



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Zapis stenograficzny**  
**(241)**

22. posiedzenie  
Komisji Zdrowia  
w dniu 13 maja 2008 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat miejsca i zadań medycyny ratunkowej w strukturach ochrony zdrowia w Polsce.
2. Sprawy różne.

*(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 08)*

*(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Szanowni Państwo, otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam panią i panów senatorów. Witam pana ministra Twardowskiego, który dzisiaj reprezentuje ministra zdrowia, witam przybyłych i zaproszonych gości z panem profesorem Karskim i panem profesorem Jakubaszka na czele.

Projekt planu dzisiejszego posiedzenia komisji wygląda następująco. W pierwszym punkcie zajmiemy się miejscem i zadaniami medycyny ratunkowej w strukturach ochrony zdrowia. Proponuję, żeby procedowanie nad tym wyglądało w ten sposób, że rozpocznie pan minister Twardowski piętnastominutową prezentacją, potem... Nie wiem, czy pan profesor Karski chce zabrać głos zaraz po ministrze?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Aha, w dyskusji.

O możliwość prezentacji prosił jeszcze pan profesor Jakubaszko – jak rozumiem, to jest uzgodnione z państwem – wobec czego piętnaście minut dla pana profesora, a potem pytania i dyskusja, do której wszystkich państwa zapraszam. W drugim punkcie będą sprawy różne.

Jeśli nie usłyszę sprzeciwu uznam, że plan pracy komisji w tej części został zatwierdzony. Nie słyszę sprzeciwu.

Szanowni Państwo, wobec tego rozpoczynamy punkt pierwszy.

Decyzja o zwołaniu posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia poświęconego ratownictwu medycznemu wynika z dwóch uznawanych przez nas okoliczności. Po pierwsze, gdy była uchwalana ustawa, senacka Komisja Zdrowia wniosła do niej kilkadziesiąt poprawek, to znaczy senatorowie zgłosili trzydzieści osiem poprawek, z czego ponad dwadzieścia zostało popartych przez komisję. Te poprawki powstawały między innymi w wyniku konsultacji ze środowiskiem osób, które ten system ratownictwa budowały. Ugięliśmy się wtedy pod presją okoliczności politycznych, ponieważ działo się to w jednym z kryzysowych momentów koalicji PiS z Samoobroną i LPR – wobec groźby, że ustawa wraz z preliminowanymi na nią środkami nie wejdzie w życie, podjęliśmy trudną decyzję, iż przyjmujemy ustawę bez poprawek. Towarzyszyła temu deklaracja odpowiedzialnego za to ministra Pinkasa, że w pierwszej połowie roku, po pół roku funkcjonowania, do sprawy wrócimy. No ale, jak państwo pamiętają, kalendarz roku 2007 obfitował w różne napięcia, zwroty i do tego nie doszło. A więc mamy niejako pewne zobowiązanie z poprzedniej kadencji, które obecna komisja senacka zechciała podjąć.

---

A druga okoliczność jest taka, że mamy już sporo informacji na temat funkcjonowania tego systemu i wydaje się pożyteczne stworzenie płaszczyzny wymiany informacji i zadanie sobie pytania: czy nie należy jednak dokonać nowelizacji? Jak państwo wiedzą, resort jest w dosyć trudnej sytuacji, bo pracuje równolegle nad wieloma ustawami, ale ten obszar jest krytyczny i dzieją się w nim różne rzeczy, także i niepokojące, stąd decyzja by zwołać posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia na ten temat.

Bardzo się cieszę, że na zaproszenie odpowiedział pan minister Twardowski, przesłał nam także materiał. Bardzo dziękuję.

I bardzo proszę, aby pan minister zabrał teraz głos.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski:**

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie i Panowie!

Chciałbym państwa poinformować, że do tej pory problemami ratownictwa medycznego zajmował się minister Włodarczyk, ale ubył z naszego grona z przyczyn zdrowotnych i w tej chwili ten departament na mocy zarządzenia ministra zdrowia został mi przydzielony, już jako czwarty. Nie wiem, czy mam się cieszyć, raczej się martwię, bo to jest bardzo potężny departament...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ale ludzie, jak słyszałem... coraz więcej władzy. Ma pan coraz więcej władzy, Panie Ministrze.)*

No jeszcze między trzecią a piątą w nocy trochę czasu mam. Proszę państwa, tak jak powiedziałem, na mocy zarządzenia ministra zdrowia ten departament i wszystkie związane z nim sprawy są mnie przypisane, stąd dzisiaj moja obecność tutaj.

Pan przewodniczący otrzymał zarówno materiały z naszej komisji, z Departamentu Polityki Zdrowotnej, jak i materiały uzupełniające z Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego odnośnie do szkolenia ratowników medycznych. Czy pozostali członkowie komisji posiadają te materiały, czy nie? Nie jeszcze, dobrze.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Nie dostaliśmy materiałów na temat kształcenia, tego materiału nie mamy, mamy tylko materiał...)*

Już będzie, dziękuję bardzo.

Pozwolę sobie odnieść się do przedstawionego materiału na temat ratownictwa medycznego. Wiecie państwo, że jest to instytucja utrzymywana z budżetu państwa. Takie jest również założenie, że ratownictwo będzie utrzymywane z budżetu państwa. Problem oczywiście jest taki, żeby były na to wystarczające środki. Uznajemy, że ustawa, która obecnie obowiązuje, nie jest doskonała, co życie nam pokazało. I to nie są żadne moje zarzuty wobec poprzedników – proszę państwa, ten tylko się nie myli, kto nic nie robi. Mamy świadomość, że każda nowa ustawa po jakimś czasie wymaga pewnych przeróbek i uzupełnień. I tym tokiem bym raczej podążał. W związku z tym zespół, powołany zarządzeniem ministra zdrowia, pracuje nad nowelizacją tej ustawy. Odbyło się już pięć posiedzeń tego zespołu, 18 kwietnia było piąte. Członkami zespołu są w znakomitej większości najlepsi w Polsce fachowcy, między innymi zaproszeni tu przez pana przewodniczącego. W związku z tym nie wymagają tutaj żadnej rekomendacji, bo same nazwiska mówią za siebie. Osoby, które są w tym zespole, mają umocowanie do wypracowania takich propozycji nowelizacji ustawy, żeby rzeczywiście to ratownictwo medyczne funkcjonowało tak, jak wszyscy tego oczekują.

Co przede wszystkim sugeruje zespół na podstawie dotychczasowych prac? Najważniejsze zmiany dotyczą organizacji w finansowaniu szpitalnych oddziałów ratunkowych. Zespół sugeruje pozostawienie finansowania z NFZ oraz wprowadzenie trzech poziomów referencyjności, czyli trzech kategorii SOR. Miałyby to być oddziały podstawowe, wojewódzkie, akademickie, różnice dotyczyłyby wymagań technicznych, architektonicznych, obsady personelu, różny byłby poziom finansowania. Szczegółowym opracowaniem zajmie się kilkusobowy zespół z konsultantem krajowym z dziedziny medycyny ratunkowej na czele.

Kolejna sprawa, to nowa organizacja systemu powiadamiania ratunkowego, czyli obsługi telefonu 112, 998, 999, we współpracy z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Administracji. Odbyły się już na ten temat spotkania, to jeszcze dokładnie nie jest tutaj wpisane, bo ostatnie miało miejsce wczoraj. Proszę państwa, to jest problem skomplikowany i oczywiście musi być rozwiązany. Ministerstwo Zdrowia doszło do porozumienia z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Administracji co do tego, że tak naprawdę nie mogą być dwa ministerstwa odpowiedzialne za prawidłowe funkcjonowanie systemu, bo wtedy nie będzie odpowiedzialny nikt. Cieszymy się, że udało nam się osiągnąć konsensus. Organem wiodącym w tej materii, który będzie we współpracy z Ministerstwem Zdrowia to czynił, będzie minister spraw wewnętrznych i administracji. Do tego celu zostaną wykorzystane oczywiście te ośrodki powiadamiania ratunkowego, które już są. Wszystko to musi być spójne, jak państwo wiecie. Jesteście tu jako fachowcy, więc rozumiem, że wiecie, o co chodzi. To wszystko, niezależnie od tego, kto dzwoni, musi być umiejscowione pod numerem 112, to musi być wszystko spójne, kombatybilne i działać elegancko. Chcemy, żeby ta działalność najpóźniej w ciągu dwóch lat osiągnęła perfekcyjny poziom. Wczoraj odbyło się spotkanie z generałem Skubichem na ten temat, wszystkie nasze myśli i działania w tym kierunku zmiierzają.

Ile ma być tych centrów? Do tej pory, proszę państwa, to tak naprawdę wszyscy by chcieli, żeby było to u nich, w związku z tym wojewodowie mówią, że w każdym województwie jedno, marszałkowie mówią, że może tak albo więcej, ale najlepiej czterdzieści dziewięć, czyli tak jak w starym systemie, bo tu chodzi o łączność telefoniczną itd., a wszyscy starostowie mówią, że owszem, ale najlepiej, jak będzie w każdym powiecie takie centrum.

No wiecie państwo, to są takie naciski. Ci, którzy jakąś władzę i decyzyjność posiadają, będą musieli tutaj podjąć stosowne działania, ale myślę, że konsensus osiągniemy. Myślę, że nie będzie to w każdym powiecie, bo powiaty powiatom nie są równe, są powiaty, które mają sto kilkadziesiąt tysięcy mieszkańców, a najmniejszy wschowski ma około trzydziestu tysięcy. A więc z punktu widzenia ekonomii i wystarczalności na pewno nie musi to być w każdym powiecie. Myślę, że z tego uda się stworzyć spójną całość, bo na pewno przy ostatecznym podejmowaniu decyzji będą wszystkie strony, żeby kłócąc się, osiągnęły konsensus w tej materii.

Zespół jakichś rewolucyjnych zmian nie proponuje, bo jak pokazało już pewne doświadczenie, ten system, choć jest młody, funkcjonuje całkiem nieźle. Oczywiście państwo pamiętają, jak wielkie były tutaj obawy, co się stanie, jak w każdym zespole nie będzie lekarza. Zresztą powiem tak: zdania siedzących przy tym stole uczonych są na ten temat różne, ale myślę, że przy tym, co za chwilę powiem, sami państwo zrozumieją, że modelu, który funkcjonował w przeszłości, w którym do każdej czynności

niezbędny był lekarz, nie uda się zrealizować w żadnym kraju – ani europejskim, ani innym na świecie. Nie przyniosłem tego ze sobą, ale powiem państwu, że jak przeczytałem dokument, który wpłynął do ministerstwa od ambasadora RP w Tokio... Tam jest mowa, że ni mniej ni więcej tak bogaty kraj jak Japonia ma niedobór... Zgadnijcie państwo, ilu tysięcy lekarzy? Myślę, że nikt z siedzących przy tym stole nie trafi.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Ile?

*(Głos z sali: Dziesięć tysięcy.)*

Dziesięć tysięcy. Kto da więcej?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Pięćdziesiąt tysięcy. Kto da więcej?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Proszę państwa, stu dziesięciu tysięcy lekarzy brakuje w Japonii. Dlaczego ja to podaję? Bo problem braku lekarzy w Polsce, w całej Unii, nie jest problemem tylko europejskim, ale ogólnosiwiatowym. Długość procesu kształcenia, ponoszone koszty, duży nakład pracy, duża odpowiedzialność, duże roszczenia, coraz większe ze strony pacjentów, powodują, że liczba kształcących się lekarzy na świecie spada w stosunku do tego, jakie są potrzeby, przy starzejących się społeczeństwach. To jest najnowsza wiadomość, którą posiadam przed kilku dniami. Powiem państwu, że rzeczywiście patrzyłem, czy to jest dziesięć, czy to jest sto dziesięć tysięcy, ale wyraźnie przez naszego ambasadora jest napisane, że sto dziesięć tysięcy lekarzy w tej chwili potrzebują zatrudnić w Japonii. W związku z tym zwracają się nawet do Polski, czy by nasi lekarze nie pojechali.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ile mieszkańców ma Japonia?

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski:**

Japonia ma około, nie chcę tutaj strzelać... Panie Przewodniczący, zadał pan bardzo trudne pytanie, na które nie jestem przygotowany. Będzie miała chyba około stu milionów.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

No tak, ale proszę państwa my mamy trzydzieści osiem milionów mieszkańców, a obecnie w Polsce tak zwanych czynnych, czyli tych, którzy wykonują świadczenia w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, są siedemdziesiąt trzy tysiące.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To jest jednak mimo wszystko przekłamane.)*

No nie, społeczeństwo japońskie jest znacznie starsze niż polskie, jeżeli chodzi o przeciętną wiek, a poza tym widocznie mają inne standardy i chcą aż tylu zapewnić doktorów.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Jeden na dziesięć tysięcy, ale...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tyle potrzebują. U nas pracują siedemdziesiąt trzy tysiące. W Naczelnej Izbie Lekarskiej zarejestrowanych jest sto dwadzieścia dziewięć tysięcy, ale ta liczba nie jest

adekwatna. Bywa też tak, że ktoś się kiedyś zarejestrował i posiadał prawo wykonywania zawodu, nie pracuje w zawodzie, jest na emeryturze, pracuje gdziekolwiek indziej, ale się nie wykreślił i tam figuruje. Siedemdziesiąt trzy tysiące pracuje w systemie, taka jest prawda.

Proszę państwa, tak naprawdę mamy już świadomość, że w ratownictwie medycznym sami lekarze ze specjalizacją z medycyny ratunkowej pracować nie będą, bo po prostu tego fizycznie – niezależnie od naszych poglądów, które nas mogą różnić bądź łączyć – nie da się zrobić.

My w tej chwili, wspólnie z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego, stajemy przed pewnym problemem, musimy rozpatrzyć pewien dylemat. Mianowicie, jest taka możliwość i myślę, że trzeba będzie podjąć taką decyzję – ale uprzedzam, że ta decyzja nie została podjęta na kierownictwie... Jest propozycja, zaopiniowana pozytywnie przez nasz Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego, żeby zamknąć szkolenie ratowników na poziomie szkół policealnych – oczywiście, proszę państwa, jeżeli ktoś rozpoczął, to będzie mógł dokończyć na zasadzie praw nabytych, będzie mógł zostać ratownikiem. W tej chwili jest jedenaście akademii medycznych czy uniwersytetów, bo to już jest różnie teraz nazywane, i osiemnaście szkół wyższych niepublicznych, które zajmują się kształceniem ratowników. I obecnie one zgłosiły, proszę państwa, ponad trzy i pół tysiąca miejsc na szkolenia licencjackie, a więc jest to ilość zupełnie wystarczająca. Pierwszy ruch, zanim my będziemy się mogli do tego ustosunkować, należy do ministra nauki, bo to on odpowiada za to szkolnictwo policealne i my nie możemy nic zrobić wbrew jego woli, o tym mówi prawo, ale również jesteśmy ciekawi państwa opinii, czy nasz tok myślenia jest prawidłowy, czy to, że chcemy mieć tylko licencjatów, to odpowiedni kierunek. No ja myślę, że ludzie chcieliby mieć większe poczucie bezpieczeństwa, a to zapewnia fakt, że ratownikiem będzie człowiek, który kształcił się na studiach wyższych. W każdym razie taki jest nasz tok rozumowania.

Na temat sieci państwo dostali materiały, więc nie będę się za bardzo teraz nad tym rozwodził, bo to jest w trakcie tworzenia.

W roku 2007 proszę państwa budżet państwa przeznaczył na ratownictwo dokładnie 1 miliard 145 milionów 844 tysiące zł. W ramach tych środków finansowano tysiąc trzysta sześćdziesiąt trzy zespoły ratownictwa medycznego. W 2005 r. zrealizowano trzy miliony działań ratowniczych, w 2006 r., proszę państwa, średnio każdy z powiatów był zabezpieczony przez trzy i pół zespoły ratownictwa medycznego, bardzo różne były wskaźniki na jeden zespół – od od dziewiętnastu tysięcy w lubuskim do trzydziestu trzech tysięcy mieszkańców w małopolskim. W tej chwili zbieramy dokładne dane za rok 2007 z całej Polski i będziemy wiedzieć, ile świadczeń i jak zostało udzielonych. Wiecie państwo, że zmienia się rozporządzenie dotyczące sprawozdawczości. Chcemy, żeby obowiązywało ono od lipca tego roku. Będą sprawozdawane wówczas wszystkie zdarzenia w ratownictwie medycznym, bo musimy mieć wiedzę o tym, co się robi, i jakie są potrzeby. A do tego niezbędna jest sprawozdawczość. Liczba działań ratowniczych jest obecnie wyliczana przez wojewodów. Z tego, co pamiętam, bo to przez moje ręce teraz przepływa, sporo informacji już nadeszło, ale jeszcze nie wszystkie, są one w trakcie opracowywania.

Proszę państwa, poważny problem w tej chwili dla dysponentów zespołów ratownictwa medycznego stanowi wzrost wynagrodzeń personelu medycznego w placówkach medycznych. W pogotowiu ratunkowym, czyli w ratownictwie medycznym

jest to finansowane z budżetu, pieniądze są sztywne, zaś dyrektorzy, którzy pracują w samodzielnych placówkach publicznych – niezależnie od tego, że wszyscy mówią, iż pieniędzy jest za mało – realnie rzecz biorąc mają ich więcej. Chciałbym państwu przypomnieć, że w tym roku na dzień dzisiejszy w szpitalnictwie jest już ulokowanych około 20 miliardów zł, a w ubiegłym roku było niecałe 18 miliardów. Jak wszyscy już na pewno wiedzą, bo to jest publiczna wiedza, około 1 miliarda 700 tysięcy do 2 miliardów zostanie znowu ulokowane w szpitalnictwie od 1 lipca. Czy przy starym, czy przy nowym trybie kontraktowania? Na ten temat się jeszcze autorytarnie nie wypowiem, bo różne są poglądy na ten temat – jedni by chcieli, drudzy by nie chcieli, zdania uczonych są tutaj podzielone. Ale dodatkowe środki niewątpliwie się znajdują. A więc jest obecnie przewaga, jeśli chodzi o możliwości decyzyjne, a także finansowe, po stronie dyrektorów jednostek publicznych w porównaniu do tego, co jest finansowane z budżetu państwa.

Jeżeli chodzi, proszę państwa, o średnie stawki, to one kształtowały się w latach 2004–2007 na niskim poziomie. I to trzeba sobie jasno powiedzieć. Wynosiły one 3 tysiące 214 zł za dobę w 2004 r., 3 tysiące 365 zł za dobę w 2005 r., 3 tysiące 804 zł w 2006 r. i 3 tysiące 703 zł w 2007 r. Według opinii Krajowego Nadzoru Medycyny Ratunkowej za zadowalającą należałoby uznać kwotę co najmniej 3 tysiące 500 zł za dobę w szpitalu miejskim, czyli powiatowym lub powiatowym, kwotę 7 tysięcy za dobę w szpitalu specjalistycznym wojewódzkim i około 11–15 tysięcy w szpitalu ponadregionalnym, czytaj klinicznym. Te różnice w finansowaniu są podyktowane różnicami w liczbie pacjentów przyjmowanych przez te placówki, stopniem skomplikowania przypadków trafiających do szpitali o różnym szczeblu specjalizacji – im wyższy szczebel, tym trudniejsze przypadki, czyli również i droższe w leczeniu. Oznaczałoby to podniesienie aktualnych wydatków ponoszonych przez NFZ średnio o 30–40%. Mówię oczywiście o SOR.

Większość szpitalnych oddziałów ratunkowych nie spełnia obecnie w 100% wymagań określonych przepisami prawa, zawartych w rozporządzeniu ministra zdrowia. Z jednej strony stanowi to przesłankę dla NFZ dotyczącą obniżenia kontraktów z uwagi na niepełnowartościowość oddziałów, z drugiej strony pozwala na funkcjonowanie tych jakże potrzebnych oddziałów w szpitalach, które z różnych względów, między innymi architektoniczno-technicznych czy finansowych, nie są w stanie tych wymogów natychmiast spełnić. I stąd bierze się potrzeba nowelizacji rozporządzenia ministra zdrowia w tym zakresie.

W celu wyrównania standardów SOR w Polsce w ramach Programu Operacyjnego „Infrastruktura i środowisko” uruchomionych zostanie 113 milionów 584 tysiące euro. Środki te zostaną przeznaczone na przystosowanie placówek już posiadających SOR do wymagań przepisów krajowych i standardów europejskich.

Działalność Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego i SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. W 2007 r. na Lotnicze Pogotowie Ratunkowe minister zdrowia wydatkował kwotę 37 milionów zł, w ramach tych środków były utrzymywane dyżury śmigłowców ratunkowych oraz samolotów wykonujących transporty sanitarne. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe wskazywało na potrzebę zabezpieczenia na 2008 r. Kwoty 52 milionów 636 tysięcy zł. Taką kwotę zaakceptowała sejmowa Komisja Zdrowia, ale Komisja Finansów Publicznych obniżyła tę kwotę do 37 milionów 636 tysięcy zł, czyli w porównaniu do roku 2007 jest to wyżka tylko o 636 tysięcy.



SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe funkcjonuje w złożonym technicznie otoczeniu. Użytkowanie śmigłowców MI-2 Plus w szesnastu bazach wymaga prawidłowego zabezpieczenia i gotowości wszystkich filii. Utrudnieniem realizacji tego celu są różnice w częstotliwości użytkowania śmigłowców w poszczególnych bazach. Fakt ten przekłada się też na nierównomierne zużycie śmigłowców, będących w bazach. Dokonywane są dyslokacje konkretnych egzemplarzy pomiędzy bazami w celu umożliwienia wykorzystania śmigłowców przez jak najdłuższy czas bez konieczności zawieszania pracy zespołów HEMS z powodu naprawy statku powietrznego.

Problematycznym zagadnieniem jest również proces inwestowania w obecne statki powietrzne, wymagające znacznych nakładów finansowych. Powstaje ryzyko nieodzyskania zainwestowanych środków w sytuacji wdrożenia nowej floty statków powietrznych. Ograniczenie środków na ten cel w bieżącym roku budżetowym znacząco wpłynęło na zmniejszenie zdolności pogotowia lotniczego do pełnego zabezpieczenia zespołów.

W 2008 r. planowane jest rozpoczęcie w skali kraju realizacji ważnych dla ratownictwa medycznego inwestycji. Chodzi między innymi o projekt budowy sieci centrów urazowych. Te inwestycje będą obejmowały finansowanie wymiany wyeksploatowanych ambulansów ratunkowych, uzupełnienie wyposażenia, dostosowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych, rozpoczęcie budowy sieci centrów urazowych, o czym już powiedziałem, i przebudowę baz dla śmigłowców. Inwestycje te, z wyjątkiem ostatniej, czyli pogotowia ratunkowego, która zostanie sfinansowana ze środków budżetu państwa, będą realizowane ze środków programu „Infrastruktura i środowisko” w ramach priorytetu 13. „Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia” przy udziale środków krajowych, których przynajmniej część postara się zagwarantować w kolejnych latach minister zdrowia.

Projekty obejmują: rozwój ratownictwa medycznego, zakup środków transportu sanitarnego i wyposażenia – budżet 46 milionów 410 tysięcy euro; rozwój systemu ratownictwa medycznego szpitalne oddziały ratunkowe, lądowiska – budżet 113 milionów 584 tysiące euro; inwestycje w infrastrukturę ochrony zdrowia o znaczeniu ponadregionalnym, rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych – budżet 34 miliony 800 tysięcy euro; rozwój systemu ratownictwa medycznego, budowa, remont baz – budżet 17 milionów euro.

Ministerstwo Zdrowia koordynuje również wspomniany już projekt „Rozbudowa, remont i wyposażenie centrów urazowych”, którego realizacja jest przewidziana w ramach Programu Operacyjnego „Infrastruktura i środowisko”. Realizowane to jest w oparciu o założenia programu tworzenia ośrodków urazowych w Polsce autorstwa profesora Leszka Brongla z 2 października 2006 r. W myśl założeń tego programu w pierwszym etapie zostanie utworzonych dziesięć ośrodków pełniących funkcję centrów urazowych. Szacunkowy koszt finansowania inwestycyjnego wynosi około 120 milionów zł, wdrożenie projektu przewidziano na lata 2008–2013.

Już będę kończył, Panie Przewodniczący.

Obecnie trwają prace zespołu do spraw centrów urazowych. Skład osobowy i zadania zespołu zostały określone na spotkaniu minister zdrowia z autorami projektu. Jak powiedziałem, są to prace nad projektem opracowanym przez profesora Leszka Brongla. Do udziału został zobligowany każdy ośrodek ubiegający się o kredytację centrum urazowego. Obecnie zespół zajmuje się próbą wypracowania optymalnych rozwiązań przyszłego finansowania tych centrów.

Drugą część bardzo krótko już omówię. Pan rozdał już wszystkie materiały, również te na temat medycyny ratunkowej już państwo mają.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Pan minister mówił coś na temat kształcenia na poziomie licencjatu.)*

Tak jest. W związku z tym ja już teraz ewentualnie odpowiem państwu na pytania. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Witamy pana prezesa Tetera z Narodowego Funduszu Zdrowia, który doszedł razem z dyrektorem departamentu panem Arkadiuszem Kosowskim.

Teraz, jak rozumiem, pan profesor Jakubaszko zabierze głos, a potem poproszę pana prezesa o krótką wypowiedź na temat finansowania i państwa wizji co do tego systemu.

*(Brak nagrania)*

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

Przede wszystkim bardzo dziękuję za zaproszenie w celu przedstawienia problemów nurtujących Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, polskie środowisko medycyny ratunkowej wobec tak ważnego i wysokiego gremium, jakim jest senacka Komisja Zdrowia. Muszę przypomnieć, że po raz drugi mam tę okazję i jak do tej pory jest to jedyne ciało parlamentarne, które jest zainteresowane przedstawieniem tematu i naszych racji. Zatem jesteśmy bardzo zobowiązani i bardzo doceniamy ten fakt i akt.

Do tej pory jedynie Senat Republiki Czeskiej zaprosił mnie na swoje posiedzenie, w zeszłym roku, 28 maja, aby przedstawić to, czego w Polsce dokonaliśmy w ciągu minionych lat pod hasłem budowania nowoczesnych struktur medycyny ratunkowej. Debata odbyła się, ale o tym nie będę w tej chwili mówił, bo to by zajęło bardzo dużo czasu.

Mając krótki czas, postaram się w dużym skrócie przedstawić państwu to, co my rozumiemy w Polsce i w Europie Środkowowschodniej pod hasłem medycyny ratunkowej. Przedstawię też model, do którego dążymy od dziesięciu lat, prawdę mówiąc.

A więc medycyna ratunkowa jest to samodzielna dyscyplina medyczna, która ma swoje wyspecjalizowane kadry, o tym mówił również pan minister przed chwilą. Wypracowaliśmy nowy zawód medyczny, jako jedyny kraj w Europie Środkowej posiadamy formalnie zawód licencjonowanego ratownika medycznego, wypracowaliśmy specjalizację pielęgniarstwa w zakresie medycyny ratunkowej, a więc mamy trzy zawody, z lekarzem specjalistą na czele, które mają wypełnić struktury tego systemu.

Nasze działania są zgodne z tym, co się dzieje w Europie. W ubiegłym roku zaistniał bardzo ważny dokument zatytułowany „Policy Statement on Emergency Medicine in Europe”, który określa, czym jest medycyna ratunkowa, jakie ma spełniać zadania w kraju członkowskim Wspólnoty. Ja o szczegółach nie będę państwu mówił, to jest w materiałach, dostarczyłem to panu przewodniczącemu. Chcę tylko zapewnić, że to, co robimy w Polsce, jest zgodne z tendencją europejską. W pewnych sytuacjach my

już jesteśmy na forach wspólnotowych, innych krajów i Parlamentu Europejskiego wskazywani jako kraj modelowy, w którym można, zaczynając od bardzo niskiego poziomu, zorganizować to, co się powszechnie uznaje na świecie za medycynę ratunkową.

Wszystkie kryteria, które zakładają standardy europejskie, my powoli zaczynamy spełniać. A więc mamy medycynę ratunkową jako dyscyplinę medyczną; wiemy, do czego ona została stworzona; mamy system ratownictwa medycznego jako system organizacyjny, który jest ramieniem wykonawczym dla medycyny ratunkowej; wiemy, jakie są jego zadania; wiemy, jakie są zadania całości tej dyscypliny medycznej. A przede wszystkim – i to jest niezmiernie ważne z punktu widzenia społecznego, humanitarnego, a także politycznego – my po prostu dążymy do zmniejszenia liczby zgonów, do uniknięcia cierpienia ludzkiego, racjonalizacji czasu i kosztów leczenia związanego z ratowaniem nagłych zagrożeń zdrowotnych i do w sumie wzrostu poczucia bezpieczeństwa obywateli naszego kraju. To musi być działanie wysokiej jakości, to musi być działanie szybkie, zorganizowane, pod stałą kontrolą jakości.

Jest wiele znanych powszechnie czynników, które wymuszają powstanie takiego ruchu. U nas ten ruch rozpoczął się po 1990 r., po naszej rewolucji społecznej. Te czynniki to przede wszystkim wsparcie rządowe. Z dumą stwierdzam na wszystkich spotkaniach międzynarodowych, że my w Polsce mamy wsparcie rządowe, które nam pozwalało przez dziesięć minionych lat popychać do przodu czy windować w górę to, co robimy pod hasłem medycyny ratunkowej, co jest ukierunkowane na pacjenta w stanie krytycznym. A chory w stanie krytycznym to nie jest jakaś trywialna sprawa, to jest człowiek, w przypadku którego zagrożenie zdrowotne jest tak duże, że może prowadzić do poważnej utraty zdrowia, a nawet utraty życia. I taki musi być kontekst myślowy, trzeba zawsze pamiętać, że o takiego pacjenta chodzi. To nie jest jakaś prosta czy prostacka pierwsza pomoc. Czas, który upływa, zmniejsza szanse osoby na przeżycie. My wiemy o tym z wielu przekazów, od kilkunastu lat, że po trzydziestu minutach od wystąpienia nagłego zagrożenia zdrowotnego szanse na przeżycie maleją do 50%. I my w tych 50%, czyli w tych trzydziestu minutach, musimy się z naszym systemem zmieścić. I dlatego tak to tworzymy, tak to łączymy – to nie jest nasz wymysł – aby łańcuch przeżycia, po kolei wszystkie jego elementy były sprawne, silne, mocne i umiały ze sobą współpracować. I tu jest miejsce na pierwszą pomoc, i na świadczenia zdrowotne, które rozpoczynają się w warunkach przedszpitalnych od pojawienia się zespołu ratownictwa medycznego, doprowadzenia pacjenta w sposób kwalifikowany do warunków szpitalnego oddziału ratunkowego. Każde z tych ogniw ma swoje zadania, rozpisane to jest na poszczególne role. W naszym kraju już to jest zrobione, dla oddziału ratunkowego procedury są już dawno opracowane, jak państwo wiedzą, one w tej chwili czekają na umieszczenie w koszyku i na określenie finansowania.

Oddział ratunkowy jest to docelowa jednostka systemu, w której wszystko się ogniskuje. Jest to ta stacja docelowa, ten rdzeń systemu, gdzie mają być podjęte czynności, gdzie ma być ustabilizowany pacjent i ma być podjęta decyzja strategiczna, co z nim dalej. Dajemy mu szansę na przeżycie.

Jeśli chodzi o oddziały ratunkowe, to, zgodnie z normami międzynarodowymi, powinien być jeden na sto pięćdziesiąt do dwustu pięćdziesięciu tysięcy ludzi. Wtedy to ma sens ekonomiczny, merytoryczny, jakościowy, edukacyjny itd. I my tych norm chcemy przestrzegać, a to oznacza, że w Polsce powinno być około dwustu dwudziestu, dwustu pięćdziesięciu oddziałów ratunkowych. Znamy ich strukturę, wiemy, jakie

mają spełniać wymagania, wiemy, jak mają być ukierunkowane do tych trzech priorytetów pacjentów: umierających, w stanie zagrożenia życia i w stanie lżejszym. Te struktury muszą być zachowane, o tym mówią również standardy międzynarodowe, wskazują wyraźnie, że taki oddział powinien być klinicznie, organizacyjnie i finansowo przygotowany do tego, ma mieć gwarancje finansowe. I to jest odpowiedzialność państwa.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

*Independent*, tak, niezależny od... Ta placówka ma być samodzielna finansowo po to, żeby ta gwarancja stale była w gotowości dla tego cierpiącego, zagrożonego człowieka.

W Europie ten ruch się rozpoczął około 1992 r., my, Polacy, byliśmy jakby współtwórcami i Europejskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, i europejskich programów medycyny ratunkowej. Jesteśmy z tego dumni. W 1993 roku odbyło się pierwsze statutowe posiedzenie, właśnie we Wrocławiu, po kolei to się rozwijało, od tego czasu już kilkanaście lat minęło, a na terenie naszego kraju, mniej więcej w 1997 r., kolejne ekipy Ministerstwa Zdrowia przejmowały pałeczkę i jakby przenosiły ją w sztafecie na coraz wyższy stopień zaawansowania.

Wielu ministrów ma tu swoje niezaprzeczalne zasługi. Minister Maksymowicz zarejestrował podstawową specjalizację medyczną, minister Cegielska uruchomiła zintegrowane ratownictwo medyczne jako program resortowy, uruchomiła kształcenie kadr. I wtedy pojawiła się właśnie okazja na wykształcenie ludzi, pionierów, którzy podjęli się potem pracy nad tworzeniem tego systemu, drogą tak zwanej krótkiej ścieżki. Tych osób było kilkaset, stanowczo za mało. Ci ludzie pracują, są zaorani tą pracą i w tej chwili duża część z nich po prostu ucieka od tych zadań. Wykonaliśmy dla nich masę pracy edukacyjnej, przetłumaczyliśmy wiele publikacji, jest bardzo obszerna literatura zachodnia, naprawdę dużo przetłumaczyliśmy na język polski. Dajemy tym ludziom rzeczywiście dużo materiałów.

Śmiem twierdzić, że poziom naszej medycyny ratunkowej, kierowanej z pozycji akademickich dokszałceń specjalizacyjnych wszystkich grup ratowniczych, jest najwyższy w tej części Europy. Towarzystwo, które powstało – w przyszłym roku będziemy obchodzić dziesięciolecie – jest pierwszą organizacją, która w taki sposób podeszła do tego zagadnienia. Pierwszy kongres przyniósł bardzo duże efekty, również propagandowe i polityczne. Między innymi uruchomiony został program „Zintegrowane ratownictwo medyczne”, pomógł ustanowić pierwszą ustawę z 2001 r. o państwowym ratownictwie medycznym – my ją już znamy, nazywamy ją ustawą matką – pozwolił czy uwolnił wiele inicjatyw lokalnych. Jedną z pierwszych był szpital miejski w Nysie, tam jest jeden z pierwszych w kraju oddziałów ratunkowych. Widzą państwo na zdjęciu jeszcze nieotynkowany był budynek, ale oddział już powstał, już zaczął pracować. To są wczesne lata tego wieku. Oddział ratunkowy w Nowym Targu też powstał, oddział w Opolu. No naprawdę dużo zaczęło się dziać.

Uwolniliśmy wiele inicjatyw, dzięki czemu Polska stała się rozpoznawana jako kraj wiodący w tej części Europy, włączono nas do Światowej Federacji Medycyny Ratunkowej, w której jesteśmy od 2002 r. pełnoprawnym członkiem, zasiadamy we władzach i kreujemy światową medycyną ratunkową. Jak państwo wiedzą, po wyborach w 2002 r. zmieniła się opcja polityczna. Doszło do pewnego wyhamowania, minister Łapiński zawiesił tę, świeżo uchwaloną, ustawę i wprowadził swoją ustawę

o świadczeniu usług ratownictwa medycznego. Ta ustawa wniosła parę ważnych elementów, między innymi finansowych, które trochę tak jakby się rozplynęły czy rozpełzły w późniejszych rozporządzeniach wykonawczych, co skutkowało niedofinansowaniem szpitalnych oddziałów ratunkowych, one zaczęły być finansowane po prostu drogą ryczałtu na wzór ambulansów. A więc było to jedno wielkie nieporozumienie, ono niestety trwa do dziś. Ale oddziały powstawały – na przykład oddział akademicki w Szczecinie, piękny, edukacyjny, dobrze wyposażony oddział. Wielu ludzi angażowało się w otwieranie kolejnych oddziałów, między innymi w Szpitalu Bielańskim w Warszawie. Jest tam jeden z największych oddziałów w kraju, dobrze urządzony, dobrze wyposażony, dobrze funkcjonujący. Małe miasteczko przygraniczne Zgorzelec – dzięki lokalnej inicjatywie powstał tam piękny oddział, który świetnie funkcjonuje do dzisiaj. Kolejni lekarze kończyli w trybie krótkich ścieżek szkolenia, dochodzili do egzaminu specjalizacyjnego – w 2004 r. mieliśmy już czterystu takich lekarzy i ponad sto oddziałów ratunkowych.

Czas mija, proszę państwa, bardzo szybko. Nastął rok 2004, z profesorem Karskim byliśmy w stanie zorganizować w Lublinie II Międzynarodowy Kongres Medycyny Ratunkowej Europy Środkowowschodniej. Chwaliliśmy się, że mamy rozwinięte programy wspomagające, że mamy ustabilizowane jednostki akademickie we wszystkich szkołach wyższych, programy kształcenia itd. To wszystko były fakty, które robiły wrażenie.

Ale ciągle daleko do doskonałości – i ten stan trwa do dzisiaj – jeśli chodzi o legislację, finansowanie, bazę akademicką, sieć rejonową szpitali. To wszystko jest do zrobienia. No, jeśli chodzi o struktury przedszpitalne, szczególnie zespoły ratownictwa medycznego, to mamy się czym pochwalić – jest ich bardzo dużo, są coraz lepsze, funkcjonują. Ale niestety są wrywane do zadań spoza systemu ratownictwa medycznego, na łatanie tak zwanych dziur w systemie podstawowej opieki zdrowotnej. To nie przeszkadza oczywiście rozwojowi elementów systemu ratownictwa medycznego. Podam przykład świetnego, jednego z najlepszych w kraju, oddziału w Białymstoku, gdzie przy ogromnych inicjatywach i zaangażowaniu lokalnej społeczności, powstał chyba największy obecnie szpitalny oddział ratunkowy, najwyższego stopnia, świetnie wyposażony, o dobrych własnościach wykonawczych dla zaawansowanych procedur. Jest też akademicki oddział ratunkowy w Bydgoszczy – ubogi, jeszcze się nie rozwinął, ale funkcjonuje, przyjmuje pacjentów z urazami komunikacyjnymi, z wypadków drogowych.

Ale są też takie szpitalne oddziały, które ja prowadzę... Przykładem może być oddział we Wrocławiu, w szpitalu imienia Marciniaka, tak zwana baza obca dla nas. On przypomina w moim wyobrażeniu szpital polowy w Iraku, gdzie pacjenci są zgromadzeni jeden na drugim, w sytuacji zdarzenia trochę liczniejszego niż pojedyncze muszą w takich warunkach przebywać. Jest to co prawda świetna baza edukacyjna dla młodych lekarzy, dla studentów, ale to nie jest to, czego oczekują Europejczycy. A za ścianą, w tym samym miejscu, w tym samym czasie trwa dramat resuscytacji okołoperacyjnej jednego z najciężej poszkodowanych pacjentów tego samego zdarzenia – niestety ta kobieta została na stole.

My o tym wiemy, my o tym mówimy, stanowiska polskiego towarzystwa od lat już są znane, spisane, przekazane wszystkim gremiom. Między innymi już wtedy, w 2006 r., wskazywaliśmy na potrzebę kategoryzacji, mówiliśmy, jak określić poziomy kategoryzacji, jak to finansować, jak to wyposażyć – również personelowo. To jest do pracowane, trzeba temu tylko dać zielone światło.

W 2006 r. mieliśmy już ponad sto pięćdziesiąt oddziałów ratunkowych, z których aż dziewięćdziesiąt było akredytowanych. Mieliśmy ponad pięciuset specjalistów medycyny ratunkowej. Załączek sieci bezpieczeństwa w naszym kraju już istnieje, ona jest zrealizowana, powiedzmy, w jakichś 60%.

Kadencja profesora Religi była bardzo obiecująca. Poczuliśmy, że rzeczywiście wchodzimy z medycyną ratunkową w XXI wiek, że stworzymy takie warunki, jakich należy oczekiwać – łączność w systemie, przekazy telemedyczne, nadzór specjalistyczny lekarza nad zespołami. Myśmy już wtedy przewidywali, że pojawią się zespoły bez lekarza, ale one nie mogą sobie buszować w zbożu, tylko muszą być pod stałym merytorycznym nadzorem. I my się tego trzymamy, takie są też wymogi w świecie, i w Japonii, i w Stanach, i w innych krajach. Tam, gdzie zespół jest bez lekarza, on czuje oddech lekarza nad sobą, on ma stałą łączność telemedyczną itd. No, nie będę teraz tego tematu rozwijał.

W każdym razie te elementy nowoczesności systemu mamy szansę wprowadzić, i to w krótkim czasie, tym bardziej, że jest poparcie wszystkich gremiów, w tym również szkół wyższych. Senaty, rektorzy poszczególnych uczelni robią wszystko, żeby tę akademickość medycyny ratunkowej, która jest postrzegana bardzo dobrze na forum międzynarodowym, jeszcze rozwinąć. My dotychczas spotykaliśmy się z prośbami z wielu krajów, nie tylko z Europy Wschodniej, ale i z Izraela, i z Palestyny, i z Niemiec, o przyjmowanie studentów, młodych lekarzy na kształcenie w naszych ośrodkach akademickich w zakresie medycyny ratunkowej. I te warunki musimy im tworzyć.

Senat mojej macierzystej we Wrocławiu, gdzie powstaje nowy szpital, zresztą jako inwestycja centralna. Powstaje klinika medycyny ratunkowej, która zresztą już od około roku powinna być otwarta, a ciągle nie jest, bo formalności, bo przetargi, bo odwołania itd. Państwo znają te problemy doskonale, myślę, że w ciągu paru miesięcy to się uruchomi. Zrobiliśmy pewien eksperyment. Zaistniało partnerstwo publiczno-prywatne i część prywatna oddziału ratunkowego, czyli sekcja hiperbarii, jest uruchomiona. Tak wyglądało to rok temu, prawda, ogromna inwestycja, trzeba było rozebrać część ściany, wprowadzić komorę hiperbaryczną, ona jest w środku, już od trzech miesięcy przyjmuje pacjentów. To wszystko działa, w tym kawałku, w którym udało się inicjatywę uwolnić i odciążyć od tych trudności biurokratycznych. To wszystko funkcjonuje, pacjenci są, w tej chwili trwa – właśnie ich opuściłem, żeby się z państwem spotkać – duży międzynarodowy kurs hiperbarii, który robimy razem z Uniwersytetem Karolińskim. A więc to wszystko, proszę państwa, trwa i my jesteśmy postrzegani jako wiodący ośrodek w tej części Europy. My Wrocław, my Polska – generalnie rzecz biorąc.

Powrócę do legislacji. Pamięamy wszyscy ten historyczny moment, kiedy poprzednia ekipa wręczyła nam projekt ustawy. To się odbywało w Karpaczu, w trakcie naszych corocznych spotkań. Szybko okazało się, że ten projekt musi być poprawiony. Wiele aktywności było podejmowanych przez wiele gremiów w ciągu roku 2006, aż do września, łącznie z tym, że zwracano się do senackiej Komisji Zdrowia z prośbą o ratunek. Wiele gremiów na ten temat debatowało, debaty były rzeczowe, dokumenty powstawały, kierowane w sierpniu do Sejmu, do komisji sejmowej. Te zdjęcia, proszę państwa, są z tego tutaj obszaru, prawda, robione nie dawniej jak rok temu. Ci ludzie również decydowali, również przyjmowali nasze argumenty, wiele twarzy państwo poznają, te osoby są z nami również dzisiaj, odbywały się kuluarowe rozmowy w Domu Poselskim, w restauracji. To wszystko miało na celu poprawę tej ustawy.

W sierpniu pojawiło się kolejne stanowisko do kolejnej wersji. Kilka z naszych uwag zostało uwzględnionych. Pod koniec września zwróciliśmy się z dramatycznym apelem do senackiej Komisji Zdrowia, ale pan przewodniczący wyjaśnił, na czym to wszystko polegało, jakie były uwarunkowania. Niewiele z naszych uwag wtedy udało się uwzględnić. Ale ustawa powstała, pan prezydent zresztą wyrażał już wtedy, przy podpisywaniu, uwagi tego typu, że zdaje sobie sprawę, że ona nie jest doskonała, trzeba będzie ją szybko nowelizować. Byliśmy pełni optymizmu. Ten optymizm wynikał z tego, że założenia ustawy są bardzo dobre, świetne, określają, co to jest system, jakie są jego jednostki, jaka jest odpowiedzialność na poziomie wojewody, na poziomie kraju, jakie jest finansowanie, co robi budżet państwa, co robi Narodowy Fundusz Zdrowia.

Rzeczywiście, odkąd Polska ma już tę ustawę, jest postrzegana jako ten kraj, który gwarantuje ratowanie ludzkiego życia. Takiej ustawy nie ma w sąsiednich państwach, również w Niemczech. Nie jest tam tak, że minister zdrowia za to odpowiada. To jest doniosłe osiągnięcie. My naprawdę to doceniamy, że jest gwarantowane finansowanie części przedszpitalnej i części szpitalnej, że są określone jednostki systemu.

Ale pamiętajmy że pozostało wiele problemów do rozwiązania, takich problemów, które tę ustawę blokują, które system jakby ubezwłasnowolniają. Uważamy, że zasadniczym elementem, obecnie niezmiernie ważnym, jest niekontrolowany przepływ środków poza system ratownictwa medycznego, czego jesteśmy świadkami. Nasze jednostki systemu, i przedszpitalne zespoły ratownictwa medycznego, i szpitalne oddziały ratunkowe, pracują za pieniądze dedykowane systemowi, pracują na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej, która jest opłacana z innych źródeł, która ma lepszy budżet niż my. To jest po prostu podstępne... tych środków – pomocą wyjazdową, wizytami lekarskimi, wysyłaniem przez lekarzy rodzinnych pacjentów do oddziałów ratunkowych. Idźcie tam, bo tam was zdiagnozują. Czy to jest piątek w nocy, czy sobota nad ranem, tam was zawsze przyjmą. A ja, szlus, o godzinie piętnastej mam zamknięte okienko swojego gabinetu itd. No a środki, proszę państwa, na to poszły, ktoś przecież za to płaci, to nie jest za frajer, że tak się wyrażę. I z tego tytułu jednostki systemu są przeładowane zadaniami, a za tym nie idzie ekwiwalent finansowy.

W 2007 r. przybyło tylko dziesięć szpitali oddziałów ratunkowych, chociaż budowanych i organizowanych było dużo. Ale nie mówi się o tych, które były zamykane. W takich środowiskach, jak województwo mazowieckie, jak małopolskie, około połowy istniejących w latach 2003–2004 szpitalnych oddziałów ratunkowych jest w tej chwili z powodów finansowych i personelowych zamknięte, między innymi ten w Nowym Targu, o którym mówiłem.

Próbowaliśmy pod koniec ubiegłego roku pewną estymację zrobić, ale bardzo trudno do tego dojść. Formalnie, na papierze istnieje około dwustu oddziałów, ale tak naprawdę funkcjonuje około dziewięćdziesięciu, one dają niecałe pięćset miejsc specjalizacyjnych. My mamy już pięciuset specjalistów, więc w krótkim czasie spodziewamy się około tysiąca lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej. Docelowo trzeba ich około dwóch i pół, trzech tysięcy, żeby wypełnić jednostki systemu i spełnić wymagania europejskie. Lekarze nie podejmują się zrobienia tej specjalizacji, wielu z nich rezygnuje ze specjalizacji już rozpoczętej. No to jest niestety konsekwencja fatalnego zapisu w ustawie, który oddala konieczność specjalizacji lekarskiej do 2020 r. Taki młody lekarz, widząc coś takiego... A to, że się ten zapis pojawił, jest niestety zasługą

jednej z posłanek PiS, która w komisji sejmowej tak rzutem na taśmę, tuż przed głosowaniem, ten pomysł rzuciła. Obecnie, między innymi paru moich asystentów, po prostu zmienia specjalizację, bo im się nie opłaca – do 2020 r. oni sobie jeszcze to załatwią.

Jednocześnie utrzymuje się deficyt miejsc specjalizacyjnych w medycynie ratunkowej, a ustawa w tym zakresie niewiele zapewnia. O tym już była mowa. Cieszy nas dzisiaj to, że dwoistość w kształceniu ratowników medycznych będzie wreszcie przerywana, te szkoły policealne były potrzebne może piętnaście lat temu, ale w tej chwili nie spełniają żadnych wymagań, ludzie tam kształceni, jeśli chcą wykonywać ten zawód, powinni przejść taki program kształcenia, jaki obowiązuje na świecie w tym zakresie.

Brak oceny jakości systemu to kolejny bardzo ważny element. Ustawa nie przewiduje monitorowania jakości systemu, nie przewiduje nadzoru lekarskiego nad samodzielnymi czynnościami ratownika medycznego i nie ustanawia proporcji zespołów specjalistycznych i zespołów podstawowych. My apelowaliśmy, wnioskowaliśmy na wszystkich spotkaniach, aby ustawić tę proporcję na poziomie co najmniej fifty-fifty, tak aby w danym rejonie operacyjnym była połowa zespołów specjalistycznych z lekarzem i druga połowa bez. Taki zapis się nie ukazał. Jak państwo wiedzą, są regiony w tym kraju, gdzie jest jeden ambulans z lekarzem i dziesięć bez. Jakie będą tego skutki? No nie możemy czekać, aż będą takie, za które ktoś będzie musiał odpowiadać. A przecież świadomość społeczna rośnie, roszczeniowe postawy się nasilają, przybywa spraw prokuratorskich, jeździmy po sądach i widzimy, co się dzieje.

Jednocześnie drenaż środków przeznaczonych na system istnieje. Jeden ze sposobów nawet dość ładnie ustanowiła ustawa, poddając corocznej akredytacji wybrane szpitalne oddziały ratunkowe. Te oddziały i tak są pod nadzorem jakościowym najlepszym w systemie, bo muszą być akredytowane, gdyż są w szpitalach, które są akredytowane, walczą o znaki jakości itd. No ale niepubliczny podmiot monitorowania jakości ma z tego tytułu coroczny dochód, bo on ma obowiązek monitorowania wszystkich oddziałów ratunkowych w kraju. Inaczej, zgodnie z ustawą, NFZ nie będzie ich kontraktował. No to jest paradoks, to jest kara z za grobu, nie wiem dlaczego tak się stało.

Jedna sprawa jest niezmiernie ważna. Dostrzegamy to, choć nie udało się tego wprowadzić do ustawy. Ta kwestia musi być uregulowana, szczególnie teraz, kiedy Polska staje na forum międzynarodowym jako kraj przystosowany do wielkich działań międzynarodowych. Otóż nie ma zabezpieczenia medycznego zdarzeń masowych i katastrof. Ustawa tego nie nakazuje wojewodzie, a to wojewoda jest odpowiedzialny za opiekę medyczną na swoim terenie. My się staraliśmy, aby on w ramach corocznego planu zabezpieczenia medycznego umieszczał część mówiącą o zabezpieczeniu szpitalnym zdarzenia masowego w swoim rejonie. Takiego nakazu jednak nie ma, w związku z czym on się tym nie interesuje.

Jestem z Wrocławia. W 2012 r. będą tam ogromne wydarzenia. Boję się nawet pomyśleć, co będzie, jeżeli wystąpi jakieś zdarzenie masowe, a zdarzenie masowe w takich warunkach, jakie mamy, to już jest powyżej trzydziestu pacjentów. Zostanie zablokowany system, w najlepszym razie wszyscy zostaną przewiezieni, w odruchu spontaniczności itd., do najbliższego szpitala i tę katastrofę przeniesie się z miejsca zdarzenia do szpitala. Tak być nie może, każdy kraj w cywilizowanej Europie ma szpitalne plany zabezpieczenia zdarzenia masowego, my nie możemy się przebić się z tą koncepcją.

Te uwagi zawarliśmy w materiałach, i dziękujemy, że komisja się tym zajmuje, liczymy, że nowa ekipa szybko się z tymi problemami upora. Przedstawiliśmy wszyst-



kie uwagi, łącznie z projektami rozwiązań do nowelizowanej ustawy, jakie mamy. Od lutego pracujemy w tym zespole i mamy wielką nadzieję, że na dziesięciolecie, czyli w czerwcu przyszłego roku, kiedy to organizujemy w Polsce III Środkowoeuropejski Kongres Medycyny Ratunkowej, pochwalimy się nową, pełną, dojrzałą ustawą. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo dziękuję.

Przypuszczałem, że pan profesor nie potrafi odejść od początków medycyny ratunkowej, ale *repetitio est mater studiorum*. Myślę, że dla części z nas to była ciekawa powtórka, a dla części z państwa – nowość. Pewnie po raz pierwszy mogliście usłyszeć, jak wygląda historia medycyny ratunkowej. Aczkolwiek trzeba sobie jasno powiedzieć, że dla nas kluczowe i kardynalne zadanie na dzisiaj, to przemyślenie skutków regulacji z 2006 r. pod kątem praktyki.

Chciałbym jeszcze poprosić pana prezesa Tetera o ustosunkowanie się do tych problemów, które już w dwóch wystąpieniach, pana ministra i pana profesora, się ujawniły. A potem otworzę dyskusję.

Bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Zbigniew Teter:**

Szanowny Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Proszę państwa, rola Narodowego Funduszu Zdrowia w dziale: pomoc doraźna i transport sanitarny – bo tutaj plasuje się ratownictwo medyczne – sprowadza się do zakontraktowania świadczeń w tym dziale. A są to świadczenia przewidziane w wojewódzkich planach działania systemu, które są zatwierdzane przez ministra zdrowia. W zasadzie rola Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym pionu mundurowego Narodowego Funduszu Zdrowia, sprowadza się do roli księgowej, albowiem działamy w obrębie budżetu, który jest przekazywany przez wojewodę w dotacji celowej. Wojewodowie zlecają dyrektorom oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach dotacji celowej zakontraktowanie tego rodzaju świadczeń.

Nie będę się rozwodził nad tymi tematami, które już poruszył pan minister, bo to są zagadnienia podstawowe: ratownictwo medyczne, podstawowe zespoły ratownictwa medycznego, specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego. Na obecnym etapie budżet, który został przekazany Narodowemu Funduszowi Zdrowia w postaci dotacji celowej, wynosi na 2008 r. 1 miliard 341 tysięcy 283 zł i w tym budżecie zakontraktowano tysiąc czterysta osiem zespołów, które działają w ramach ratownictwa medycznego.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Oczywiście, przy tych podziałach Narodowy Fundusz Zdrowia współpracuje z panem profesorem Karskim, konsultantem krajowym, jak również z panem profesorem Jakubaszka, przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej. Chodzi nam o to, żeby te środki budżetowe były dzielone sprawiedliwie.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Zespoły. Już podaję. Jeżeli chodzi o zespoły podstawowe, zespoły „P”, to, jak państwo wiedzą, tam jest pielęgniarka systemu lub ratownik systemu, zaś w zespole

specjalistycznym, zespole „S”, jest lekarz systemu plus ratownik lub pielęgniarka systemu. Zespołów podstawowych zakontraktowano siedemset osiemdziesiąt pięć, zespołów specjalistycznych zaś sześćset dwadzieścia trzy na 2008 r. W 2007 r., bo wykonujemy ustawę z końca 2006 r., zespołów ratownictwa medycznego było osiemset trzydzieści, a specjalistycznych – pięćset pięćdziesiąt trzy. Dziękuję na ten moment.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Jeszcze w tej części prezentacyjnej bardzo prosiłbym o zabranie głosu konsultanta krajowego, pana profesora Karskiego. A potem już będzie dyskusja.

**Krajowy Konsultant do spraw Medycyny Ratunkowej Jerzy Karski:**

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Wydaje mi się, że bardzo dokładnie zostały przedstawione problemy związane z ratownictwem medycznym zarówno przez pana ministra, jak i prezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, z którym nadzór krajowy bardzo ściśle współpracuje.

Ja pragnę podkreślić tylko dwie sprawy, które udało się zrealizować w 2006 i 2007 r. Mam na myśli uruchomienie, przy współpracy z Polskim Towarzystwem Kardiologicznym, ośrodków hemodynamicznych i przekazywanie chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi bezpośrednio z zespołów ratownictwa medycznego do wybranych ośrodków w Polsce. Tych ośrodków jest ponad osiemdziesiąt i z opinii nadzoru krajowego autorstwa pana profesora Opolskiego wynika, że praktycznie rzecz biorąc jest to prawie wystarczająca liczba ośrodków leczenia ostrych zespołów wieńcowych. Czym to skutkuje? Zgodnie z informacją zebraną z ostatnich dwóch lat umieralność w ostrych zespołach wieńcowych spadła w Polsce z około 20% do 10 %, co jest równe dobremu wynikowi europejskim i światowym. Udało się w tym samym okresie, dzięki współpracy z Polskim Towarzystwem Neurologicznym, uruchomić ośrodki leczenia udarów mózgu. Tych ośrodków jest jeszcze za mało, co podkreśla profesor Kwieciński, jest ich zaledwie około 50%. Ale w tych ośrodkach śmiertelność zmniejszyła się z ponad 30% do kilkunastu. Nie tylko śmiertelność o 50% spadła, ale i wyleczalność po procesie rehabilitacyjnym chorych udarowych jest znacznie lepsza. Czym to skutkuje dla społeczeństwa? Zmniejszeniem kosztów i tak dalej, i tak dalej.

Wielkim problemem, co zostało zasygnalizowane zarówno przez pana ministra, jak i pana profesora Jakubaszkę, są centra urazowe. Proszę państwa, jeśli chodzi o leczenie urazów i następstw urazów, Polska jest jednym z wiodących państw – ale jak się spojrzy od dołu. Odwróć tabelę i zobaczysz Polskę na czele – jest takie przysłowie. Podczas gdy na świecie śmiertelność pourazowa jest w granicach 3%, w Polsce waha się od 12 do 13%. Jeżeli my w najbliższym czasie nie uruchomimy tego opracowanego programu... Ten program został opracowany jeszcze przez profesora Lipińskiego w latach 1997–1998. Myśmy wrócili do tego programu. Dobrze, że zaangażował się w to profesor Brongel i dostosował go do współczesności. I jeżeli my w najbliższym czasie nie uruchomimy organizacji centrów urazowych, to faktycznie możemy mieć wielki problem z organizacją EURO 2012. Ja będę to ciągle powtarzał na różnego rodzaju spotkaniach.

Ja jestem z Lubelszczyzny, obecnie Lublin dość ściśle współpracuje z regionem lwowskim. Stamtąd przyjeżdżają do nas lekarze, pytają o nasz system, bo chcą się na nim wzorować. Chcą u nas szkolić swoich ratowników-lekarzy i my musimy temu wyjść naprzeciw. A więc problem organizacyjny powstania centrów urazowych dla ratownictwa medycznego i dla naszej działalności jest w tej chwili wiodącym zagadnieniem.

Jeszcze tylko jedną uwagę chcę przekazać, pan minister już to zasygnalizował. Proszę państwa, wydaje mi się, że większych zastrzeżeń do funkcjonowania zespołów „W”, czyli wypadkowych, podstawowych, tych bez lekarza, nie ma. Jest to wielkie osiągnięcie organizacyjne wszystkich, którzy nad tym pracowali. Największy problem w tej chwili to doszkolenie i dopracowanie wymogów do standardów europejskich działalności dyspozytorów i centrów powiadamiania ratunkowego. To jest podstawowy element, to jest punkt wyjścia do prawidłowego funkcjonowania systemu. Sporadyczne, jednostkowe nagłaśnianie medialne złego funkcjonowania dyspozytorów skutkuje bardzo negatywnymi następstwami, wielkimi zastrzeżeniami do pracy tysięcy ludzi naprawdę bardzo oddanych. Sądzę, że opracowanie standardów, a to jest już w ministerstwie na ukończeniu, i poprawa nadzoru nad pracą zarówno dyspozytorów, co bardzo mocno zasygnalizował pan profesor Jakubaszko, jak i ratowników czy pielęgniarek ratunkowych, to najpilniejsze zadanie dla nadzoru krajowego. Ja tak to widzę. Dziękuję serdecznie, Panie Przewodniczący.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo dziękuję.  
Przechodzimy do pytań.  
Bardzo proszę, pan senator Krajczy.

**Senator Norbert Krajczy:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja wysłuchałem z uwagą tego, co było przed chwilą powiedziane. Otóż mój szpital – jak pokazywał pan profesor Jakubaszko, bo tak było – jako pierwszy uruchomił w 2000 r. szpitalny oddział ratunkowy. Drodzy Państwo, na dzień dzisiejszy, chociaż przez mój SOR przewinęło się chyba czterdziestu paru lekarzy, którzy uzyskali specjalizację z zakresu ratownictwa medycznego w grupie krajowej, muszę powiedzieć, że jestem zniechęcony. A zniechęcony jestem dlatego, że ja do SOR – to kieruję zwłaszcza do panów z NFZ – dokładam praktycznie już od paru miesięcy. Ja przejąłem po godzinach popołudniowych POZ, gdzie na dzień dzisiejszy mam płacone ryczałtem, a POZ per capita. I jeżeli teraz słyszę – i to jest już wstęp do pierwszego pytania – że macie państwo, myślę o płatniku, wprowadzić taką klasyfikację, że będą kliniczne ośrodki szpitalne, wojewódzkie i ewentualnie te na pierwszym poziomie, to ja bardzo przepraszam... Ja mam w Nysie rezonans magnetyczny, tomograf, wszystkie oddziały zabiegowe, mam hemodynamikę. I czy ja mam wozić tych pacjentów do oddziału wyższego poziomu?

I drugie pytanie, związanie z legislacją. Ja nie wiem, czy na sali jest dzisiaj przedstawiciel lotnictwa ratunkowego.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Nie ma, to przykro, bo akurat to był jeden z tematów, o którego poruszenie ja wnioskowałam. Chodziło o to, że jeszcze nie wiedzieliśmy...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jest pan minister, który nadzoruje też lotnictwo.)*

No tak, ale pan minister Twardowski jest od wszystkiego, a ja chciałbym żeby się POZ jednak zajął, ale to już mniejsza o to, to już nawet nie złośliwość.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Panie Ministrze, chodziło o rzecz bardzo prostą, mianowicie opiniując budżet, nie mieliśmy jeszcze informacji, czy samoloty, o których wiedzieliśmy, że ewentualnie będą innej jakości niż do tej pory, będą mogły po przetargu, powiedzmy, od razu funkcjonować w lotnictwie czy nie. Teraz wiemy, że będą mogły. W związku z tym, Panie Ministrze, trzeba na wczoraj zmienić ustawę o lotnictwie sanitarnym, a konkretnie chodzi o miejsca do lądowania i lądowiska. Obecne zapisy są takie, że de facto trzeba by budować lotnisko, które jest lotniskiem cywilnym, dla lotnictwa sanitarnego. I o to zwracali się do mnie jako do senatora ci, których tutaj dzisiaj nie ma, dużo, dużo wcześniej.

I na koniec jeszcze jedna sprawa. My jako ci wzorcowi – zresztą profesor Jakubaszko może to potwierdzić, bo wysyła do nas swoich lekarzy, oni się u nas specjalizują, pracują – mamy rejon obejmujący dwieście tysięcy mieszkańców. Ale proszę mi wierzyć, że jesteśmy na terenie województwa jednym z dwóch ZOZ, które mają swoją pomoc doraźną. W pozostałych przypadkach jest to pomoc doraźna zakontraktowana przez placówki niepubliczne. I moi lekarze, ci pracujący na SOR, zgłaszają niejednokrotnie, że nie zawsze karetkami z tych placówek przyjeżdżają odpowiednio wykształceni lekarze i nie zawsze zabezpieczają prawidłowo pacjentów.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Pan minister chce odpowiedzieć, proszę.

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

Dziękuję bardzo.

Ja mam tak na gorąco kilka uwag, szczególnie po wystąpieniu pana profesora Jakubaszki. Jasno trzeba powiedzieć, że nie byłoby takich sukcesów, jakie są obecnie w zakresie ratownictwa medycznego, gdyby nie było w Polsce pasjonatów. Najbardziej znanym w Polsce pasjonatem jest niewątpliwie pan profesor Jakubaszko, pochodzący z mojego rodzinnego miasta, więc szczególnie miło mi to podkreślić. Mówię to wprost. Doceniam również wkład pana profesora Karskiego. Dzięki takim ludziom w ogóle to się posuwa do przodu.

Teraz odniosę się do tego, co zostało tu przed chwilą poruszone, i odpowiem na zadane przez pana pytania.

Po pierwsze, zespół, który obecnie pracuje, ma upoważnienie od ministra zdrowia, żeby ostro dyskutując, osiągnąć konsensus i stworzyć taką nowelę ustawy, która będzie w miarę możliwości – bo wszystkich w 100 % nigdy się nie da uszczęśliwić – zadawała wszystkim, także tych mających nieco inne poglądy. Panowie siedzący przy tym stole wiedzą, o czym mówię. Chcemy, żeby ten poziom dyskusji był przenie-

siony do tego zespołu. I tak się dzieje. W związku z tym to, co zostanie wypracowane, mam nadzieję, że zostanie dobrze odebrane społecznie i będzie funkcjonalne.

Po drugie, rozumiemy, że ratownictwo medyczne ma zajmować się tym, co sama nazwa nakazuje. A więc ratownictwo medyczne to i lekarze specjaliści medycyny ratunkowej, i ratownicy medyczni, kształceni już w naszym rozumieniu, czyli po licencjacie, ja to odebieram jednoznacznie, Mamy przecież taką możliwość, od przyszłego roku zapewniona jest odpowiednia liczba miejsc kształcenia. Tak wykształceni ludzie będą świadczyli usługi na należytych poziomach. I myślę, że zdania panów profesorów są zbieżne z naszymi, w tym kierunku będziemy podążać.

Ekipa ratownictwa medycznego – oczywiście rozumując tak na skróty – nie może posiadać przy sobie recept, prawda? Ratownik medyczny, będący lekarzem – bo ratownik nielekarz to wiadomo, że nie może tego zrobić – nigdy nie zajmie się wypisaniem recepty. Problemem jest to, co jest pomiędzy POZ a ratownictwem. Jest to problem jak na razie nierozwiązany. W pewnym momencie wszystko szło już w dobrym kierunku, ale był taki jeden minister, co nam to popsuł, a nazwiska jego nie wymienię, bo wszyscy wiedzą, prawda? Już było pewne zdyscyplinowanie, wszystko szło w dobrym kierunku i zostało to popsute. Pracujemy nad tym z Narodowym Funduszem Zdrowia – ale szczegółów nie mogę jeszcze dzisiaj ujawnić – żeby od 1 stycznia 2009 r. było inaczej. Dlatego od stycznia, że kontrakty na POZ i na POZ po 18.00, sobotnio-niedzielny, zostały zawarte do końca roku i nie chcemy tego burzyć. Ale obiecuję państwu, że od 1 stycznia 2009 r. będzie inaczej.

Nie chcę się do tego odnosić – nie chcę politycznie tutaj z państwem dyskutować, bo myślę, że wszyscy jesteśmy zainteresowani dyskusją merytoryczną – co ktoś tam kiedyś próbował wymyślić, a co się oczywiście nie spełniło, że ktoś w ogóle gdziekolwiek na świecie może kimś się opiekować całą dobę albo cały rok. Wiecie państwo, że przy normach czasu pracy, przy liczbie lekarzy, to jest po prostu niewykonalne. W związku z tym trzeba odróżnić to, co jest pracą w dzień, od tego, co jest udzielaniem tak zwanej pomocy doraźnej, i od tego, co jest ratownictwem medycznym. Krótko mówiąc, od 1 stycznia 2009 r. będziecie państwo podzieleni na: POZ, pomoc doraźną, ratownictwo medyczne.

*(Głos z sali: I bardzo dobrze.)*

Zrobimy to, mam nadzieję, skutecznie, pracujemy nad tym z prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia. Osiągnęliśmy już konsensus, dopracowujemy szczegóły, jest jeszcze sporo czasu. Na pewno w przyszłym roku pod tym względem będzie bardziej funkcjonalnie.

A teraz zimny prysznic dla tych, którzy mówią, że wszyscy na wszystkich przerzucają koszty. Ja nie lubię medycyny opartej na spekulacjach, lubię medycynę opartą na faktach, również jeżeli chodzi o różne działania. Niemal pół roku temu przyszedłem do pracy do ministerstwa, mam więc pewne możliwości i w związku z tym postanowiłem sprawdzić, jak jest naprawdę. Zobowiązuję się poprzez pana przewodniczącego – a właśnie przed chwilą żeśmy o tym rozmawiali, wtedy, kiedy pan profesor Jakubaszko podniósł temat – że w takim razie przekażę materiały, które otrzymałem na moją prośbę, jasno i wyraźnie to powiem, przed trzema miesiącami od prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. O co poprosiłem prezesa? O to, żeby mi pokazał, ile w latach 2005, 2006 i 2007 było świadczeń w ambulatoryjno-specjalistycznej opiece lekarskiej, jakie były koszty wykonywanych tam badań. To samo dotyczyło POZ. Okazuje się, że sys-

tem informatyczny tak sprawnie funkcjonuje, że trzeba było sporo czasu, żeby to zebrać. Udało się zebrać koszty badań diagnostycznych z 2007 r. Jak państwo myślicie, jakie one są w POZ? Bo tutaj temat został poruszony.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Wiecie państwo, że kiedyś był... To w takim razie teraz to państwu powiem z pamięci, a dokładne informacje państwo otrzymacie, bo dane od prezesa nie są przecież danymi tajnymi. Na razie udostępniłem je tylko wiceministrom w Ministerstwie Zdrowia, ale państwu je też chętnie przekażę. A więc tak: poprosiłem o dane, otrzymałem plik dokumentów, który jest dość gruby, bo to dotyczy całego kraju. Co się okazało? Pamiętacie państwo, jak powstały kasy chorych, to był taki wymóg w pierwszych kontraktach, że lekarze POZ, rodzinni, jak ich tam nazwiemy, mają wydać 10% swojej stawki kapitałowej na badania. Potem zakwestionowali to lekarze, Wielkopolska Izba Lekarska oddała to do sądu. Sąd orzekł, że płatnik nie może określić, jaki to ma być procent stawki, bo to jest sztuka medyczna, nie da się tego dokładnie policzyć – ktoś ma populację starą, ktoś ma młodą, ktoś ma bardziej chorą, ktoś ma bardziej zdrową, ble ble ble. No w każdym razie orzekli, że to jest rzecz, której nie można procentowo określić. Od tego momentu zarówno kasy chorych, jak i ich następca prawny, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia już tego nie wskazywali procentowo. Ale przyjęło się w formie niepisanej, że lekarze rodzinni powinni 10% swojej stawki kapitałowej – pierwotnie mówiono bazowej, bo wiecie państwo, że są przedziały wiekowe – przeznaczać na te badania. Narodowy Fundusz Zdrowia na moją prośbę zebrał dane z wszystkich oddziałów w Polsce. Jak państwo wiecie, każdy kto szczególnie... 80% POZ jest w tej chwili sprywatyzowane, 20% jest publiczne, 80% niepubliczne. Jeżeli chodzi o AOS, kilkadziesiąt procent jest w tej chwili niepubliczne, nieco mniejszy procent niż POZ. Ci ludzie zawierają odpowiednie porozumienia z różnego rodzaju certyfikowanymi laboratoriami, bo one muszą być certyfikowane przez NFZ, ale mogą sobie wynegocjować różne koszty badań. Poprosiłem NFZ, żeby podał przybliżone koszty, oszacował to w kilkudziesięciu laboratoriach i tak zrobiono. I te badania, o których informacje przekazał mi fundusz za rok 2007, są następujące: lekarze POZ w Polsce wykonali badań diagnostycznych za koszt stawki kapitałowej rocznej, nie bazowej, tylko całościowej, czyli łącznie z przedziałami, około 85 zł na jednego, per capita, z uwzględnieniem również tych wszystkich przedziałów wiekowych. Lekarze POZ w Polsce wydali 14,55 % swojej stawki kapitałowej na badania. W jaki sposób fundusz to sprawdził? W taki, że ma narzędzia, bo, po pierwsze, co pół roku każdy lekarz POZ w Polsce musi w formie elektronicznej i papierowej złożyć sprawozdanie dotyczące liczby i rodzaju badań przez siebie wykonanych. Jest to warunek sine qua non, żeby otrzymać zapłatę zgodnie z umową. Takie są dane. I ja dostarczę je panu przewodniczącemu. Nie chcę się teraz za bardzo zagłębiać w tematykę specjalistyki. No, specjalistycy było trudniej, bo tam jest kilka rodzajów porad, jak państwo wiecie, niektóre badania są przypisane do porad i tak dokładnie nie da się tego wyliczyć. To tak à propos. A więc ten mit niedokładnie się przekłada... Tu chodzi o co innego. Proszę państwa, prawda pewnie leży po środku. Są oczywiście i oszczędni, są i ci, którzy badają za więcej – tak jest wszędzie. Ale trzeba też pamiętać, proszę państwa, że zachowania ludzi są takie, jakie są. Jeżeli mają pójść rano, a jest kolejka, no to przyjdą o 18.00, bo wtedy nie ma kolejki i jeszcze badanie im wszyscy za darmo i kompleksowo zrobią. I takie zachowania ludzi też niestety mają miejsce.

Może odniosę się już do następnego punktu, jeżeli chodzi o liczbę SOR, to tutaj zdania uczonych są podzielone, prawda? Niektórzy mówią że liczba tych SOR, która

była jeszcze rok czy dwa lata temu, jest już wystarczająca. Propozycja zbudowania ustawowej sieci szpitali spowodowała, że powstawały nowe SOR. Ale problem polega na tym, że tu chodzi nie tylko o to, żeby było ich odpowiednio dużo, ale też o to, żeby umiejscowienie tych SOR było racjonalne, żeby nie było za dużego nagromadzenia szpitali w jednej okolicy, tylko żeby to rzeczywiście była sieć SOR, która zabezpiecza potrzeby zdrowotne naszych mieszkańców.

I teraz kwestia pogotowia lotniczego. Jak rozumiem, mam dyspozycję, żeby się temu przyjrzeć. Zresztą teraz będę w stałym kontakcie z dyrektorem Gałązkowskim, pochodzącym notabene z miasta, w którym trzydzieści trzy lata pracowałem, z Nowej Soli. A więc szczególnie dobrze go znam, właśnie stamtąd. Razem przyjrzymy się umiejscowieniu baz, zastanowimy się, czy czegoś nie trzeba tam poprawić. Wysłucham sugestii Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Jeżeli chodzi o Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, to jest pewien problem, który już tutaj zasygnalizowałem. Nie za bardzo jest racjonalne wkładanie środków w starą bazę maszynową, jeżeli jeszcze nie jest sfinalizowana sprawa zakupu tych śmigłowców. Nie chcę teraz się zagłębiać w szczegóły, ale tam jeszcze są pewnego rodzaju postępowania prawne w tej materii. Jak to się zakończy, no to mam nadzieję, że wtedy wszystko zostanie uruchomione, no bo środki z budżetu na to są przeznaczone. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

W wypowiedzi pana senatora pojawiła się taka sugestia, żeby się przyjrzeć przepisom o lądowiskach. Czy te lądowiska sanitarne muszą odpowiadać standardom lotniska cywilnego?

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

Przejmuję tę uwagę. Jak będę rozmawiał z dyrektorem Gałązkowskim, przedstawię to jako problem do rozwiązania.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pani senator Fetlińska, bardzo proszę.

**Senator Janina Fetlińska:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panowie Senatorowie! Szanowni Profesorowie!

Ja z uwagą śledzę od kilku lat, właściwie od początku lat dziewięćdziesiątych, nasze reformy ochrony zdrowia, sama w nich uczestniczę, i patrzę z podziwem na rozwój ratownictwa medycznego. Muszę powiedzieć, że rzeczywiście nie mamy się czego wstydić. Mało tego, możemy być dumni z tego, a często chyba o tym zapominamy. Chciałabym o tym przypomnieć naszym profesorom, żeby byli dumni i żeby tę dumę nam, Polakom, przekazywali, bo to też jest bardzo ważne.

Ale skupię się w swojej wypowiedzi na trzech sprawach: na kadrze, na ratownikach społecznych i ratownictwie w pediatrii.

Otóż jeżeli chodzi o kadry, to ja jeszcze w poprzedniej kadencji wносиłam o to, składałam także oświadczenia, żeby zamknąć kształcenie na poziomie pomaturalnym,

a wprowadzić tylko kształcenie w trybie licencjatu. Uważam, że jest potrzebny wyższy poziom ratownictwa medycznego, potrzebne jest wykształcenie co najmniej zawodowe, z dobrym kształceniem podyplomowym. Bez tego nie będzie dobrego, samodzielnego, bezpiecznego dla pacjentów zawodu. Ratownictwo medyczne to dla wielu żyć albo nie żyć. A jeżeli tak, to musimy to prowadzić na odpowiednim poziomie.

Chciałabym zwrócić się z prośbą do panów profesorów medycy – ja jestem pielęgniarką, doktor nauk medycznych w zakresie pielęgniarstwa – ażeby zechcieli przy swojej ogromnej wiedzy, poczuciu misji i odpowiedzialności, spojrzeć na inne zawody, powiedziałabym, może mniej feudalnie, a bardziej demokratycznie. Ludzie dobrze przygotowani, po wyższych studiach, powinni mieć poczucie samodzielności i odpowiedzialności, poczucie konieczności współpracy z innymi zawodami, a niekoniecznie nadzoru nad nimi. Oczywiście, nadzór jest potrzebny w każdej dziedzinie, ale poczucie współpracy bardziej buduje zespół. I ja bardzo gorąco chciałabym o to prosić jako pielęgniarka, która często ma poczucie, że ma dużą wiedzę, przygotowanie, kompetencje, a odmawia się jej odpowiedzialności i samodzielności – ze szkodą dla systemu. Dlaczego tak o to zabiegam? Otóż pan minister przed chwilą powiedział, że w Japonii brakuje stu dziesięciu tysięcy lekarzy, w Polsce też ich brakuje, w ogóle w całej Europie brakuje. Jeżeli brakuje lekarzy, to zachowajmy ich i oszczędźmy do wyższych celów. Tak, do wyższych celów. Dajmy innym ludziom szansę na to, żeby mogli spełniać zawód autonomiczny, żeby mieli satysfakcję i poczucie, że są w dobrym systemie i w dobrym towarzystwie. Ja o to bardzo zabiegam, bo to jest bardzo ważny element.

Jako jedyni w Europie – wspomniał o tym pan profesor Jakubaszko – mamy w systemie pielęgniarki, prawda? I ja myślę, że jeżeli są ratownicy medyczni po studiach licencjackich, pielęgniarki po studiach licencjackich i ze specjalizacją, to należałoby też pomyśleć o jakiejś gradacji kompetencji, prawda? Wydaje mi się, że jeżeli ktoś ma większe przygotowanie, jest specjalistą w ratownictwie, to mógłby być liderem w zespole. Chociaż należałoby to jeszcze przemyśleć. Ale niezbędne jest tu gruntowne zabezpieczenie kształcenia podyplomowego. I bardzo proszę o tym pamiętać i wziąć to pod uwagę w momencie przygotowywania nowelizacji ustawy, bo to jest głos ludu, to wynika także z moich obserwacji, które prowadzę od lat.

Spółeczni ratownicy medyczni. W obecnej wersji ustawy... Była duża dysputa i nawet została przeze mnie wniesiona poprawka, mająca na celu jednak uwzględnienie społecznych ratowników medycznych, poza systemem. Przecież mamy harcerzy, młodzież szkolną, kierowców przeszkolonych, i oni udzielają pierwszej pomocy. Ci ludzie, jeśli nie są zorganizowani i zgłoszeni do wojewody, nie mogą być członkami systemu. I słusznie. Ale powinno się uznać, że oni są ważni i mają jakąś rolę w dopełnianiu tego systemu, są jak gdyby wokół systemu. I ja myślę, że był tutaj pewien opór, ale ja tę poprawkę pozostawiłam. Mówię dzisiaj o niej dlatego, że są z nami liderzy naszego systemu ratownictwa. Uważam, że przygotowanie ludzi do udzielania pierwszej pomocy i uznanie ich miejsca w społeczeństwie – nie w systemie, bo to ma być poza systemem – to bardzo ważny element promocji zdrowia. Jednak te złote pół godziny czy cztery minuty zanim... Ktoś może udzielić tej pierwszej pomocy, jeżeli tylko jest do tego przygotowany. A więc uznajmy też jego rolę, doceńmy współpracę i szkolenie. Chodzi o docenienie osób, które to wykonują. Bardzo bym prosiła, żeby zwrócić na to uwagę przy opracowywaniu kolejnej wersji ustawy, a także tych kompetencji.



I trzecia sprawa, ratownictwo dla dzieci. Jeżeli urazy i wypadki są pierwszą przyczyną zgonów dzieci, to znaczy, że to jest problem niezwykle ważki i w systemie ratownictwa należy przewidzieć może bardziej dokładnie, jak ma wyglądać SOR dziecięcy czy w ogóle jak ma być tutaj zabezpieczona sprawa dzieci po urazach, poszkodowanych w wypadkach. Wydaje mi się, że to jest chyba u nas za mało brane pod uwagę. Chociażby koszty udzielania pomocy w SOR czy też specyfika oprzyrządowania muszą być tu uwzględnione. Również sieć SOR, ich zabezpieczenie, powinny być jakoś określone i opracowane. Tak że bardzo prosilibym, żeby na to też zwrócić uwagę. Nie czuję się fachowcem, ale ja też wiem, że są z tym problemy. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.  
Proszę bardzo.

*(Brak nagrania)*

**Krajowy Konsultant do spraw Medycyny Ratunkowej Jerzy Karski:**

Pani Senator, wydaje mi się, że większość poruszanych przez panią, bardzo słusznie, celowo i potrzebnie, zagadnień, znajdzie się w przygotowywanej właśnie nowelizacji ustawy. Wydaje mi się, że najlepszym wyrazem dowartościowania zarówno pielęgniarek ratownictwa medycznego, jak i ratowników medycznych, jest fakt, że w ustawie została zagwarantowana ich samodzielność. Pani Senator, pomysł nadzoru nad tymi zespołami i sygnały, że jest potrzeba takiego nadzoru wypłynęły właśnie od ludzi, którzy kierują tymi zespołami. Oni się zwrócili do nadzoru krajowego i towarzystwa o to, żeby w sytuacjach wątpliwych mieć możliwość kontaktu. I to jest realizowane poprzez łączność telemedyczną, żeby była pewność. Poza tym istotnym elementem jest kwestia odpowiedzialności prawnej za wykonywane usługi i świadczenia przez ratowników medycznych, czyli przez zespoły „W”. To pracodawca, dyrekcja, która kieruje takie zespoły, ma gwarantować możliwość kontaktu członków zespołu „W” z lekarzem SOR, ewentualnie z lekarzem koordynatorem. I to jak najbardziej jest.

I jeszcze jedna uwaga odnośnie do odnawialności uprawnień zarówno dla pielęgniarek, jak i ratowników. To również jest. W Departamencie Nauki i Szkolnictwa Wyższego opracowane są rozporządzenia, które obligatoryjnie będą wymagały od ratowników wykonania w okresie czterech lat odpowiedniej liczby kursów i szkoleń. I to będzie gwarantowało przedłużenie możliwości pracy na stanowisku ratownika. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę.

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

Jeszcze odpowiadając pani senator, chciałbym powiedzieć, że właśnie w ramach nadawania odpowiednich kompetencji ratownikom medycznym kończymy proces legislacyjny rozporządzenia, które rozszerza możliwość podawania ilości leków przez ratowników medycznych. To już kończymy, rozporządzenie jest już po uzgodnieniach z konsultantem

i z przewodniczącym. A więc stwarzamy na mocy rozporządzenia możliwość podawania większej ilości leków przez ratowników. I to jest właśnie w ramach tego, o co pani pytała.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Jeszcze SOR dla dzieci...

*(Brak nagrania)*

**Senator Janina Fetlińska:**

Może zapytam pana ministra o to, czy dotyczy to także pielęgniarek ratunkowych, czy też są uwzględnione przy tej nowelizacji?

**Krajowy Konsultant do spraw Medycyny Ratunkowej Jerzy Karski:**

Pani Senator, odnośnie do SOR dla dzieci – w ramach opracowywanego projektu centrów urazowych w pierwszym rzucie przewidzianych jest sześć centrów urazowych w szpitalach dziecięcych. I jest to koordynowane, konsultowane między innymi z konsultantem krajowym do spraw chirurgii dziecięcej, profesorem Czernikiem i profesorem Osemlakiem z naszej akademii. Tak że w tej kwestii faktycznie środowisko jest bardzo wyczulone i trzyma rękę na pulsie.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Pan senator Klimowicz, bardzo proszę.

**Senator Paweł Klimowicz:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Wysoka Komisjo, jego eminencja ksiądz kardynał Dziwisz co poświęci jakiś SOR w Krakowie, to zaraz jest on zamykany, nad czym bardzo ubolewam.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

I moje pytanie do pana ministra: czy inne eminencje i ekscelencje mają ten sam problem w kraju. Widziałam, że na otwarciu zwykle jest jakiś biskup. Człowiekowi aż się serce kraje, jak patrzy na to, że tak wspaniałe ośrodki są potem zamykane. No myślę że nas na to nie stać, więc chciałbym poznać te dane, dowiedzieć się, czy w ogóle są, bo pan profesor Jakubaszko się skarżył, że takich danych nie ma.

I kolejne, może prymitywne pytanie. Ale pan minister nam tutaj dzisiaj przedstawił materiał, w którym znalazłem informację, że trwają intensywne prace koncepcyjne w MSWiA oraz Komendzie Głównej Państwowej Straży Pożarnej zmierzające do weryfikacji dotychczasowej koncepcji numeru 112. Ja mam jedno bardzo proste pytanie: kiedy będzie działał ten numer 112?

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, proszę.

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

Proszę państwa, może zacznę od drugiego pytania. On już działa, ale jeszcze niezupełnie tak, jak wszyscy by tego oczekiwali. Tak jak powiedziałem, wiodącą rolę będzie miało MSWiA w tej materii. Teraz będzie to dopracowane też w ustawie o pożarnictwie, bo to będzie głównie oparte na sieci straży pożarnej, która jest najlepiej zorganizowana. A więc to jest pytanie, na które ja panu nie odpowiem dokładnie. Nie wiem jeszcze, kiedy tak będzie, kiedy tak się stanie, że obojętnie kto zadzwoni i pod które dziesiątki, to będzie przekierowany na numer 112, bo na tym to ma polegać. To wymaga jeszcze dopracowania informatycznego. I tak będzie. Ale dokładnej daty panu nie podam, teraz trwają nad tym prace. Zresztą było też spotkanie na ten temat w Biurze Bezpieczeństwa Narodowego, w którym ja też brałem udział na zaproszenie ministra Stasiaka z Kancelarii Prezydenta. Jasno chciałbym powiedzieć to, co już kiedyś zadeklarowałem przychodząc na posiedzenie Senatu, że my tutaj podchodzimy do tego merytorycznie, nie politycznie, wysłuchujemy wszystkich uwag i chcemy to zrobić tak, żeby to rzeczywiście działało. Nie robimy tego ze względów politycznych, tylko po to, żeby wszyscy nasi mieszkańcy mieli dobry, dostępny system. Wszyscy mają prawo wnosić różne propozycje, wszystkich uwag jednakowo będziemy słuchać. Dowodem na to, co mówię, jest fakt, że odbyło się bardzo merytoryczne spotkanie na ten temat w Biurze Bezpieczeństwa Narodowego, u pana ministra Stasiaka. Osiągnęliśmy konsensus, wymieniliśmy poglądy, był również pan generał ze straży pożarnej, był pan minister Stasiak, byłem ja. Muszę powiedzieć, że w tej materii jest konsensus – dwa ministerstwa, w tym MSWiA jako wiodące, na bazie straży pożarnej i tak dalej. Tak będzie to zorganizowane, wszyscy osiągnęliśmy w tym względzie konsensus.

Jeżeli chodzi o SOR, to jest, proszę państwa, problem, który, tak jak już przed chwilą mówiłem, musi być rozwiązany. Ale proszę też pamiętać o jednym. Niezależnie od tego, po której stronie stołu się siedzi, czy się akurat rządzi, czy się kiedyś rządziło, czy ma się nadzieję kiedyś rządzić – wszyscy zawsze staną przed takimi samymi problemami. Proszę państwa, ochrona zdrowia wymaga ogromnych pieniędzy. Żaden rząd nie będzie ich nigdy miał w wystarczającej ilości. Gdyby nawet bogate kraje przeznaczyły dwa razy większy budżet na finansowanie ochrony zdrowia, to według konkretnych danych on by został spożytkowany w ciągu kilku miesięcy, bo takie są potrzeby ludzi. Zawsze musimy wybierać, jak te środki dobrze wydać i w jakiej kolejności je wydawać. Akurat dzisiaj mówimy o tej dyscyplinie, o medycynie ratunkowej. Ale jeżeli ja, inni wiceministrowie czy pani minister bierzemy udział w posiedzeniu... Dzisiaj przyszedłem do państwa bezpośrednio ze spotkania, na którym kończyliśmy pracę nad listą leków refundowanych, chorobami rzadkimi i tak dalej. Potrzeby są ogromne, proszę państwa, to nie zostało rozwiązane. Ja nie mówię tego w formie wyrzutów, że ktoś nie chciał... Po prostu liczba problemów do rozwiązania jest bardzo duża i musimy to po trochu poprawiać w każdej dziedzinie. No takie mamy ambicje, żeby te środki wydawać racjonalnie. Cieszymy się, że jest ich trochę więcej, wiemy że będzie ich jeszcze więcej, bo mamy obiecane 5 miliardów zł i myślę, że na pewno się one znajdą. 5 miliardów to jest o 1% więcej w przyszłym roku, a w roku 2010 to się zwiększy jeszcze o 1%. Mam też nadzieję, że Polacy będą więcej zarabiać, w związku z czym i składka zdrowotna, te 9%, będzie większa nawet w tym czy przyszłym roku. To też będą dodatkowe środki. No i, jak mówię, staramy się racjonalnie wydawać te pieniądze. Proszę też państwa o pewne zrozumienie, bo z dnia na dzień, z miesiąca na mie-

siąc nie da się po prostu wszystkiego poprawić. Musimy to wszystko wyważyć, zastanowić się, co robić i w jakiej kolejności. Wiadomo, że medycyna ratunkowa, czyli ratowanie życia ludzkiego, to jest priorytet i tutaj nie ma o czym gadać, to będziemy robić. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pan Kraska, bardzo proszę.

**Senator Waldemar Kraska:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Wielu z nas pamięta, jak uchwalaliśmy tę ustawę o ratownictwie medycznym i w jakich warunkach się to odbywało. Myślę, że nie ma na tej sali osoby, która by wtedy nie miała zastrzeżeń do tej ustawy. Ale ponieważ byliśmy pod ścianą, chyba nie było innego wyjścia, trzeba było tę ustawę uchwalić. Dał temu dzisiaj wyraz pan profesor Jakubaszko, który... Mimo że wszyscy mamy do tej ustawy wiele uwag, widzimy, że jednak zadziałała i lepiej lub gorzej została wdrożona. Cieszy mnie też to, że ministerstwo pracuje nad zmianą tej ustawy, ponieważ już wtedy wszyscy chcieliśmy do niej wprowadzić pewne zmiany.

Pierwszym krokiem, który, myślę, jest dobrym ruchem ze strony ministerstwa, jeżeli oczywiście będzie wykonany, jest zlikwidowanie tych nieszczęsnych policealnych szkół dla ratowników. Dlaczego „nieszczęsnych”? Proszę państwa, ratownik w szkole policealnej jest kształcony w wymiarze około dwóch tysięcy stu godzin. Na studiach licencjackich ten czas jest prawie dwukrotnie dłuższy, czyli już tylko to przemawia na korzyść tych studiów pierwszego stopnia, czyli studiów licencjackich. Myślę, że i jakość kształcenia w szkołach policealnych jest zupełnie inna niż na studiach licencjackich. Jako lekarz pracujący w pogotowiu widzę ratowników, którzy skończyli taką szkołę policealną, i widzę, co oni sobą reprezentują. Pan profesor właśnie powiedział, że zespoły podstawowe są bez lekarzy, mają tylko kontakt z lekarzem, który im ma udzielać wskazówek. Tylko jest problem z nadawaniem na tych samych falach, prawda, i nie chodzi tu o fale radiowe, tylko o to, czy moje pytania, które kieruję do ratownika, będą dla niego zrozumiałe. No bo jeżeli ja będę musiał zadać pięćdziesiąt czy sto pytań, żeby dowiedzieć się, o co chodzi w danym przypadku, to jest to zupełne nieporozumienie. Nie wiem też, kto wtedy będzie ponosił odpowiedzialność za to – czy ja jako udzielający tych porad, czy ratownik, który będzie wykonywał moje polecenie. To powinno być w jakiś sposób prawnie uwarunkowane.

Kolejny tematem to CPR. Jak pamiętamy, była idea powoływania dużych CPR, na poziomie województw, wiele głosów było krytycznych, ja osobiście też jestem temu przeciwny. Teraz schodzimy na poziom powiatów i myślę, że to jest dobra tendencja, gdyż właśnie te małe jednostki, powiat czy nawet dwa powiaty sąsiednie, stanowią dobre rozwiązanie, ponieważ na poziomie straży pożarnej i pogotowia można to scalić. Myślę, że możliwe jest wówczas zdecydowanie szybsze reagowanie niż na poziomie województwa czy nawet na poziomie dawnych województw.

Kolejnym dobrym sygnałem jest to, że pan minister zauważył, że POZ troszeczkę przejechała działkę ratownictwa medycznego. Ta nieszczęsna pomoc, która jest de facto świadczona, może nie wszędzie, generalnie przez oddziały ratownictwa medycz-

nego... Cieszy mnie to, że ministerstwo pracuje nad tym, żeby podzielić ten POZ, wydzielić jeszcze tak zwaną pomoc doraźną. Mam tylko pytanie: kto tę pomoc doraźną dostanie? Bo jeżeli będzie tak samo, Narodowy Fundusz Zdrowia będzie to kontraktował, prawda, będzie konkurs i znowu wygra ten, kto da najniższą ofertę cenową – obecnie są to oddziały szpitalne, które na bazie izby przyjęć organizują sobie jakąś tam karetkę z jakimś lekarzem, a de facto ten lekarz nigdzie nie wyjeżdża – to myślę, że to niczego nie rozwiąże. To musi zostać jednoznacznie określone. Może to przekierować na siły ratownictwa medycznego, bo wtedy zdecydowanie łatwiej wydzielić pewne środki, zdecydowanie łatwiej przekierować zespół, bo to nie wymaga ani sprzętu wykwalifikowanego, ani nawet wykwalifikowanego zespołu medycznego, jeśli chodzi o takie typowe zdarzenia, gdzie trzeba tylko wypisać jakąś receptę. Myślę też, że byłoby to panaceum na obecny deficyt środków w ratownictwie medycznym. Wszyscy wiemy, że narasta fala niezadowolonia, jeśli chodzi o ratowników. Dzisiaj wyczytałem na stronach internetowych, że 16 czerwca szykuje się akcja protestacyjna. I zmartwiło mnie to, że to będzie dopiero w przyszłym roku, no bo zostaje jeszcze praktycznie całe półrocze. A co dalej? Skąd wziąć środki na wzrost płac w tym roku? Dyrektorzy niejednokrotnie szukają oszczędności. Myślę, że to idzie troszeczkę w złą stronę, ponieważ jest tendencja do zastępowania lekarzy ratownikami. Oni są zdecydowanie gorzej opłacani, a przecież oni sobie zdają sprawę, że są w systemie, i wcale nie chcą być gorzej opłacani, niedługo ta różnica będzie zatarta. Skąd wziąć pieniądze nawet na te doraźne postulaty płacowe? Niedługo ten problem się pojawi.

Bardzo ważna jest rola dyspozytorów medycznych. Cieszę się, że jest szykowana standaryzacja ich procedur. Co prawda jest wiele kursów, ale nie jest to scalone. Dyspozytorzy medyczni są tym pierwszym ogniwem, to oni decydują, jaki wyślą zespół do jakiego zdarzenia. Niejednokrotnie to oni decydują, czy pojedzie zespół z lekarzem, czy bez lekarza. I de facto to oni decydują o tym, czy ten człowiek będzie miał większą szansę na przeżycie, czy nie. Te zdarzenia, które są nagłaśniane przez media, to rzeczywiście pojedyncze przypadki, ale one są bardzo głośne. Kiedy rozmawiam z ludźmi w terenie, spotykam się z tym, że niektórzy uważają, że to jest codzienność. A ten dyspozytor medyczny niejednokrotnie nie jest w stanie określić, czy ten przypadek, który jest zgłaszany przez telefon, to jest przypadek dla erki, dla zespołu podstawowego czy lekarza rodzinnego. Weźmy te nieszczęsne bóle brzucha u dziecka, które zostało odesłane do lekarza rodzinnego, a potem się okazało, że to był tętniak. To się może zdarzyć, ale to akurat nie jest wina ratownika medycznego, że tak się zdarzyło. Myślę, że rola dyspozytorów jest o tyle istotna, że oni podejmują bardzo ważne decyzje. No ale niestety, ja nie wiem, jak jest gdzie indziej, a na naszym terenie taki dyspozytor medyczny zarabia 1 tysiąc zł, a jego odpowiedzialność jest zdecydowanie większa.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

No może 1 tysiąc 200 zł.

*(Rozmowy na sali)*

Pan minister jest związany z podstawową opieką zdrowotną, całym sercem jest za tym... Tydzień temu mieliśmy konferencję, na której pediatrzy zgłaszali wiele zastrzeżeń do pracy POZ. Myślę, że ratownictwo medyczne też ma uwagi. Ale uważam, że to nie jest kwestia tego, że lekarze rodzinni nie chcą pracować, tylko że lekarz rodzinny musi mieć w tej chwili około trzech tysięcy pacjentów, żeby się utrzymać. Jak miałby ośmiuset, to jego praca wyglądałaby zdecydowanie inaczej. Dlatego myślę, że to jest ciągle problem pieniędzy. Jak byśmy do tego nie podchodzili, to tych pieniędzy jest ciągle za mało. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Panie Ministrze, proszę bardzo.

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

Panie Senatorze, odpowiem panu na początku tak humorystycznie. Jak przyszedłem do Ministerstwa Zdrowia, okazało się, że podlega mi też Departament Dialogu Społecznego i muszę się spotykać z określonym gremium. No jak musiałem się kiedyś spotkać również i z przedstawicielami lekarzy rodzinnych, to pani minister na wstępie powiedziała do osób siedzących naprzeciwko mnie i moich przyjaciół: pamiętajcie, że teraz minister Twardowski nie jest od POZ, tylko od całej ochrony zdrowia w Polsce. Bardzo dokładnie to sobie zapamiętałem i tak staram się pracować.

Ale mówiąc poważnie, uważam, że POZ powinien pracować i wykonywać swoje obowiązki od 8.00 do 18.00. Po 18.00 powinna być udzielana – może pierwszy raz to tutaj powiem, ale zostało to już uzgodnione z funduszem i pewnie za wiele już się nie zmieni – pomoc doraźna. Przestańmy się oszukiwać, że po godzinie 18.00 ma się ludzi leczyć planowo, jak wszędzie na świecie przed południem. Należy rozróżnić trzy rzeczy: leczenie, udzielanie pomocy doraźnej i ratowanie życia ludzkiego. I chcemy z tym zrobić porządek. A więc od 8.00 do 18.00 od poniedziałku do piątku, tak jak było, jak jest przyjęte, ma funkcjonować POZ; od 18.00 ma funkcjonować pomoc doraźna w przypadkach banalniejszych, a w przypadkach ratujących życie – ratownictwo medyczne.

W jaki sposób? Oczywiście nie może to być na zasadzie przydzielania komuś, bo obecna ustawa jest, jaka jest. Nowa ustawa będzie obowiązywać od 1 stycznia 2010 r. i w niej będzie określone, że nie jeden fundusz... O tym też państwo wiecie, takie zmiany nastąpią. Do 1 stycznia 2010 r. będziemy mieli obecną ustawę, pewnie z jakimiś nowelizacjami po drodze, to się już niejednokrotnie zdarzało. I w ramach tej obowiązującej ustawy postaramy się jasno oddzielić POZ od pomocy doraźnej, a pomoc doraźną od ratownictwa medycznego. W jaki sposób będzie to mogło być kontraktowane? No na pewno na podstawie konkursu. Kto uzyska to świadczenie? Bardzo dobrze pan rozumuje, mnie się podoba takie rozumowanie, że tak naprawdę najbardziej logiczne jest, żeby to było tam, gdzie jest również ratownictwo medyczne. Wówczas dyspozytor, który by decydował, gdzie kogo wysłać, byłby jeden, więc sam ze sobą by się nie kłócił. Jeżeli posadzimy w dwóch sąsiednich pokojach dwóch dyspozytorów, którzy będą mieli decydować, czy to jest pomoc doraźna, czy ratownictwo, to oni już będą ze sobą dyskutować. Świetnie o tym wiemy jako praktycy, że tak by było. W związku z tym będziemy starali się kontraktując to, zrobić tak, żeby to było po prostu dobre dla naszych pacjentów. Tak to powiem. Chyba państwo rozumiecie, jaką drogą będziemy podążać. Będziemy oczywiście przestrzegać również zasady równego dostępu, czyli konkursu. Kto będzie się mógł do niego zgłosić? Ci, którzy spełnią wymogi materiałów szczegółowych, podpisane w odpowiednim momencie przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli jesienią tego roku. Rozmowy są już zaawansowane, osiągnęliśmy w tej materii konsensus i chcemy zrobić wreszcie porządek. Myślę, że zrobimy.

*(Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Zbigniew Teter: Mam jeszcze jedną uwagę.)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Zbigniew Teter:**

Pan senator użył sformułowania „szansa na przeżycie”. Panie Senatorze, w ostatnich kilku konkursach w zakresie ratownictwa medycznego, a wiele zespołów w nich startuje, okazało się, że zwyciężyły zespoły bez lekarzy. Tak na marginesie to dodaję.

Bardzo istotne jest to, co pan senator podniósł, odnośnie do współpracy ratownika z lekarzem koordynatorem. Nad tym w tej chwili pracuje powołany przy ministrze zdrowia zespół, który ustala kryteria i zasady współpracy ratownik – lekarz, żeby to dla wszystkich było jasne, że to nie ma być półgodzinna rozmowa, tylko odpowiedź na krótkie pytania.

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

Jeśli chodzi o dalszą część pytania, czyli o protest ratowników, to oczywiście, jak pan się domyśla, w ministerstwie od rana otrzymujemy wszystkie informacje na ten temat i na bieżąco to przeglądamy. Jesteśmy tym zaniepokojeni. Jest to problem, który, co podkreślałem już na samym wstępie dzisiejszego spotkania, wiąże się z tym, że wynagrodzenia te są finansowane z dotacji z budżetu państwa, a ta jest na określonym poziomie. Jest to na pewno trudny problem, nie będziemy siebie tutaj przekonywać, że zarobki, które otrzymują te osoby za tak ciężką pracę, są satysfakcjonujące. To jest najbardziej stresująca i najbardziej odpowiedzialna praca, bo od tych paru pierwszych minut zależy, czy człowiek będzie żył, czy nie. Jasno tutaj mówimy, że ratownicy, jeżeli są odpowiednio wykształceni, mają możliwość się sprawdzić. I niekoniecznie zawsze muszą być to lekarze, choć jak powstawała ta ustawa, to nikomu nie mieściło się w głowie, że to mogą być nielekarze. Ale w wielu miejscach na świecie, w wielu krajach Unii Europejskiej funkcjonują tacy ratownicy, bo tak naprawdę na początku tych ludzi się nie leczy, tylko się ich ratuje. Jak to nazwiemy, tak nazwiemy, są wśród nas też lekarze, ale tak naprawdę gros tej pracy polega na maksymalnie szybkim, fachowym udzieleniu pomocy i przetransportowaniu do szpitalnego oddziału ratunkowego, gdzie podejmuje się czynności diagnostyczno-lecznicze, już mniej może ratownicze, bo te pierwsze zostały wykonane podczas przewożenia pacjenta na oddział. Rozumie my ten problem, ale państwo też musicie nas zrozumieć – jest określony budżet, który jest uchwalony, minister zdrowia jako minister konstytucyjny musi tego budżetu przestrzegać. W tym roku są to 4 miliardy 300 milionów zł. Na ratownictwo medyczne zostało przeznaczonych 1 miliard 345 milionów zł i to wszystko zostanie zużyte. Czy coś się da w tej materii zrobić? Nie umiem w tej chwili powiedzieć, bo budżetu nie może przekroczyć żaden minister, no nie ma zmiłuj się. I obojętnie jaki jest rząd, kryteria przestrzegania budżetu obowiązują niestety każdego.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Panie Senatorze, ja też oczywiście jestem tego zdania, że prawdziwy ratownik, podkreślam jeszcze raz, prawdziwy ratownik, jest czasem zdecydowanie lepszy od lekarza. Ale co zrobimy z tymi ratownikami, którzy mają w tej chwili tytuł ratownika medycznego, skończyli szkołę policealną, a właściwie są na etapie dalszego sanitariu-

sza? No co dalej z nimi robić? W tej chwili oni mają praktycznie takie samo prawo wykonywania zawodu, jak ci ratownicy po studiach.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

**Senator Stanisław Karczewski:**

Dziękuję bardzo.

Chciałbym wyrazić swoje olbrzymie zadowolenie z tego, że pan minister – i to będzie taki akcent polityczny, a później już merytoryczny...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak. Cieszę się, Panie Ministrze, że pan – no, nie po raz pierwszy, ale wcześniej jednak z Ministerstwa Zdrowia takie sygnały nie docierały – stwierdził, że jest za mało środków i że tych środków musi być więcej. Jesteśmy zgodni co do tego, że nie tylko na finansowania ratownictwa medycznego, ale i każdej innej dziedziny medycyny, brakuje pieniędzy, że jest ich za mało i że zadaniem Ministerstwa Zdrowia, poza oczywiście reformowaniem, naprawą systemu, jest również walka o dodatkowe środki na funkcjonowanie całego systemu. Bez tych dodatkowych środków w systemie nie będzie poprawy – ani w ratownictwie medycznym, ani w żadnej innej dziedzinie. To jest niezaprzeczalne i bardzo się cieszę, że ministerstwo to już mówi, że ministerstwo to powtarza.

Już przechodzę do części merytorycznej. Zacznę od tego, że mamy do czynienia z niezwykłym postępem w zakresie ratownictwa medycznego. I tu gratulacje dla tych wszystkich, którzy do tego się przyczynili. Ja sam pracowałem, już w tej chwili nie pracuję, w pogotowiu i pamiętam jeszcze duże fiaty, zupełnie bez wyposażenia, pamiętam dyspozytorkę.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: A warszawy pamiętasz?)*

Nie, nysy tak, a warszawy? I pamiętam...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

No nie, to świadczy o tym, że jestem troszeczkę młodszy.

*(Wesołość na sali)*

Ale pamięć mam dobrą.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Nie, nie, Panie Senatorze, pamięć mam dobrą. Proszę państwa, pamiętam, do jakiego samochodu wsiadałem, i pamiętam również, że wsiadałem z plikiem wezwań, bo dyspozytorka zbierała kilka kart, mówiła: ma pan tam pięć, sześć, siedem, osiem wezwań, i jechało się, załatwiało się. I to był taki ambulans na kółkach. Od tego odchodzimy, bezpowrotnie. Z tego należy się cieszyć. Pan minister mówił, że lekarz w tym systemie ratownictwa medycznego nie będzie miał recepty – no tak będzie, już tak jest, właściwie najczęściej tak jest. To jest wielki sukces, znajdujący odzwierciedlenie również w spadku śmiertelności z powodu zawałów mięśnia sercowego i udarów.

No i tutaj największe zadanie, jakie stoi przed nami wszystkimi, to jest usprawnienie w zakresie ratownictwa w urazach. To dotyczy dzieci, ale nie tylko. No niestety, to, o czym mówił pan profesor Karski, jest bardzo przykre, ale prawdziwe – odwrócenie tej tabeli spowoduje, że znajdziemy się na szczycie wśród państw europejskich. I nad tym trzeba pracować.

I pytanie do pana ministra, a może jeszcze jakieś się nasuną... Dlaczego dziesięć ośrodków? Czy państwo już macie dziesięć określonych miejsc w Polsce, gdzie te



ośrodki będą? Czy one będą w akademiach medycznych, czy będą tworzone na jakiejś innej zasadzie? Czy będzie dziesięć funduszy i dziesięć ośrodków, które będą centrami urazowymi? To jest ważne i tego brakuje w systemie, właśnie tych centrów urazowych. To jest niezwykle ważne.

Następna sprawa dotyczy tego, o czym mówił i senator Kraska, i inni, czyli szkolenia. Ratownicy prezentują bardzo różny poziom. W sześciuset dwudziestu trzech specjalistycznych zespołach wyjazdowych bezpieczeństwo jest zachowane, lekarze prezentują różny poziom, ale jednak stopień bezpieczeństwa jest wysoki. A jeśli chodzi o innych ratowników – sam to widzę, sam obserwuję, bo jestem lekarzem praktykującym – to jest zastraszająco wysoka dysproporcja między poziomem świadczenia usług, ich umiejętnościami. Oczywiście, jak się spojrzy, jaki jest stopień wyszkolenia tych ratowników, no to pokrywa się to z tym, gdzie odbyli swoje nauczanie.

I pytanie, Panie Ministrze. Czy lekarzy stażystów dopuści się do jazdy w systemie ratownictwa? Z tego, co wiem, jeśli sobie dobrze przypominam, to teraz lekarz stażysta nie może być lekarzem w systemie ratownictwa medycznego...

*(Głos z sali: Nie, bo ma ograniczone prawo wykonywania zawodu.)*

No właśnie. Stąd moje pytanie do pana ministra, uwaga i pomysł, czy...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Nie, ja znam odpowiedź na to pytanie. Chodzi mi o to, czy nie należałoby tego zmienić. Czy pan minister uważa, że to jest dobrze czy źle? Ja pamiętam, że...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: W ramach stażu jeździliśmy.)*

Jeździliśmy.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

No ale to można zmienić.

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski: Można zmienić. Zmienimy.)*

No dobrze, ale w ogóle staż państwo chcecie zmienić, likwidować... No to bardzo się cieszę z tego powodu, bo byłem bardzo gorącym przeciwnikiem tego pomysłu.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Sukcesywnie, powolutku.

I jeszcze pytanie, Panie Ministrze, o te dziesięć ośrodków czy dziesięć centrów leczenia urazów. To jest bardzo istotne, w jaki sposób będą one zlokalizowane na mapie Polski.

No i pytanie o SOR. Ja nie wiem, ile jest w tej chwili SOR, ile funkcjonuje, ile ma akredytację. Jak rozumiem...

*(Głos z sali: Pan senator Klimowicz też o to pytał.)*

Pytał, tak, ja wiem, słyszałem to, ale nie usłyszeliśmy konkretnej odpowiedzi, a to jest bardzo istotne.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

W zasadzie te dane powinien mieć Narodowy Fundusz Zdrowia, prawda?

### **Senator Stanisław Karczewski:**

No to może usłyszemy odpowiedź, taką zdecydowaną. Ale, Panie Ministrze, jeszcze momencik. Jeśli jest za mało... Jak rozumiem, pan profesor Jakubaszko mówił

o tym, że tych ośrodków, tych SOR jest za mało, powinno być ich w granicach dwustu dwudziestu, dwustu pięćdziesięciu. Jeśli potrzeba pieniędzy na budowę, no to czemu środki z programu operacyjnego przeznaczacie państwo tylko na dostosowanie tych istniejących, tych już funkcjonujących? Czy nie należałoby zabezpieczyć pieniędzy na wybudowanie nowych ośrodków również w programie operacyjnym?

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Coś jeszcze?

(*Senator Stanisław Karczewski: Właściwie to chyba wszystko. Dziękuję bardzo.*)  
To bardzo proszę pana ministra o odpowiedź.

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

Jeżeli chodzi o centra urazowe, to bardzo proszę, żeby odpowiedział pan profesor Karski. Bardzo proszę.

(*Brak nagrania*)

**Krajowy Konsultant do spraw Medycyny Ratunkowej Jerzy Karski:**

Dziesięć akademickich ośrodków obejmie swoimi świadczeniami ponad połowę populacji w Polsce, dwadzieścia trzy miliony mieszkańców. I to jest w pierwszym rzucie.

(*Głos z sali: Dwadzieścia trzy?*)

Dwadzieścia trzy miliony mieszkańców. Ośrodki te, praktycznie rzecz biorąc, zlokalizowane będą w miastach akademickich plus oczywiście w sześciu miastach, gdzie planuje się ośrodki chirurgii urazowej dziecięcej...

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz: W tychże miastach?*)

Tak.

**Senator Stanisław Karczewski:**

A jak jest, Panie Profesorze, w Warszawie? Przepraszam, że to opowiem, bo to jest trochę moja prywatna sprawa. Moja ciocia została dramatycznie, bardzo brutalnie pobita. Była w trzech szpitalach. Przecież to jest dramat. Panie Profesorze, najpierw pojechała na Stepińską, później na Ceglowską, a później na Lindleya.

(*Krajowy Konsultant do spraw Medycyny Ratunkowej Jerzy Karski: Panie Senatorze!*)

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Nie, nie. Była nieprzytomna, Panie Senatorze, wozilo ją pogotowie.

(*Głos z sali: Pan chce odpowiedzieć.*)

**Krajowy Konsultant do spraw Medycyny Ratunkowej Jerzy Karski:**

Panie Senatorze, planujemy leczyć w tych ośrodkach najcięższe obrażenia, wielonarządowe, mnogie obrażenia ciała, stąd taka, a nie inna ich lokalizacja. Swoją drogą – co pan senator słusznie podnosi – największe problemy są w dwóch aglomeracjach, w Warszawie i na Śląsku, bo nie ma klinik chirurgii urazowej. W innych rejo-

nach te kliniki są, więc jest łatwiej. W Warszawie prawdopodobnie taki ośrodek zostanie stworzony w szpitalu przy Lindleya, a drugi ośrodek byłby ewentualnie na Bielanach, w tych dwóch szpitalach. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę.

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

Jeśli można, chciałbym uzupełnić wypowiedź pana profesora Karskiego. Proszę nie odbierać tego od razu w ten sposób, że się to robi tylko dla dwudziestu trzech milionów, a nie dla trzydziestu ośmiu. Powiedzmy sobie jasno: trzeba to robić stopniowo. Nie da się wszystkiego zrobić od razu, bo przecież to jest bardzo duży wysiłek i organizacyjny, i oczywiście finansowy. W związku z tym najpierw się zrobi A, a w drugiej kolejności i B. Zresztą to, co przed chwilą powiedział pan senator Karczewski, jasno dowodzi, że właśnie dlatego, iż takiego ośrodka, centrum urazowego w Warszawie jeszcze nie ma, pana ciocia była wożona od Annasza do Kajfasza i w sumie była w trzech miejscach. To jest dowód na to, że takie centra rzeczywiście powinny powstać.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Jeżeli chodzi o środki finansowe, Panie Senatorze, to jeszcze raz chciałbym powiedzieć, że w tym roku w stosunku do zeszłego jest o 5 miliardów zł więcej, bo były 42 miliardy, a jest 47 miliardów zł. W przyszłym będzie jeszcze o 5 miliardów zł więcej, ze składki, a w 2010 r. środki finansowe będą większe o kolejne sumy.

*(Głos z sali: Plus oddłużenie.)*

Oddłużenie to jest już inna sprawa, o tym akurat przy okazji debaty o ratownictwie medycznym nie chcę mówić, ale państwo wiedzą, że dyskusja na ten temat trwa. Nie chciałbym używać słowa „komunalizacja”, „prywatyzacja”, żeby nie wywołać jakiejś dyskusji, bo skoro tutaj siedzą fachowcy, to mam nadzieję, że wszyscy rozumieją, o czym mówimy, i w związku z tym abstrahujemy tutaj od zachowań politycznych, bo wiadomo, co to jest komunalizacja i że nikt nikomu niczego nie chce ukraść ani nikt nikomu nie chce dać, ani zabrać. Tyle tylko że ja nie znam ani jednego przypadku, żeby – jeśli oczywiście samorządy sprawują rzeczywistą pieczę nad szpitalami – radni zamknęli szpital ludziom, którzy ich wybierali. Jak ktoś wie o takim przypadku, to proszę podać przykład, no ja przynajmniej nigdy nie słyszałem, żeby się tak zdarzyło. Wprost przeciwnie, znam przypadki, kiedy wszyscy radni jak Rejtan walczyli, żeby im niczego nie zamknąć. Był z tym tylko taki problem, czy dać szpitale tylko marszałkom, czy starostom. Obecnie wiadomo, że otrzymają i ci, i ci. Ale to tylko drobna dywagacja.

Jeżeli chodzi o środki finansowe, to one będą, już są zapewniane.

Liczba SOR, w tej chwili pan...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Informacje ma pan...)*

W takim razie nie będę już ich przytaczał, chociaż je tutaj mam, ale może się tam...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Sprawdzimy.)*

Myślę, że są spójne.

*(Głos z sali: Są takie same.)*

Powinny być takie same.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Na razie tego nie ujawniamy.)

Na razie nie ujawniamy. Czyli pan przeczyta, a ja zobaczę, czy mi się zgadza.  
(Wesołość na sali)

Ale mam wrażenie, ponieważ ten dokument opracowywaliśmy na podstawie...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Niech pan nie zdradza.)

W związku z tym myślę, że to się zgadza.

W takim razie, bardzo proszę, Panie Przewodniczący, może panu prezesowi pozwolimy zabrać głos.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Zbigniew Teter:**

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Jeżeli chodzi o SOR, są one kontraktowane z innego działu niż ratownictwo, o którym mówiliśmy, bo ratownictwo kontraktowane jest z budżetu, a same SOR z działu „Lecznictwo szpitalne”.

Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych... Ja tylko powtórzę, myślę, że te trzy źródła będą się zgadzać, ponieważ w swojej wyczerpującej prezentacji pan profesor Jakubaszko już to przedstawił. Ta liczba wynosi dwieście sześć na ten rok i na dwieście sześć SOR są zakontraktowane świadczenia.

Uzupełnię wypowiedź pana profesora Jakubaszki tylko taką informacją, że nakłady na szpitalne oddziały ratunkowe od 2006 r., przy mniej więcej takiej samej liczbie SOR, bo było ich dwieście trzy w 2006 r. i w tym roku, mamy 2008, wzrosły o 120 milionów zł, czyli obecnie wynoszą 390 milionów zł, a w 2006 r. wynosiły 260 milionów zł. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Jeszcze ja nie zabierałem głosu, a też chciałbym wypowiedzieć się w tej sprawie.

Po pierwsze, proszę państwa, gdy tworzyła się ustawa, była kwestia usytuowania, poziomu integracji zespołów wyjazdowych z SOR, bo w wielu miejscach to była jedność funkcjonalna, która została trochę rozdzielona, co dotyczy także finansowania. Pytanie jest takie: czy planowane jest przejęcie finansowania SOR przez budżet państwa?

(Głos z sali: Nie.)

Po drugie, trochę przyglądałem się organizacji pracy SOR. Widziałem te zielone i czerwone linie. Widziałem też, w jaki sposób próbuje się jakoś ograniczyć napór pacjentów z pomocy doraźnej na pracę zespołów, aby trochę ludzi zniechęcić do nadużywania... No bo mamy do czynienia z takim oto zjawiskiem, że część ludzi z różnych powodów nie chce iść do lekarza POZ, woli poczekać do godziny 18.00 i wtedy idzie do SOR. Muszę powiedzieć, że to powoduje, że ludzie pracujący w SOR są ogromnie zmęczeni, wypaleni, na skutek bombardowania mnóstwem doraźnych interwencji, szczerze mówiąc, mają syndrom ogromnego przemęczenia i jakiejś jałowości... Oni są przygotowani do akcji, do ciężkich interwencji i to jest coś, co ich, że tak

powiem, kręci. Ale nie bardzo im się podoba robota z pijakami. Tutaj więc te zapowiedzi ministerstwa, krótko mówiąc, są... Pytanie jest właśnie takie: czy SOR, jako pewien rodzaj *system emergency*, nie powinny także być objęte systemem zasilania z budżetu państwa, trochę innego, bo tutaj nie patrzymy: ubezpieczony, nieubezpieczony. Po prostu ratuje się życie i SOR jest w to włączony. Czy nie powinniśmy myśleć o tym, aby SOR były finansowane z budżetu, zwłaszcza przy wyłączeniu pomocy dożnej z ratownictwa? To jest moje pytanie.

*(Brak nagrania)*

Pan prezes wymieniał kwotę, to byłaby kwota...

*(Głos z sali: SOR?)*

Tak.

*(Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Zbigniew Teter: Dwieście sześć SOR jest zakontraktowanych na 390 milionów zł na 2008 r.)*

Przecież to nie są porażające kwoty.

To może powiem, na czym by to miało polegać. Pojawia się takie poczucie... no, teraz ono może się trochę zmniejszyło, ale początkowo ratownicy chcieli tego systemu wyjazdowego, który był dobrze opłacany, a ludzie pracujący w szpitalnych oddziałach ratunkowych byli źle opłacani.

*(Głos z sali: Teraz jest na odwrót.)*

A teraz, słuchajcie, to się odwróciło. Wynika to z dyrektywy o czasie pracy, bo to zupełnie wywróciło zasady płacowe, co stwarza w tej chwili ogromne problemy.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak, to jest właśnie pytanie: czy są takie plany, czy nie?

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski:**

Pan przewodniczący zadał bardzo trudne, podchwytliwe pytanie. Muszę na to odpowiedzieć bardzo dyplomatycznie, bo nie mam upoważnienia, żeby odpowiedzieć deklaratorywnie. Odpowiem więc państwu tak: rozmawialiśmy na ten temat. Koniec odpowiedzi na to pytanie. Proszę państwa, wiadomo, że nie mogę tu złożyć żadnej deklaracji, bo jeżeli ratownictwo medyczne jest finansowane z budżetu państwa, to wiemy, że tak będzie, bo to jest już wpisane w budżet. Oczywiście problemy SOR są takie, że tak naprawdę to, co w tej chwili jest zakontraktowane, z myślą o przyszłym roku, widzimy na wyższym poziomie budżetowania. W Ministerstwie Zdrowia naradzaliśmy się już, czy to będzie opłacane i kontraktowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, czy nie. Wiadomo, że nowatorskie decyzje tego typu są trudne i do rozstrzygnięcia na najwyższym szczeblu rządowym, ale już państwu na pewno dużo powiedziałem, skoro powiedziałem, że myślimy na ten temat. Mamy poważny problem do rozwiązania.

Przyjmujemy również poza dyskusją, że SOR są niedofinansowane. Przede wszystkim rozumiemy, że im bardziej doświadczony jest lekarz tam pracuje, tym więcej ma wątpliwości, bo wiadomo, że człowieka w szoku pourazowym nic nie boli, a różnego rodzaju perturbacje wychodzą dopiero potem, w związku z tym musi być tam przetrzymany nieraz przez kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt godzin itd. Wszyscy lepsi ode mnie fachowcy doskonale o tym wiedzą. Dlatego to kosztuje. Jak mówię, będziemy starali się w jakiś sposób, lepszy niż w tym roku, ten problem rozwiązać.

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

Finansowanie SOR jest bardzo ważnym elementem przyszłych rozwiązań i legislacyjnych, i finansowych. Nasze środowisko od prawie dwóch lat przedstawia swoje stanowisko w tej sprawie. Mamy je nadal. Przedstawiamy je wszędzie tam, gdzie spodziewamy się jakiegoś korzystnego, skutecznego wyniku. Uważamy mianowicie, że SOR powinny być finansowane dwojako, z dwóch źródeł. Z jednej strony powinno być zabezpieczenie budżetowe. Z tego budżetu systemowego powinny być finansowane stany gotowości SOR – ich dwudziestoczterogodzinna gotowość przez siedem dni w tygodniu. To są koszty stałe, które ktoś musi ponieść. Drugi element finansowania powinien pochodzić z aktywności SOR, z liczby i jakości procedur w nich wykonywanych. To daje gwarancję, że SOR będą starały się być aktywne, będą funkcjonowały w sposób szeroki, wachlarzowy itd., i będą starały się podnosić również jakość swoich świadczeń.

Ustanowienie sztywnego ryczału na SOR, czy się stoi, czy się leży, to jest powrót do zamierzonych koncepcji finansowania opieki zdrowotnej w ogóle. Problem polega na tym, że takiego consensusu nie udało się do tej pory wypracować. Obiecywano nam przy tworzeniu ustawy z 2006 r., że NFZ będzie w stanie zapewnić te dwa elementy finansowe, mówiono, żeby się nie martwić. To się okazało formalnie niemożliwe. My dowiedzieliśmy się o tym bardzo późno, jak już właściwie było po pto-kach. W tej chwili uważamy, że te dwa elementy muszą być w jakiś sposób ze sobą powiązane i dać gwarancję. Inaczej nie unikniemy zamykania SOR. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Senator Krajczy, bardzo proszę.

**Senator Norbert Krajczy:**

Panie Przewodniczący, chciałbym jako świadczeniodawca wyjść z tego spotkania z odpowiedzią, której mi pan minister nie udzielił. Dlatego mam konkretne pytanie do przedstawicieli NFZ. Proszę mi powiedzieć, jakie od 1 lipca będzie finansowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych? Czy to będzie to samo, co do tej pory? Bo myślę, że większość zostanie zamknięta już we wrześniu tego roku, jak tak to będzie wyglądało.

Nie zgadzam się z tym, co powiedział pan minister, że okazało się, iż 14% lekarzy POZ kieruje na badania diagnostyczne. Ciekaw jestem, skoro nie ma RUM, nie ma innych możliwości, skąd państwo mają takie informacje. Życzę dobrego samopoczucia.

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski: Mogę ad vocem?)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę.

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

Nie 14%, ja wyraziłem się precyzyjnie, Panie Senatorze. Powiedziałem, że lekarze rodzinni w Polsce przeznaczyli na badania diagnostyczne 14,55% stawki kapitacyj-

nej. Bardzo proszę nie przekreślać mojej informacji. Tak się wyraziłem, a siedzący naprzeciwko pan z NFZ świetnie wie, że mówię z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku, zgodnie z informacją, jaką uzyskałem od prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Ta informacja jest rzetelna.

O drugą część informacji bardzo proszę pana...

**Senator Norbert Krajczy:**

Czy mogę, Panie Przewodniczący?

Przecież to spotkanie jest nagrywane, protokołowane, dlatego chciałbym zaprosić pana ministra nawet nie do swojego SOR, po godzinie 16.00, żeby zobaczył, ilu jest pacjentów, którzy są z POZ. Bardzo proszę o odpowiedź.

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

Wszyscy pacjenci w Polsce, Panie Senatorze, są w POZ, bo jest tam zapisanych trzydzieści sześć milionów sześćset trzydzieści sześć tysięcy osób. W związku z tym w myśl obowiązującego prawa pacjent w Polsce ma prawo pójść tam, gdzie chce, jeżeli uważa, że musi, bo nie ma w tej chwili prawa, które by mu zabroniło pójść...

*(Głos z sali: Po osiemnastej.)*

...po godzinie 18.00 i czekać do 18.00. Nie ma takiego prawa.

Jeżeli chodzi o liczbę lekarzy w Polsce, to chciałbym państwu powiedzieć, że w tej chwili jest mały spór pomiędzy Naczelną Radą Lekarską a nami, bo mamy w tej chwili dwudzieste szóste miejsce w Unii Europejskiej pod względem liczby lekarzy. Unas na dziesięć tysięcy mieszkańców jest dwudziestu trzech lekarzy, mniej ma tylko Wielka Brytania, bo dwudziestu dwóch. Aczkolwiek ostatnie, jeszcze nieprzekazane nam informacje z Naczelnej Rady Lekarskiej mówią, że mamy już ostatnie, czyli dwudzieste siódme miejsce pod tym względem w Unii Europejskiej. To pokazuje skalę problemu, o którym mówimy, w ratownictwie medycznym: w żadnym wypadku, choćbyśmy nawet chcieli i dobrze płacili, tych lekarzy jako ratowników nie znajdziemy. Taki sam problem jest również, jeżeli chodzi o pracę w szpitalnych oddziałach ratunkowych, gdzie praca jest niezwykle obciążająca, trudna, stresowa itd. Raczej tego nie kwestionujemy.

Jeżeli chodzi o odpowiedź na pytanie, co od 1 lipca, to bardzo proszę, jeśli pan przewodniczący pozwoli, to pan prezes...

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę, jeśli pan prezes może rozwiać obawy.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Zbigniew Teter:**

Dziękuję za udzielenie głosu.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Jak wspominałem, szpitalne oddziały ratunkowe są kontraktowane z działu „Szpitalnictwo”. Ponieważ odbywa się to co pół roku, w związku z tym dwieście sześć SOR zostało zakontraktowanych na pół roku na 180 milionów zł. Następne kontrakty

dla tych dwustu sześciu SOR będą na następne półrocze. Ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia widzą problemy, z jakimi spotykają się SOR, że są duże trudności, że jest niedoinwestowanie, Narodowy Fundusz Zdrowia opracował projekt zmiany rozporządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który to projekt jest zawieszony na stronach internetowych Narodowego Funduszu Zdrowia od początku maja do konsultacji społecznych, do wszelkiego rodzaju konsultacji. Pozwolą państwo, że pan dyrektor Kosowski, który mi towarzyszy, jest moim współpracownikiem i współautorem tego projektu, przedstawi w tej chwili jego założenia.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę.

**Dyrektor Departamentu do spraw Służb Mundurowych  
w Narodowym Funduszu Zdrowia  
Arkadiusz Kosowski:**

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Wszyscy zdajemy sobie sprawę, zresztą wspominał też o tym pan minister, że szpitalne oddziały ratunkowe są pod pewnymi względami szczególne i wymagają dofinansowania. Z tym nikt nie dyskutuje.

Jednocześnie we wcześniejszych wystąpieniach wspomniano, że pacjenci POZ, mówiąc umownie, chociaż chodzi tu nie tyle o pacjentów POZ, co o pacjentów ze stanem zdrowia, który mógłby ich ewentualnie kwalifikować do usługi w POZ, trafiają w różne miejsca. Trafiają do szpitalnych izb przyjęć, które fundusz kontraktuje, trafiają do szpitalnych oddziałów ratunkowych, trafiają do lekarzy rodzinnych, trafiają również do nocnej wyjazdowej pomocy lekarskiej. Tych źródeł mamy więc bardzo wiele. Nikt nie twierdzi, bo dane funduszu również o tym mówią, że pacjenci do szpitalnych oddziałów ratunkowych nie trafiają. I to jest odpowiedź na wątpliwości pana senatora: tak, trafiają.

My natomiast chcemy wziąć pod uwagę w projekcie, w konkursie na drugą część roku w zakresie lecznictwa szpitalnego i w ramach środków finansowych, o których pan minister wcześniej wspominał, liczbę zdarzeń medycznych w SOR jako czynnik warunkujący stawkę SOR na drugie półrocze. Oczywiście w tym projekcie, który od 6 maja wisi na stronach internetowych funduszu i który jest w trakcie konsultacji, jest pokazany schemat wyliczeniowy stawki, która będzie składała się z dwóch elementów: pierwsza składka za strukturę, czyli za gotowość, za organizację SOR, a druga składka za funkcję, a więc za liczbę. Ale ta liczba zawiera w sobie różne składowe, dlatego że możemy sobie wyobrazić pacjentów, którzy są klasycznie bezpośrednio zakwalifikowani do SOR w rozumieniu katalogu świadczeń opracowanego przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej i możemy sobie wyobrazić grupę pacjentów, która jest grupą pacjentów ze schorzeniami kwalifikującymi, powiedzmy, do POZ, oczywiście potocznie rzecz ujmując. W tym projekcie, który wisi na stronach internetowych, który jest w konsultacjach, który niedawno został przekazany do zaopiniowania konsultantom krajowym, również poza tą częścią konsultacji społecznych, jest zróżnicowanie punktacji. Czyli fundusz proponuje rozwiązanie, w którym SOR przyjmujący pacjentów i tych z POZ, umownie, i tych z SOR, będzie miał to wliczane do stawki bazowej w różnej proporcji. Na przykład w przypadku pacjentów, którzy są



w tak zwanym układzie POZ, przelicznik czy wskaźnik będzie wynosił 1, a w przypadku pacjentów zaliczanych do SOR będzie on wynosił 7–10, w zależności od tego, czy pacjent trafi na oddział, czy nie i w jakim stanie obciążenia.

Jest to zawarte w tym projekcie i zachęcam państwa do zapoznania się i wniesienia uwag, jeżeli po państwo ocenią, że to konieczne. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pan Filip, „Solidarność”.

**Doradca w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia  
NSZZ „Solidarność”**

**Krzysztof Filip:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący. Dziękuję za zaproszenie.

Panie i Panowie Senatorowie!

Poruszaliście państwo właściwie już większość spraw, o których miałem mówić, ale my mamy tutaj jeszcze pytania. Mówię „my”, bo wypowiadam się w imieniu krajowej sekcji pogotowia ratunkowego i pomocy doraźnej.

Pierwsze pytanie. Z wypowiedzi pana ministra Twardowskiego zrozumiałem, że państwo intensywnie myślą nad tym problemem, który poruszył senator Kraska, mianowicie takim, że pomoc świadczona po godzinie 18.00 jak najbardziej powinna być załatwiana właśnie przez pomoc doraźną, przez to, co teraz jest pogotowiem, bo tak kompleksowo wypadaloby, tylko że padła data. Nie wiem, czy dobrze zrozumiałem, 2010 r., tak?

(*Głos z sali:* Nie.)

To źle zrozumiałem.

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

Mogę ad vocem?

Wie pan, nawet się zastanawiałem, już rozmawiając z funduszem, czy nie można by było tego nawet wcześniej zrobić, bo problem jest. Najpóźniejsza data do realizacji, jeżeli chodzi o rozwiązanie tej pomocy doraźnej, to jest 1 stycznia 2009 r., a nie 2010 r. Jeżeli chodzi 2010 r., to mówimy o podzieleniu funduszu. To, o czym mowa, byłoby od przyszłego roku, bo do końca tego roku wszyscy mają podpisany kontrakt. Wypowiadanie go itd. mogłoby spowodować różnego rodzaju niezadowolenie. Tak naprawdę to mnie ręka swędziała, żeby to zrobić już od 1 lipca, ale chyba jakoś wytrzymamy, problem jest do rozwiązania. Myślę, że go rozwiążemy dobrze, ku zadowoleniu wszystkich.

**Doradca w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia  
NSZZ „Solidarność”**

**Krzysztof Filip:**

Dziękuję za uspokojenie. Leje mi pan miód na serce, bo to są ważne sprawy.

Drugie pytanie, to już do Ministerstwa Zdrowia, jest następujące: czy państwo rozważali dalszy etap kształcenia ratowników, a mianowicie żeby to były nie tylko studia licencjackie, ale i studia magisterskie? To pan o tym wspomniał, tak? Ale jeśli tak,

to kiedy? Chodzi o to, że kompetencje ratownika magistra byłyby inne niż ratownika licencjata. Wyeliminowalibyśmy ten dziwny twór – szkoły policealne. Czy to było rozważane i kiedy to mogłoby być zrealizowane?

Trzecie pytanie skierowane jest i do ministerstwa, i do Narodowego Funduszu Zdrowia. Są różnice w stawkach za nową karetkę w poszczególnych regionach kraju. Jak się państwo zapatrują na próbę zrównania tych kosztów? I to na tym poziomie, który powinien zapewnić rentowność.

Ostatnie pytanie dotyczy naszego nieśmiertelnego tematu, którego os jakiegoś czasu się nie porusza. Mianowicie, ci pracownicy, którzy są teraz kierowcami albo kierowcami i sanitariuszami, do 2010 r. mogą uzupełnić swoje kwalifikacje, ale wygląda to różnie w różnych regionach. Część z nich się po prostu do tego nie pali, ale za to dyrektorzy palą się do tego, żeby się szybko pozbyć tych ludzi. Czy państwo to zamierzają monitorować, a jeśli tak, to czy ministerstwo będzie podtrzymywało swoją deklarację, że przewidziany w ustawie termin na dostosowanie jest terminem niewzruszalnym? Takie zapewnienie czy takie oświadczenie uzyskaliśmy 14 marca podczas spotkania z panią minister. Wprawdzie zapowiadane jest następne spotkanie, ale ten problem powinien być w jakiś sposób monitorowany. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę, Panie Ministrze.

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

Po kolei, odnośnie do ratowników medycznych jeszcze uzupełnię, bo nie odpowiedziałem panu senatorowi Karczewskiemu.

Oczywiście ci ratownicy, którzy w tej chwili są ratownikami, nadal będą mogli być ratownikami, nawet jak podejmiemy decyzję, że będą kształceni w systemie licencjackim, na zasadzie praw nabytych, bo nie możemy przecież tych ludzi pozbawić uprawnień z dnia na dzień. Oczywiście muszą też się kształcić, tak jak lekarze muszą poszerzać, ugruntowywać swoją wiedzę itd. W związku z tym to zostanie zagwarantowane. Nie mamy powodu, żeby kogoś z tego systemu wyrzucać, na zasadzie praw nabytych. Byli, świadczą, powinni się oczywiście też kształcić, jak mi tu podpowiada pan profesor Jakubaszko, i słusznie, ale będą mogli w systemie pracować. Niedługo podejmiemy być może decyzję, w uzgodnieniu z Ministerstwem Nauki i Szkolnictwa Wyższego, że szkoły policealne tego typu zostaną zamknięte, czyli ci, którzy rozpoczęli naukę, muszą mieć prawo ją dokończyć, bo taka jest też zasada praw nabytych. No bo jak ktoś się już rok uczył, to co teraz miałby zrobić?

Jeżeli chodzi o studia magisterskie, na razie na ten temat dyskusji nie było. Wydaje się, że stopień licencjata wystarczy do tego, żeby być ratownikiem. Na razie tyle mogę na ten temat powiedzieć. Czyli jak na razie nie rozważano, żeby to były studia magisterskie. Czy w przyszłości będzie inaczej? Nie odpowiem panu wprost, bo się jeszcze nad tym nie zastanawialiśmy. Doszliśmy do wniosku, że studia licencjackie z powodzeniem umożliwią ratownikom sprawowanie swojej funkcji na odpowiednim poziomie.

Jeżeli chodzi o płacenie za dobokaretkę, jest różnie w różnych miejscach kraju. Średnia stawka za dobokaretkę w 2008 r. kształtuje się na poziomie 2 tysięcy 605 zł. Jest ona różna w różnych miejscach, tak jak, proszę państwa, są różnie wyceniane świadcze-

nia, na przykład za punkt za świadczenie specjalistyczne czy punkt za leczenie szpitalne itd. Tak że obciążenia dobokaretek też są różne w zależności od tego... W tej materii moją wypowiedź doprecyzuje przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia.

Następne pytanie: te zmiany wprowadzimy od 1 stycznia 2009 r. Jeżeli chodzi o spotkanie z panią minister, o którym pan wspomniał... O co jeszcze pan pytał? Bo wyleciało mi z głowy.

*(Doradca w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Krzysztof Filip: Pytałem o sanitariuszy i kierowców, czy państwo to monitorują?)*

Już mam. To jest właśnie czwarte pytanie, które mi wyleciało z głowy.

Powiem panu tak: w państwie polskim dawanie takich deklaracji od razu jest wysoce niebezpieczne – vide dowody osobiste. Proszę do 2010 r. uzupełniać kwalifikacje. Dobrze mnie pan chyba zrozumiał: w naszym państwie, jeżeli coś poluzujemy, natychmiast wszyscy przestaną cokolwiek robić. Zgadza się pan ze mną? To dziękuję. Bo będzie tak jak z dowodami osobistymi.

*(Doradca w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Krzysztof Filip: Zgadzam się, że w części przypadków może tak być, ale nie w każdym.)*

W związku z tym przyjmijmy taki termin, jaki jest, a my oczywiście będziemy się temu przyglądać, monitorować. Na przykład kiedy w kierownictwie laboratoriów gdzieś tam nie mogli uzupełnić jakiejś specjalizacji, pochylił się nad problemem i przedłużył, byliśmy otwarci. Chcielibyśmy jednak, żeby te kwalifikacje były uzupełniane, jest jeszcze sporo czasu.

#### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pani senator Fetlińska.

*(Doradca w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Krzysztof Filip: Można jeszcze porwrócić do tej dobokaretki?)*

Bardzo proszę.

#### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski:**

Opłata za dobokaretkę w tej chwili wynosi średnio 2 tysiące 605 zł. Pałeczka jest po stronie świadczeniodawców i po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia przy kontraktowaniu na drugą połowę roku.

#### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pan prezes chciał uzupełnić, tak?

Bardzo proszę.

#### **Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Zbigniew Teter:**

Proszę państwa, tak jak powiedziałem, nie lubię używać tego słowa, ale jeżeli chodzi o ratownictwo medyczne Narodowy Fundusz Zdrowia działa jak księgowy, czyli dysponuje budżetem, który został NFZ przekazany, w szczególności jego oddziałom, przez wojewodów. Wojewodowie opracowują plan, wojewodowie zabezpieczają budżet. Jeżeli wojewoda kupił dziesięć karetek więcej w porównaniu z poprzednim rokiem, a nie zabezpieczył na nie środków w budżecie, to cena za dobokaretkę jest w danym województwie niższa. Mimo to

średnie ceny, jeżeli chodzi o lata 2007 i 2008 wzrosły, bo średnia cena w zespołach ratownictwa medycznego typu S, specjalistycznego, w 2007 r. wynosiła 2 tysiące 195 zł, a w 2008 r. – 2 tysiące 968 zł, w zespołach ratownictwa medycznego typu P w 2007 r. wynosiła 1 tysiąc 676 zł, a w 2008 r. – 2 tysiące 278 zł. Narodowy Fundusz Zdrowia może się więc poruszać tylko w ramach budżetu, który jest przekazany na rezerwę celową.

Chciałbym jeszcze uzupełnić projekt, który będzie dotyczył finansowania szpitalnych oddziałów ratownictwa medycznego. Oczywiście ten projekt przygotowany jest według bieżącego stanu prawnego, obowiązującego w tym roku, opiera się na ustawach, które obowiązują. Jest to w pewnym sensie otwarcie na to, co mówiono o finansowaniu w czasie dyskusji w Ministerstwie Zdrowia, i na to, o czym mówił pan profesor Jakubaszko, czyli, na przykład, płacenie za gotowość – z budżetu, plus za procedury – z innego źródła. Spróbowaliśmy w tym projekcie pokazać tę kwotę bazową, pan profesor Jakubaszko może to nazwać kwotą podstawową, gwarantowaną, plus płacenie za procedury. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Pani senator Fetlińska, bardzo proszę.

**Senator Janina Fetlińska:**

Dziękuję bardzo.

Wrócę jeszcze do spraw kształcenia ratowników medycznych. Jeżeli studia licencjackie trwają w tej chwili trzy lata, co daje trzy tysiące osiemset godzin, a w wypadku studiów policealnych przeprowadza się obecnie dwa tysiące sto godzin zajęć, zostaje nam do uzupełnienia jeden tysiąc siedemset godzin, czyli można byłoby stworzyć studia pomostowe, tak samo jak dla pielęgniarek, może nawet o nieco zwiększonej liczbie godzin, żeby uzupełnić wykształcenie. Można byłoby dać szansę osobom mającym matury na ukończenie studiów w ciągu dwóch lat czy nawet trzech lub czterech semestrów, szansę na zachowanie zawodu i rozwój w zawodzie. Myślę, że to jest jakiś pomysł i należałoby go rozważyć, na pewno jest tańszy niż inne formy.

*(Głos z sali: To jest bardzo dobry pomysł.)*

Sugerowałabym więc, żeby podjąć taką inicjatywę, byłoby to z dobrym skutkiem dla sprawy. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo dziękuję.

Jeszcze?

Bardzo proszę.

**Senator Waldemar Kraska:**

Ja do pana ministra. Tutaj w materiałach mamy informację, że pierwszy etap prac zakończą państwo w pierwszej dekadzie czerwca. A kiedy należy się spodziewać ewentualnie jakichś efektów w postaci nowelizacji tej ustawy?

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Przygotowania projektu nowelizacji.)*

**Senator Janina Fetlińska:**

Przepraszam, bo kolega bardzo się śpieszył z tym pytaniem, a ja chciałabym jeszcze uzupełnić moje pytanie. Jeśli chodzi o studia magisterskie, w tej chwili nic nie stoi na przeszkodzie, żeby absolwenci licencjackich studiów ratownictwa medycznego ukończyli na przykład kierunek zdrowie publiczne lub uzupełniające studia magisterskie, no na przykład, dwuletnie uzupełniające studia magisterskie z pedagogiki. Jest to więc jakiś sposób dla osób, które chcą się rozwijać w zakresie kształcenia magisterskiego. Oczywiście rozważano kiedyś, nawet w ministerstwie, stworzenie studiów magisterskich w ratownictwie, ale uznano, że w tej chwili, na tym etapie, nie bardzo jest to możliwe. Myślę więc, że ktoś, kto bardzo chce być magistrem, może sobie te studia uzupełnić w systemie bolońskim na nieco innym, ale kompatybilnym kierunku. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tu zresztą w jakiejś mierze przykładem jest Szwecja, gdzie pielęgniarki kończą studia na licencjacie, a potem, jeśli już chcą robić magisterium, idą na jakiś inny kierunek kształcenia medycznego.

Myślę, że można mówić o podobnym rozwiązaniu dla ratowników.

Bardzo proszę, jeszcze pan senator Kraska.

*(Głos z sali: Już.)*

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski: Już był, Panie Senatorze.)*

Aaa!

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Twardowski: To ja odpowiem.)*

Bardzo proszę.

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

Odpowiem i będziemy kończyć, bo na godzinę 15.00 muszę iść na posiedzenie kierownictwa w sprawie listy leków refundowanych, na którą wszyscy czekają, będę więc musiał państwa opuścić.

Pani Senator, bardzo dziękuję za uzupełnienie mojej odpowiedzi i myśli pana profesora Jakubaszki, że jeżeli ktoś będzie licencjatem, nic nie stoi na przeszkodzie, żeby sobie uzupełnił studia na kierunku zdrowie publiczne i będzie magistrem, jeśli będzie sobie tego życzył. Myślę, że to jest bardzo dobry pomysł. Dziękuję za przypomnienie, bo to jest rzeczywiście w tej chwili możliwe do realizacji.

Jeżeli natomiast chodzi o uzupełnienie kształcenia ten jeden tysiąc siedmset godzin, na pewno jest to do rozważenia. Nie mówię, że to jest natychmiast do realizacji, bo oczywiście należy to omówić z uczelniami itd. Ale tu jest też nasz przedstawiciel, zapiszemy to jako ewentualny problem do rozwiązania, bo trzeba byłoby wysłuchać, czy są chętni itd.

*(Głos z sali: Przymuszeni ustawą do uczenia.)*

Z przymuszaniem ustawą byłbym ostrożny, bo mówię: na zasadzie praw nabytych trzeba ludziom uznawać to, co mają, prawda? Czyli od momentu rozpoczęcia czegoś nowego nakładamy jakiś ciężar, ale uznajemy prawa nabyte tym, którzy są już w tym systemie na różnych stanowiskach. Tak samo jest, proszę państwa, jeżeli chodzi o procedowanie ustawy, którą w tej chwili mamy w obróbce wewnętrznej, o zawodach

medycznych. Tam będziemy mieli określone już dwadzieścia trzy zawody medyczne i też będziemy nakładać większe obowiązki na tych, którzy w momencie wejścia w życie tej ustawy będą chcieli ten zawód zdobywać, ale tym, którzy są w nim od lat, musimy uznać ich prawa nabyte, w związku z tym tak samo chcemy zrobić z ratownikami. Nie możemy robić tego na zasadzie, że każdy musi, skoro oni się już sprawdzili, są dobrymi praktykami i, jak słyszymy, nic złego – i miejmy nadzieję, że dalej tak będzie – nie wydarzyło się w ratownictwie medycznym. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, widzę, że wyczerpaliśmy pytania i dyskusja już się kończy. Nie taję, że zwołując to posiedzenie nie wiedziałem, że tak bardzo intensywnie prowadzone są prace. Bardzo się cieszę, że są prowadzone...

*(Głos z sali: Pracujemy, Panie Senatorze.)*

...prace nad nowelizacją tej ustawy. Dzisiaj w naszych dyskusjach kwestia kształcenia na poziomie licencyjnym wydawała się oczywista dla ratowników, jest oczywista w dalszym ciągu. I myślę, że dobrze, iż jest rozważana kwestia finansowania SOR. Jest kwestia liczby CPR, jest kwestia standardów lotnisk dla naszych helikopterów. Ale przede wszystkim ważne jest to, że wszyscy mamy poczucie, iż jednak nastąpiła zmiana jakościowa w momencie, gdy ustawa o ratownictwie została wdrożona, bo w tej chwili jest już nad czym pracować, zbieramy doświadczenia. Chciałbym wszystkim uczestnikom dzisiejszej dyskusji bardzo podziękować. Dziękuję bardzo.

Zamykam tę część posiedzenia komisji.

Są jeszcze sprawy bieżące.

Bardzo państwu dziękuję. Bardzo dziękuję panu ministrowi i panu profesorowi za obecność.

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

Bardzo dziękujemy.

*(Przerwa w obradach)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę o zajęcie miejsca.

*(Rozmowy na sali)*

Sprawy bieżące. Głos ma pan senator Klimowicz.

**Senator Paweł Klimowicz:**

Szanowny Panie Przewodniczący!

Zwracam się do pana z wnioskiem, który zapowiedziałem na ostatnim posiedzeniu komisji, o umieszczenie w porządku obrad Komisji Zdrowia tematu: Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie Prokocimiu – wniosek o ustanowienie wieloletniego programu inwestycyjnego.

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie jest szpitalem ostatniej szansy dla najciężej chorych dzieci z terenu całego kraju. Leczone są w nim dzieci w zakresie wszystkich specjalności pediatrycznych i chirurgicznych. Szpital jest jedyną placówką w regionie, w której leczone są najcięższe przypadki wad wrodzonych, nowotworów oraz oparzenia. Leczone są ofiary wypadków oraz wcześniaki ze skrajnie niską masą urodzeniową.

Znaczna część szpitala, przede wszystkim zbudowane ponad czterdzieści lat temu sale operacyjne oraz oddziały intensywnej terapii nie spełniają już nowoczesnych standardów i muszą zostać szybko zmodernizowane. Ze względu na zakres koniecznych do realizacji przedsięwzięć, modernizacja szpitala nie może zostać dokonana w ramach środków posiadanych przez jednostkę lub jej organ założycielski, czyli Uniwersytet Jagielloński.

Dlatego proponuję, Panie Przewodniczący, abyśmy zaprosili panią minister zdrowia, pana rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego, marszałka województwa małopolskiego, prezydenta miasta Krakowa oraz dyrektora szpitala, pana doktora habilitowanego Macieja Kowalczyka i przewodniczącą Rady Społecznej szpitala, profesor Marię Szewczyk.

Za szczególnie istotne uważam zaproszenie minister zdrowia, celem posiedzenia powinno być bowiem nie tylko zapoznanie się z sytuacją szpitala, ale przede wszystkim przedstawienie przez panią minister polityki rządu w tej sprawie, na co bardzo liczę, Panie Przewodniczący. Dziękuję.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

#### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

To jest wniosek o ustanowienie wieloletniego programu inwestycyjnego. Nie taje, że to jest sprawa precedensowa, nigdyśmy nad czymś takim w mojej praktyce nie radzili, bo jest...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Ale też, jeśli można, chciałbym po prostu... Rozumiem ideę, rozumiem...

*(Brak nagrania)*

#### **Senator Janina Fetlińska:**

Chciałabym jeszcze przypomnieć, że jutro, o godzinie 10.30, jest otwarcie wystawy, a ponieważ o 10.50 jest już konwent, mamy tylko dwadzieścia minut na otwarcie. Tak że bardzo bym prosiła, żeby obydwa kluby się stawiły, cała nasza komisja na to...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Wystawa o Stanisławie Konopce, twórcy Głównej Biblioteki Lekarskiej, o bibliotece i o dziele jego życia. Dziękuję bardzo.

#### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dobrze.

Chciałbym przypomnieć, że 28 i 29 maja mamy posiedzenia komisji. Bardzo proszę, żeby państwo jednak na nie zjechali, bo to nie jest...

*(Głos z sali: Którego?)*

28, 29 maja, będą dwa dni.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak. 29 maja – niepełnosprawni, posiedzenie wspólne z Komisją Rodziny i Polityki Społecznej.

*(Głos z sali: Czy pan przewodniczący zaprasza nas dodatkowo na to spotkanie?)*

Nie, posiedzenie jest...

*(Głos z sali: Normalne posiedzenie, nie jakieś nadzwyczajne, czy nadzwyczajny temat. Kolejne, normalne posiedzenie, na które wszyscy przychodzą?)*

Posiedzenie, które jest obowiązkowe, tak.

Bardzo dziękuję.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 00)*





Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851