – zaobserwaliśmy, że ta sytuacja jest wyjątkowo trudna dla wielu zakładów opieki zdrowotnej. Na dobrą sprawę nie daje ona szans organom tworzącym na stosowanie różnych rozwiązań w sytuacji konieczności pokrycia zadłużenia. Łatwiej jest bowiem przekształcić szpital w spółkę kapitałową i jednocześnie – to jest normą – dług zostawić formie szczytkowej albo „wydmuszcze”, jaką jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej w likwidacji, i tym samym dać szansę nowej spółce.

Jeśli chodzi o zachęty stworzone przez ustawodawcę, czyli możliwość umorzenia należności publicznoprawnych, jak również różnego rodzaju dotacje, w tym kredyty gwarantowane i udzielane przez Bank Gospodarstwa Krajowego, to po opisanu ich wielkości w ustawie, czyli podaniu, ile jest do dyspozycji, to po porównaniu z danymi statystycznymi, które pochodzą z Ministerstwa Zdrowia, które mówią o faktycznym zadłużeniu – tym ogólnym, i tym wymagalnym – to ta dysproporcja jest dość duża. Boimy się, że tak szybko skumulowany proces przekształceń może wpłynąć na bezpieczeństwo zdrowotne

obywateli pod kątem ich dostępności do leczenia szpitalnego, bo głównie o tych jednostkach mówimy. Dlatego proponujemy, ażeby art. 219 miał inne brzmienie, to znaczy, żeby okres przejściowy wydłużyć do 36 miesięcy od daty wejścia w życie ustawy, czyli do marca-kwietnia 2016 r.

Czy to zagraża finansom szpitali? Nie sędzę. Czy samorzędy są tym zaniepokojone? Według danych i odpowiedzi na różnego rodzaju opinie, które tu przedstawiano, samorzędy kwestionowały tylko jeden przepis. Uważają, że w ślad za tego typu rozwiązaniem powinny być zmienione również dwa artykuły – art. 196 ust. 1 i art. 197 pkt 1, dotyczące dat, które mówią o okresie przejściowym, a dotyczą umożliwienia przekształcanym szpitalom, jeżeli podejmą tę decyzję nie w 2013 r., a w latach 2014-2016, skorzystanie z umorzeń należności publicznoprawnych, czy też dotacji i pożyczek, na tych zasadach, które opisywał ustawodawca. Zwalnia to proces obligatoryjny i jednocześnie w sytuacji kryzysowej zabezpiecza polskiego pacjenta pod kątem dostępności do leczenia szpitalnego.

Ta ustawa podlegała różnego rodzaju opiniom. Pierwsza, to opinia Ministerstwa Spraw Zagranicznych. Pragnę Wysoką Komisję poinformować, że przedmiot regulacji nie jest objęty regulacjami prawa europejskiego, w związku z tym, że każdy kraj UE sam reguluje swój sposób organizacji ochrony zdrowia.

Druga, to kwestia samorządów zawodowych, a także Związku Województw Rzeczypospolitej polskiej z organami województw, czyli sejmikami. One wypowiedziały się o tej inicjatywie z dużym zainteresowaniem, poza jednym województwem. Było to województwo lubuskie, które – jak się zdaje – mam najmniej kłopotów z zadłużonymi szpitalami, bo nie jest w stanie zapłacić żadnego zadłużenia. Jest bankrutem, jeżeli chodzi o ochronę zdrowia.

Posel Anna Zalewska (PiS):

Nie ma już publicznego szpitala.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Ma. W części południowej jeszcze ma. Natomiast, długi wcale nie zmalowały – żeby było jasne – tylko teraz ciężą na samorządzie. Ale to jest wybór starosty czy marszałka. W zasadzie wszyscy do tej inicjatywy odnieśli się z dużym zainteresowaniem.

Kończąc, proszę Wysoką Komisję o pochylenie się nad tym projektem i ewentualnie skierowanie go do dalszych prac. Dziękuję bardzo.

Myślę, że najpierw wypadałoby poznać stanowisko rządu w tym zakresie. Wiem, że nie mamy go oficjalnie, ale pewnie rząd ten druk widział, bo jest on od 7 grudnia, czyli sporo czasu upłynęło. Później otworzę dyskusję. Proszę bardzo, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziejewicz-Winnicki:

Dziękuję uprzejmie. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, *de facto* mam tytuł do przedstawienia dzisiaj wyłącznie stanowiska Ministerstwa Zdrowia, ponieważ jest ono w uzgodnieniach i nie jest jeszcze stanowiskiem rządu.

Pokrótkę powiem, że ten projekt poselski zakłada odroczenie do 2015 r. terminu powstania obowiązku, o którym mówił pan przewodniczący, co – jak czytamy w uzasadnieniu – ma pozwolić „na korektę źle oszacowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia procedur, które doprowadzają szpitale do ujemnego wyniku finansowego”. Zdaniem ministra zdrowia, nie można się zgodzić z opinią, że zadłużenie szpitali klinicznych nie jest efektem złego zarządzania, bo jednak nie wszystkie podmioty lecznicze prowadzące szpitale kliniczne mają problemy z terminowym regulowaniem zobowiązań, mimo iż funkcjonują na tych samych warunkach co inne. Dzisiaj – według danych na koniec III kwartału 2012 r. – w 15 spośród 44, czyli 34% szpitali klinicznych nie wstępowały zobowiązania wymagalne, natomiast 10 najbardziej zadłużonych jednostek generuje ponad 558,5 mln zł zobowiązań, co stanowi 86% zadłużenia wymagalnego wszystkich szpitali klinicznych. Należałoby przyjąć, że efektywne i umiejętne zarządzanie oraz właściwie sprawowany nadzór właścicielski mają decydujący wpływ na sytuację finansową podmiotów leczniczych, a nie tylko otoczenie prawne.

Nie jest prawdą stwierdzenie, że te spółki pozbawione są dotacji z budżetu państwa. Zgodnie z art. 115 ustawy o działalności leczniczej, minister właściwy do spraw zdrowia może przyznać taką dotację spółce kapitałowej, wykonującej działalność leczniczą, w któ-

rej uczelnia medyczna posiada udziały albo akcje reprezentujące co najmniej 51% kapitału zakładowego, na remonty czy inwestycje, w tym na zakup aparatury i sprzętu medycznego. W obowiązujących przepisach, nie zapisano również, że dokonując przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, uczelnia musi oddać spółce grunty i budynki, co oznaczałoby faktycznie ich utratę, jeśli spółka zacznie się zadłużać.

Określenie terminu wejścia w życie obowiązku zmiany formy organizacyjno-prawnej SPZOZ i jego likwidacji w przypadku niepokrycia ujemnego wyniku finansowego, poprzedzone zostało wnikliwą analizą wszystkich aspektów i konsekwencji tego rozwiązania. Celem wprowadzenia tego przepisu prawnego było pilne wzmocnienie nadzoru właścicielskiego i zahamowanie fali niekorzystnych zmian finansowych, o których mówił pan przewodniczący, a o których wszyscy wiemy od lat.

Proponowane w projekcie poselskim odroczenie w czasie przedmiotowej regulacji stanowi realne zagrożenie dalszego narastania zadłużenia niektórych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej i tak naprawdę odraczanie wprowadzenia w życie koniecznych reform, bez których rentowność tych szpitali się nie poprawi. Jednocześnie, dostrzegając potrzebę kompleksowego uregulowania kwestii dotyczących funkcjonowania podmiotów leczniczych prowadzących szpitale kliniczne, minister zdrowia podjął prace nad przygotowaniem kompleksowych rozwiązań prawnych dla tej grupy podmiotów, uwzględniając ich specyficzny charakter i strategiczną rolę w systemie ochrony zdrowia. Wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego, że szpitale kliniczne pełnią funkcje jednego z najistotniejszych elementów w szkoleniu kadr w systemie opieki zdrowotnej. Dlatego minister zdrowia rozpoczął przygotowywanie ustawy o szpitalach klinicznych.

Mając na uwadze przytoczone przez mnie powyżej argumenty, minister zdrowia przedłożył do akceptacji rządu swoje negatywne stanowisko wobec omawianego projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo panu ministrowi. Rozumiem, że pan minister Arłukowicz takie stanowisko przedstawi pod obrady rządu. Nic więcej nie powiem.

Otwieram dyskusję. Proszę bardzo, pani poseł Radziszewska i pan poseł Katulski.

Posel Elżbieta Radziszewska (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Ustawa jest bardzo krótka, właściwie jednoartykułowa, zmieniająca brzmienie art. 216. Art. 2 – ustawa wchodzi w życie ciągu 14 dni.

Myślę jednak, czytając opinie samorządowców, jako tych, którzy najbardziej są zainteresowani tym, żeby samorzady otrzymały wsparcie, że ponieważ ta ustawa przesuwając termin pewnych działań, to dobrze byłoby, żeby ta ustawa była kompleksowa. Co czytamy w opiniach marszałków samorządów, do których zwrócono się? Czytamy między innymi: „pragnę zwrócić uwagę, iż zmiana treści art. 216 ustawy o działalności leczniczej powinna nastąpić w powiązaniu ze zmianą przepisów regulujących zasady przyznawania wsparcia finansowego na przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, o którym mowa w dziale VIII Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe ustawy o działalności leczniczej. Sama zmiana terminu powstania po stronie podmiotu tworzącego obowiązek wynikającego z art. 59 ust. 4 ustawy (...), tj. zmiany formy organizacyjno-prawnej (...) może się okazać niewystarczająca, a wręcz niekorzystna dla podmiotu tworzącego zwłaszcza w sytuacji, jeżeli chciałby skorzystać z dotacji celowej z budżetu państwa”.

W innych opiniach rządów marszałkowskich czytamy bardzo podobne zdania. O czym to świadczy? O tym, że zmieniono jedną datę – jakby wyjąć ten jeden artykuł z ustawy – podczas, gdy ustawa opisuje pewien cykl działań, jakie musi wykonać samorząd czy podmiot, który jest właścicielem i nadzoruje prace jednostki służby zdrowia. Myślę, że treść ustawy jest niezgodna z uzasadnieniem, zarówno pisemnym, jak i tym, które przedstawił nam pan przewodniczący Piecha w imieniu wnioskodawców. Zaproponowana nowelizacja ustawy oddaje tylko intencje osób, które proponują zmianę tej ustawy, ale nie wyczer-

puje tych intencji. Ustawa, panie przewodniczący, jest źle napisana, jest niekompletna, jest po prostu bublelem prawnym.

Na dodatek, pan przewodniczący zwrócił się o opinię do bardzo licznych podmiotów i te opinie mamy w dyspozycji – zapoznaliśmy się z nimi – ale pan przewodniczący nie skierował propozycji ustawowej do Biura Analiz Sejmowych, żeby przeanalizować, czy rzeczywiście samorządy nie mają racji.

Panie pośle, bardzo pana proszę, niech pan do mnie nie pokrzykuje z boku, zza stołu...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Pani poseł, rozmawiamy normalnie, a nie między sobą. Jeżeli w kularach pani chce wymieniać poglądy, to proszę bardzo.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Następnym razem poproszę pana przewodniczącego o zwrócenie uwagi koledze.

W związku z tym, że ta propozycja ustawowa jest bardzo kiepska pod względem prawnym, właściwie nie ma po co dyskutować o jej meritum, bo jest to po prostu bubel prawny. Nie ma po co rozmawiać o czymś, co nie rozwiązuje problemu, a stwarza nowe problemy.

W związku z tym, zgłaszam w tej chwili formalny wniosek o odrzuceniu tego projektu ustawy w pierwszym czytaniu, z uwagi na bardzo poważne braki prawne. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Katulski.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Właściwie pozostaje mi tylko wzmocnienie tej wypowiedzi, bo w pełni zgadzam się z argumentacją mojej koleżanki klubowej, a merytoryczną część bardzo dokładnie wyłożył pan minister. Chciałbym jeszcze tylko podkreślić, że ta ustawa, to jest wyłącznie gest polityczny. Przypomnę, że w czasie, kiedy pracowaliśmy nad ustawą o działalności leczniczej, Prawo i Sprawiedliwość było zdecydowanie przeciwne przyjęciu takich przepisów. Jest to po prostu próba odłożenia tego w czasie – w marzeniach członków Prawa i Sprawiedliwości – do być może zmiany losów po wyborach i ewentualnie wtedy zmiany tego prawa, gdyby tak się przytrafiło, że Prawo i Sprawiedliwość wygra wybory. Wyłącznie taki cel polityczny widzę.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Latos i pan poseł Hoc. Proszę.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący...

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Zgłosiłam wniosek formalny.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Muszę powiedzieć jedno – odwołam się do ekspertyz. Pani poseł, pani dawno nie było w Komisji Zdrowia. Pewnie w Komisji do Spraw Służb Specjalnych nie znają procedury. Otóż, muszę przeprowadzić pierwsze czytanie. Pierwsze czytanie polega na dyskusji, a nie zgłaszaniu wniosków. Będzie dyskusja. O wniosku pamiętam. Niech pani sobie nie wyobraża, że ten wniosek nie będzie głosowany, ale dawno minęły czasy, gdy posłowie nie mogli się wypowiadać. Wniosek jest zanotowany. Odsyłam do ekspertyz, które mówią, jak proceduje się ustawy w Komisji.

Powiem więcej, wniosek o przyjęcie czy odrzucenie nie jest wnioskiem ostatecznym. Głosowania są skomplikowane. Spory prawne na temat prowadzenia procedury pierwszego czytania są gwałtowne – opieram się na opinii Biura Analiz Sejmowych. Chciałbym dokończyć pierwsze czytanie i przystąpić później do głosowania. To, że jest wniosek formalny, wiem. Dziękuję bardzo.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Powiem tylko pani poseł, że byłem zapisany do głosu. Dzentelmeńsko została pani przepuszczona i zabrała głos jako pierwsza. Tyle w uzupełnieniu kwestii proceduralnej, o której wspomniał pan przewodniczący.

Do pana przewodniczącego Katulskiego – nie jakoś tam się zdarzy, po prostu, ludzie wybiorą, panie przewodniczący. Miejmy nadzieję, że stanie się to szybciej niż później.

Odnosnie do samej nowelizacji – tak, państwo mają rację w jednym. To nie oddaje w pełni naszej intencji, bo rzeczywiście naszą intencją jest to, żeby tej ustawy w ogóle nie było, ponieważ, pani poseł, tak się składa, że bublelem prawnym była ta ustawa. Nie dlatego, że my się z nią nie zgadzamy merytorycznie, że mamy zupełnie inne zdanie na ten temat, ale dlatego – proszę zapytać osoby, które pracowały nad tą ustawą w podkomisji – że kilkakrotnie wracaliśmy do początku ustawy, bo ciągle były błędy. Państwo widzieli błędy we własnej ustawie. Ministerstwo widziało błędy we własnej ustawie, i na koniec, do 132 stron sprawozdania podkomisji, już po przekazaniu do Komisji, było 105 stron poprawek. Proszę to sprawdzić. To był rzeczywiście bubel prawny. Przypomnę, co było później z hospicjami. Jak trzeba było to poprawić, bo tej jednej rzeczy jeszcze państwo nie zauważyli. W dalszym ciągu mamy o czynienia z bublelem prawnym.

Odnosnie do naszej nowelizacji i opinii różnego rodzaju samorządów i podmiotów. Szanowni państwo, nic nie stoi na przeszkodzie – i ta nasza nowelizacja nie blokuje tego – że jeżeli ktoś chce się przekształcić, to może się przekształcić. Może się przekształcić w tym roku. Może skorzystać z tych – w moim przekonaniu wątpliwych preferencji, które ma do końca roku zagwarantowane, jeżeli do końca roku zadeklaruje chęć przekształcenia. To nie jest blokowane. Proszę bardzo, droga wolna. Chodzi tylko o to, żeby tym, którzy nie chcą się przekształcać albo nie mogą się przekształcić, bo samorząd nie będzie mieć tyle pieniędzy, a ryzyko upadłości jest wielkie, dać kolejne dwa lata, odłożyć ten temat, żeby jeszcze trochę zyskać na czasie. Przecież państwo wierzą w to, że będą rządzić do końca świata i jeden dzień dłużej, więc nic strasznego się nie stanie, jeżeli w łaskawości dacie możliwość samorządom, aby, jeśli ktoś nie chce nie przekształcić się w przyszłym roku, czy w tym roku, to przekształcił się w 2 lata później. To wszystko w tej sprawie, o nic więcej nie chodzi.

Jeżeli będą państwo chcieli stworzyć kolejne preferencje, kolejne możliwości oddłużania, droga wolna. Można tę nowelizację jeszcze dalej poprowadzić, stworzyć kolejne preferencje – dać miliard, dwa, czy trzy na oddłużenie placówek, które będą się przekształcać. Do tej pory jakoś tego nie zrobiono i szczerze mówiąc, nie wiadomo, ile tych pieniędzy naprawdę będzie dla tych, którzy zostali postawieni pod ścianą i będą musieli się przekształcać. Tyle z mojej strony. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Hoc, proszę uprzejmie.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Właściwie trudno dyskutować, dlatego że gdyby doszło do realizacji wniosku pani poseł, to mielibyśmy skandaliczną i upokarzającą sytuację, że oto tam, gdzie powinniśmy dyskutować, pochylać się głęboko nad sytuacją pacjenta, pochylamy się w takim rozumieniu, żeby precyzyjnie komuś dokopać. To jest niewłaściwe podejście, tym bardziej, że chodzi o wartość społeczną, o zdrowie pacjenta. Wszyscy mówimy, że zdrowie jest apolityczne, nie ma barw partyjnych, że w systemie najważniejszy jest pacjent, a tak naprawdę, gdy jesteśmy na posiedzeniu Komisji Zdrowia, to widzimy, że jest to ułuda i wielka nieprawda.

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, pięć i pół roku rządzą Platforma Obywatelska i PSL. Doprowadziliście do tego, że macie rekordowe zadłużenie publicznych szpitali w Polsce – już ponad 11 mld zł. Doprowadziliście do tego, że są rekordowe zobowiązania wymagalne – około 3 mld złotych. Szpitale kliniczne w większości zadłużają się. Uniwersyteckie szpitale również w większości są zadłużone. Doprowadziliście do tego, że polski pacjent, tak naprawdę nie ma poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego. Pacjent polski jest po prostu zagubiony. Jest nieraz w ogromnym strachu, czy dostanie się do szpitala, a gdy słyszymy o ostatnich przypadkach zgonów dzieci, to zaczynamy się poważnie zastana-

wiać, dokąd idziemy w tej medycynie. Potraktujcie to jako przyjazną dłoń podaną przez opozycję – może wyjdziecie z tego z twarzą – żeby tę ustawę o działalności leczniczej nieco odłożyć, zminimalizować jej fatalne, dramatyczne skutki dla polskiego pacjenta.

Przecież, tak naprawdę, chcecie obarzyć całym systemem, który już praktycznie nie istnieje, samorządy. Organy prowadzące – samorządy, przede wszystkim powiaty – nie udźwigną tego w żaden sposób. Chcecie zlikwidować i zrobić „wydmuszki”. Co zmieniać? Polska służba zdrowia traci sens. Zresztą, już nie jest służbą, bo działalność lecznicza nie jest zdrowa. Jest to chory system, w którym nie można czegokolwiek leczyć. Zawsze była misja szpitali – działano dla dobra pacjenta, dla jego zadowolenia, pewnych relacji. Natomiast wy doprowadzacie do nowej misji – zyskowności.

Próbujemy wam pomóc. Zastanówcie się nad tym, bo za chwilę, gdy rzeczywiście będzie tragedia, to będziecie mówić, że przez Prawo i Sprawiedliwość. Rządźcie przez pięć i pół roku i jeszcze nie doszłście do tej cienkiej granicy, czerwonej linii, która już dawno została przekroczona. Zastanówcie się. Chociaż nie odrzucajcie tego w pierwszym czytaniu. Podyskutujmy. Może trzeba poprawić pewne przepisy, ale myśl jest ratująca, dla polskiego pacjenta, dla polskiej służby zdrowia. Nie odrzucajcie tego, bo będziecie potem tego bardzo żałować – pacjenci wam tego nie wybaczą. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że pan poseł skończył. Pani posłanka Kłosin, a później pan poseł Balt. Następnie pan przewodniczący Orzechowski, pani posłanka Zalewska i pani posłanka Rafalska.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Mam pytanie w związku z uzasadnieniem do projektu. Mam pytanie do obecnego tu rektora, pana prof. Morysia.

Panie profesorze, jako mieszkanka województwa pomorskiego i posłanka z województwa pomorskiego chciałabym, aby pan rektor ustosunkował się do tego uzasadnienia, a przede wszystkim do tego zdania, że zadłużanie się szpitali jest wynikiem i efektem błędów w systemie ochrony zdrowia. Czy pan rektor, mając na uwadze swój uniwersytet i środki, które Skarb Państwa przeznaczył na GUM, może podtrzymać to stanowisko?

Mam pytanie tego typu. Panie rektorze, czy prawdą jest, że Gdański Uniwersytet Medyczny jeszcze 2 lata temu generował stratę na poziomie 300 mln zł, która była spowodowana głównie tym, że szpital był bardzo zadłużony u tak zwanych firm windykacyjnych, skupujących wierzytelności szpitalne, takich jak spółki Magellan czy Elektus?

Czy prawdą jest, że szpital otrzymał znaczącą pomoc od Skarbu Państwa poprzez pożyczkę podporządkowaną, wspartą przez Agencję Rozwoju Przemysłu, a udzieloną przez BGK, i że dzięki tej pożyczce udało się znacząco zredukować koszty obsługi zadłużenia? Chciałabym jeszcze, żeby pan rektor powiedział, jakie środki z budżet państwa otrzymał Gdański Uniwersytet Medyczny na budowę nowoczesnego centrum medycyny inwazyjnej.

Jeszcze jedno pytanie – już nie do pana rektora, a do pana ministra. Panie ministrze, na jakim etapie jest przygotowanie projektu ustawy o szpitalach klinicznych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan przewodniczący Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, jeden z przedmówców powiedział, że warto na ten temat porozmawiać. Myślę, że tak. Powiem szczerze, że ewidentnie widać zmianę w podejściu do legislacji kolegów z opozycji, którzy przygotowali ten projekt. Pomyślałbym sobie, że po raz trzeci czy czwarty na posiedzeniu Komisji Zdrowia pojawi się projekt o sieci szpitalu. Tu pojawia się projekt inny, mówiący o tym, że rozwiązania legislacyjne, które przyjęliśmy, dotyczące ustawy o przekształceniach, są akceptowalne przez państwa, tylko nie dzisiaj, nie jutro, a za 36 miesięcy. To dobrze, że taka ewolucja w poglądach następuje.

Natomiast, mam wrażenie, że najsłabsza strona tego projektu to nie te 2-3 artykuły, tylko ocena uzasadniająca, mówiąca, że projekt nie wywołuje skutków dla budżetu państwa, co stoi w sprzeczności z pierwszą tezą tego uzasadnienia, że rok po roku sytuacja drastycznie się pogarsza, a to właśnie z budżetu państwa te jednostki są ratowane.

Druga teza, że „Skutki finansowe dla jednostek samorządu terytorialnego są trudne do oszacowania, gdyż wynikają z wielu czynników trudnych do przewidzenia”. To również wymagałoby doprecyzowania, tak, żebyśmy byli pewni, czy zaniechanie procesu przekształceń na 36 miesięcy nie wywoła skutków o wiele poważniejszych od tych, gdy ustawa wejdzie w życie w czasie przewidzianym przez ustawodawców, a dyskredytowanym wówczas przez opozycję. Tak więc, to dobry krok ze strony opozycji, że dzisiaj nie mówimy o sieci szpitali, tylko o tym, kiedy ustawa dotycząca przekształceń w ochronie zdrowia ma wejść w życie. Mogę wyłącznie złożyć gratulacje. Szkoda, że jest to tak mało doprecyzowany projekt. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan poseł Balt.

Poseł Marek Balt (SLD):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, dobrze, że ten miecz Damoklesa, który został tą ustawą zawieszony nad szpitalami publicznymi i samorządami zostaje odsunięty. Szkoda, że przepis o konieczności przekształcania publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego nie zostanie całkowicie usunięty, ale mam nadzieję, że w przyszłości będzie odpowiednia większość do tego, żeby ten przepis zlikwidować. Dlatego uważam, że to dobry przepis. Ten miecz Damoklesa trzeba odsunąć od szpitali, od samorządu i nie zmuszać nikogo do przekształcania ośrodków publicznej opieki zdrowotnej w spółki prawa handlowego.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani posłanka Zalewska.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Dziękuję bardzo. Państwo przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni goście, nie można nie odnieść się do wypowiedzi pana posła Orzechowskiego, który kompletnie niewłaściwie zdiagnozował intencje opozycji – Prawa i Sprawiedliwości, sugerując, że zgadzamy się z ustawą o działalności leczniczej. Nie zgadzamy się z nią. Rzeczywiście jest ona fatalna, natomiast odroczenie o 36 miesięcy powoduje możliwość dalszego lobbingu wśród Platformy Obywatelskiej wokół zdecydowanie poważniejszych zmian związanych z ustawą, daje szansę na ocenę, ile spółek się „wywróci” – bo już zapowiadają takie „wywrócenie” – ile w ciągu roku zostanie sprywatyzowanych poprzez wykup udziałów – tak mówi Kodeks spółek prawa handlowego. To, po pierwsze.

Po drugie, pan przewodniczący Orzechowski mówi, że uzasadnienie jest niedoprecyzowane, dlatego, że „Skutki finansowe dla jednostek samorządu terytorialnego są trudne do oszacowania, gdyż wynikają z wielu czynników trudnych do przewidzenia”. Panie przewodniczący, najtrudniejszym czynnikiem do przewidzenia jest to, co będzie wyprawiać pan minister zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Rzeczywiście, trudno jest cokolwiek analizować i szacować. Przypominam, że również trudny jest do oszacowania rynek pracy, bo państwo skutecznie zaburzają informacje związane z rynkiem pracy, a one bezpośrednio przekładają się na sposób, w jaki budowany jest budżet Narodowego Funduszu Zdrowia, przede wszystkim, jeżeli chodzi o składki.

Myślę – odnosząc się do tego, co powiedziała pani poseł Radziszewska – że nie jest tak, że projekt nie jest spójny. Ta zmiana ma być pierwszym krokiem. A jeżeli będzie wola ze strony polskiego Sejmu, żeby bardzo poważnie do tego podejść i przeanalizować sytuację w całym kraju, to będzie można to uzupełniać o różnego rodzaju przepisy, między innymi ten, związany z możliwością otrzymania dotacji, jak pani wie, nikt chętnie nie sięga po te dotacje, bo każdy wie, że to jest malutki zastrzyk finansowy, który i tak nie przełoży się na późniejszą organizację już przekształconego szpitala.

Trudno odnosić się do wypowiedzi czy opinii urzędów marszałkowskich, czy poszczególnych sejmików – muszę je szanować, ale pozwolę sobie na komentarz – dlatego,

że w większości rządzi albo współrządzi tam Platforma Obywatelska, która ma bezwzględną tendencję do tego, żeby znieść swoją współodpowiedzialność za cokolwiek – od służby zdrowia, poprzez edukację, po drogi. Właściwie każdy ma być winien, tylko nie polski rząd i nie polskie samorządy, jeżeli rządzi tam Platforma Obywatelska, choć zdarzają się już takie sytuacje, że współrządzący z Platformą Obywatelską odmawiają głosowania nad możliwością przekształcenia w spółki różnego rodzaju szpitali. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani posłanka Rafalska, proszę uprzejmie.

Poseł Elżbieta Rafalska (PiS) – spoza składu Komisji:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, nie sposób mówiąc o tej nowelizacji nie odnieść się do ustawy-matki, ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej, a tak naprawdę, ustawy o demontażu w Polsce publicznej służby zdrowia. Tak to odbieram. Ustawy, która fakultatywnie, nieobowiązkowo wprowadza mechanizm przekształcenia, ale, tak naprawdę, obowiązkowo, ponieważ wszystkie instrumenty pomocy samorządom wyłącznie – podkreślam, wyłącznie – kierowane są do tych samorządów, które przekształcają szpitale. Nie ma żadnej pomocy dla szpitali, które chcą dalej funkcjonować w dotychczasowej formule i są zadłużone. Tak było z „Programem B” i tak jest z „Rezerwą 47”, gdzie mamy miliard złotych na zrealizowanie tego programu. To jest przymus przekształcania.

Wiem, o czym mówię. Przywołane tu przez pana przewodniczącego Piechę województwo lubuskie jest tego przykładem. Część województwa, północna – ja pochodzę z Gorzowa – jest w otoczeniu samych szpitalnych spółek, a szpital w Kostrzynie jest przykładem tego, jak przez komercjalizację idziemy do prywatyzacji. Tam szpital najpierw został skomercjalizowany, potem za 8 mln zł został sprzedany – jest wydmuszka 110-milionowa i za chwileczkę, gdy samorząd będzie zmuszony do zamknięcia procesu likwidacyjnego, cały dług będzie obciążał samorząd. Szpital jest już prywatny. Gorzów będzie 130-tysięcznym miastem z jednym szpitalem, który będzie funkcjonować w formule szpitalnej spółki, a dzisiaj już mówi się o tym, że nie wiadomo, czy deficytowy SOR nie będzie funkcjonować w innej formule – izby przyjęć itd. Wyrażam dzisiaj państwu obawy mieszkańców tej części województwa. Szpital obsługuje 350 tys. mieszkańców, którzy boją się ograniczenia dostępności do usług zdrowotnych.

Proszę państwa, nie padł tu jeszcze jeden argument – czym różnią się publiczne dzisiaj podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami od przekształconego szpitala? Otóż, jeśli chodzi o dotychczasowy szpital publiczny, nie można ogłosić jego upadłości. Jego dług nie stanowi zagrożenia dla jego dalszego funkcjonowania. Natomiast szpitalnej spółki dotyczy ustawa o prawie upadłościowym i naprawczym, więc bardzo szybko jest możliwość przeprowadzenia postępowania upadłościowego. Raporty NIK wyraźnie wykazują, że samo przekształcenie nie jest receptą na uleczenie i uwolnienie od zobowiązań.

W związku z tym nasza propozycja, która odracza obowiązek nie tylko pokrywania straty, ale przede wszystkim przymusu przekształcenia, daje czas na refleksję nad tym, co się dzieje obecnie w publicznej służbie zdrowia. Proszę państwa, nawet jeżeli sądzić – mówię do koalicjantów – że ta ustawa jest dobrodziejstwem, to chcę zauważyć, że w 2012 r., kiedy na to przekształcenie było 400 mln zł, było „tak wielkie” zainteresowanie, że 350 ml zł z tej rezerwy zmieniło swoje przeznaczenie, bo samorządy skorzystały tylko z 50-milionowego wsparcia dotacyjnego na przekształcenie szpitali, co wobec 11-miliardowych długów samorządów i 3 miliardów zobowiązań wymagalnych jawi się jako oferta nie do zaakceptowania, nie do przyjęcia, nieuzdrawiająca problemów polskich szpitali. Na pewno to rozwiązanie daje czas na refleksję, bo raz przekształcone spółki nie mają powrotu do wcześniejszej formuły funkcjonowania.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że pan rektor był proszony o wypowiedź. Czy pan profesor chce odnieść się do tego? Nie musi pan, panie profesorze. Proszę uprzejmie.

Przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych Janusz Moryś:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, zostałem wywołany z nazwiska, w związku z tym, chciałbym powiedzieć, że żadna uczelnia medyczna, a więc i Gdański Uniwersytet Medyczny, nie jest zadłużona. Zadłużone są szpitale kliniczne, natomiast uczelnie w żadnym z ostatnich lat nie wygenerowały jakiegokolwiek zadłużenia.

Rzeczywiście, zadłużenie szpitala klinicznego w Gdańsku było jednym z największych. W momencie, kiedy przyjmowałem funkcję rektora tej uczelni, sięgało ponad 300 mln zł, a były momenty, że notoryczne nękanie przez komorników i spółki, uniemożliwiało funkcjonowanie i pracę szpitala.

Dzięki restrukturyzacji...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Panie rektorze, proszę nie zwracać na to uwagi. Proszę kontynuować. Tak jest na posiedzeniach komisji sejmowych, że z sali płyną jakieś głosy. Proszę nie przeszkadzać, każdy ma swój czas. Prozę bardzo.

Przewodniczący KRAUM Janusz Moryś:

Rzeczywiście, szpital kliniczny bez wsparcia i pomocy Ministerstwa Zdrowia nie był w stanie dokonać skoku finansowego, czy usystematyzowania sytuacji finansowej. Muszę powiedzieć, że dzięki panu ministrowi Szulcowi, który osobiście bardzo zaangażował się w przygotowanie projektu restrukturyzacyjnego i jego promocję w Agencji Rozwoju Przemysłu, udało się uzyskać 110-milionowy kredyt, początkowo krótkoterminowy – 5-letni, na spłatę wierzycieli. To pozwoliło na spłacenie najgorszych wierzycieli, czyli spółek, które skupują długi. Kredyt wzięł szpital kliniczny. Uczelnia była tylko gwarantem kredytu, a gwarantujemy ten kredyt ziemiami i nieruchomościami, jakie posiadamy.

Wdrożony program restrukturyzacji, który wcale nie był łatwy – uczciwie powiem, że był niezwykle bolesny, bowiem kosztował utratę prawie tysiąca osób zatrudnionych, choć może nie do końca tysiąca, bo część przeszła na umowy cywilnoprawne, a część weszła do firm outsourcingowych – doprowadził do tego, że Agencja Rozwoju Przemysłu pozytywnie oceniła ten program restrukturyzacji i rozłożyła zadłużenie na dwukrotnie dłuższy okres. W tej chwili odsetki, jakie płacimy od zadłużenia, to około 6 mln zł rocznie, przy poprzednio płaconych blisko 30 mln zł obsługi zadłużenia, jakie posiadał szpital. Na dzisiaj szpital ma 160 mln zł długu, czyli udało się zredukować zadłużenie szpitala klinicznego prawie o połowę. Trudno mi – tak naprawdę – zgodzić się z tą opinią Ministerstwa Zdrowia, iż zadłużenie szpitali klinicznych wynika ze złego zarządzania i złego nadzoru ze strony uczelni w stosunku do szpitali klinicznych, bo nie do końca jest tak.

Oczywiście, jeszcze mamy problemy z kadrą menadżerską – nie jest idealnie – ale i kadra menadżerska szpitali klinicznych dokonała olbrzymiego skoku. W tej chwili zrzeszona jest w Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Klinicznych, w ramach którego wzajemnie wspiera się i promuje rozwiązania, które mogą być sensowne.

Jeżeli chodzi o tę nowelizację, to tak naprawdę jest to jedna z inicjatyw, z jakimi wystąpiliśmy do posłów, by wydłużyć okres do powstania ustawy o szpitalach klinicznych, dlatego, że ustawa o działalności leczniczej nie wyłączyła szpitali klinicznych z obowiązku przekształcania, tak jak wyłączone są instytuty naukowo-badawcze. Szkoda, że tego nie zrobiła, bo – mówiąc szczerze – na szpitalach klinicznych narzucono olbrzymi obowiązek szkolenia kadry medycznej, zarówno przeddyplomowego, jak i podyplomowego. Spłacenie długów szpitala w momencie, kiedy rzeczywiście doszłoby do takiej sytuacji, że muszę zapłacić powstały dług, jest niemożliwe do wykonania, dlatego że ustawa o szkolnictwie wyższym zabrania użycia dotacji ministerialnej na działalność szkoły na spłatę czegokolwiek innego niż działalność szkoły. W związku z tym, nie mam jakichkolwiek środków na zapłacenie zadłużenia szpitala klinicznego. Tak naprawdę, nasza inicjatywa dążyła do tego, żeby skłonić resort do pracy nad ustawą o szpitalach klinicznych. Po wielu trudach, udało się to zrobić. Zaproponowaliśmy swoją wersję ustawy, która została przekazana jeszcze w ubiegłym roku Ministerstwu Zdrowia. Wiemy, że trwają prace nad ustawą, ale nie wiemy, w jakim kierunku idą, dlatego że ministerstwo nie konsultuje się z rektorami. Mamy nadzieję, że 8 marca – w tej chwili jest posiedzenie rektorów – będziemy mieć przedstawione założenia tej ustawy. Uczciwie powiem, że wolę praco-

wać z ministerstwem. Mimo wszystko, jest to mój właściciel i mój przełożony, jakby nie patrzeć.

Inną sprawą jest rozwiązanie problemów, które wiążą się z przekształceniem. To nie znaczy, że my się boimy przekształcenia w spółkę kapitałową. Muszą tylko być określone reguły gry, w jakich mamy funkcjonować jako jednostka naukowo-dydaktyczna i lecznicza. Dlatego też nasze działania były skierowane nie tylko do Ministerstwa Zdrowia, ale również do Narodowego Funduszu Zdrowia, aby wycenić procedury medyczne wykonywane na terenie szpitali klinicznych. Zdajemy sobie sprawę z tego, że NFZ nie może zapłacić za dydaktykę, czyli, na przykład, za to, że pacjent dłużej przebywa w szpitalu niż potrzeba, bo jest to niezbędne do celów dydaktycznych. Dlatego potrzebne są rozwiązania, które pokażą jednoznacznie źródła finansowania szpitala klinicznego. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że będziemy zmierzać do końca dyskusji. Chciałbym tylko, jako przedstawiciel wnioskodawców, ustosunkować się do tych wystąpień.

Przede wszystkim, zostałem imiennie zaatakowany przez panią poseł Radziszewską. Pani poseł, my się jednak różnimy – ja czytam to, co jest napisane, a pani czyta między wierszami. Otóż, ta ustawa jest absolutnie kompletna – są tutaj prawnicy. Jeśli ktoś mi wskaże w jednym punkcie, że jest ona niezgodna z konstytucją, z prawem europejskim albo jest niekompletna, bo nie zakłada przedłużenia okresu wyłudzenia czy dotacji z budżetu państwa, to się myli. Przepisy art. 196 i 197 możliwe są do stosowania wyłącznie w tym roku. Potem, jeżeli ktoś nie zdecyduje się na przekształcenie, po prostu rezygnuje z możliwości dotacji i umorzeń publicznoprawnych. Można tak myśleć? Można tak myśleć. Jest to absolutnie kompletne. W związku z tym, ta ustawa nie ma żadnego znaczenia dla budżetu państwa. To, po pierwsze.

Jeżeli chodzi o kwestię samorządów, trudne jest to do oszacowania – padały tu różnego rodzaju wnioski. Pan rektor również się do tego ustosunkował. To, że ustawa o działalności leczniczej jest fatalnie napisana dla uczelni medycznych i dla szpitali klinicznych, wszyscy wiedzą.

Otóż, dzisiaj przekształcenie tego szpitala, jeżeli szpital jest zadłużony, jest obowiązkiem rektora. Pani rektorze, pan nie ma grosza na to – nie ma pan prawnej możliwości – żeby pokryć złotówki z zadłużenia szpitala, ponieważ zabrania tego panu ustawa o szkolnictwie wyższym. Zwracaliśmy się z apelem na ten temat wielokrotnie. Zdajemy sobie z tego sprawę. W związku z tym, wystąpiliśmy z taką, a nie inną inicjatywą, zdając sobie sprawę z tego, że jesteśmy opozycją, że nie mamy narzędzi budżetowotwórczych, pani poseł, żeby nie grzebać w budżecie i nie powodować powstania prawa, które będzie składać określone zobowiązania budżetowe na następne lata. Zdajemy sobie z tego sprawę.

Oczywiście, że wniosek formalny padł i zostanie przegłosowany, natomiast pan rektor powiedział prawdę; bez ustawy o szpitalach klinicznych, szpitale kliniczne w Polsce będą w fatalnej sytuacji, ponieważ – niezależnie, czy to będzie spółka, czy nie – zostaną wystawione na łup albo upadłości, albo komorników. Pan rektor może, nie wiem jak, wygospodarowywać środki z uczelni, może szkolić za miliony euro obcokrajowców, ale ani złotówki, ani jednego euro z puli środków finansowych zarobionych na dydaktyce nie może przekazać na swój szpital kliniczny. I o tym też mówiliśmy na posiedzeniu Komisji do tworzących to prawo. Jest tu pan dyrektor Puzoń. Jest tu pan dyrektor Warczyński. Dobrze o tym pamiętają. Jeżeli było inaczej, to proszę mi to udowodnić z zapisów. O tym mówiliśmy. Była również druga inicjatywa, która mówiła o ustawie o szkolnictwie wyższym, żeby tam próbować to ratować. Nie udało się. Tak, pani poseł, te dwie ustawy w zbiegu, jeżeli chodzi o szpitale kliniczne i uczelnie medyczne, są w ogromnym konflikcie i, niestety, są ogromnym bblem prawnym – nie autorstwa Prawa i Sprawiedliwości. Dziękuję bardzo.

Przystępujemy do głosowania wniosku formalnego o odrzucenie w pierwszym czytaniu projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej, zawartego w druku nr 1100.

Kto jest za przychyleniem się do wniosku i odrzuceniem projektu ustawy o działalności leczniczej w pierwszym czytaniu? Kto jest przeciwny? Kto wstrzymał się od głosu? Dziękuję bardzo. Proszę o podanie wyniku.

Za wnioskiem o odrzucenie w pierwszym czytaniu ustawy o działalności leczniczej głosowało 17 posłów, przeciw było 10, nikt się nie wstrzymał. Stwierdzam, że Komisja rekomenduje Wysokiej Izbie odrzucenie tej ustawy.

Należy wybrać posła sprawozdawcę. Kto jest chętny do prowadzenia tej ustawy jako poseł sprawozdawca? Ja jestem posłem wnioskodawcą. Pan przewodniczący Latos. Czy jest zgoda na to, żeby pan poseł był sprawozdawcą Komisji? Nie ma innych propozycji. Sądzę, że Komisja przyjęła tę kandydaturę. Pan przewodniczący Latos będzie naszym przedstawicielem.

Nie ma potrzeby występowania do Ministerstwa Spraw Zagranicznych, bo opinia jest zawarta w ekspertyzie. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji.