

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 3)

z dnia 14 grudnia 2011 r.

Komisja Zdrowia (nr 3)

14 grudnia 2011 r.

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

– omówiła informację ministra zdrowia o kierunkach planowanych działań resortu w zakresie poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w latach 2012-2015;

– zaopiniowała projekt zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2011 rok.

W posiedzeniu udział wzięli: **Bartosz Arłukowicz** minister zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jacek Paszkiewicz** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Elżbieta Walczak** naczelnik w Ministerstwie Finansów wraz ze współpracownikami, **Piotr Wasilewski** wicedyrektor Departamentu Zdrowia w Najwyższej Izbie Kontroli, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Urszula Michalska** przewodnicząca Rady Branżowej Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, **Maria Ochman** przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”, **Joanna Zabielska-Cieciuch** przedstawicielka Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Iwona Borchulska** przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami, **Paweł Sztwiertnia** dyrektor generalny Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, **Cezary Śledziwski** prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, **Maciej Hamankiewicz** prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, **Elżbieta Garwacka-Czachor** wiceprezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, **Grzegorz Kucharewicz** prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, **Irena Rej** prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Jacek Adamski** przedstawiciel Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych „Lewiatan” oraz **Grzegorz Byszewski**, **Krzysztof Kępiński** i **Paulina Kieszkowska-Knapik** przedstawiciele Pracodawców RP.

W posiedzeniu udział wzięli lobbyści: **Anna Kadzikiewicz** z Viewpoint Group oraz **Sławomir Cieśliński** z Medien Service.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegorzka**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Chciałbym rozpocząć posiedzenie Komisji. Witam na posiedzeniu naszej Komisji przede wszystkim pana ministra Bartosza Arłukowicza. Witam panów ministrów. Witam panie i panów posłów. Rozumiem, że dzisiaj jest wyjątkowy dzień, bo tak jak jest z publiczną prezentacją, z debiutem, zawsze wzbudza to sporo emocji i zainteresowań.

Chciałbym tylko na początek przekazać komunikat, może mniej przyjemny, że wyjątkowo tak dużo gości zostało dzisiaj zaproszonych, czy uzyskało zgodę na udział w posiedzeniu Komisji. Sami państwo wiedzą, że parlament jest miejscem, gdzie tworzy się prawo i najważniejszy głos należy do posłów, a tak mi się wydaje, że ci, co stoją pod ścianami, to są właśnie panie i panowie posłowie. Z całym szacunkiem, będziemy musieli – i proszę o wyrozumiałość – ograniczyć zaproszenia na posiedzenia Komisji. To nie jest miejsce uzgodnienia określonych aktów prawnych. To jest miejsce dyskusji i pracy, musimy więc mieć przynajmniej minimum warunków do tego, żeby tę pracę w miarę rozsądnie prowadzić.

Jeszcze raz chciałbym przywitać pana ministra. Porządek naszego dzisiejszego posiedzenia Komisji składa się z dwóch punktów. Pierwszy punkt, to jest informacja pana ministra o kierunkach planowanych działań resortu w zakresie poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w latach 2012-2015. Zdaję sobie sprawę z tego, że jesteśmy w przededniu 2012 r. i pewnie w związku z tym ogromne kontrowersje i zainteresowanie strony społecznej wzbudza procedura wdrażania, wprowadzania w życie tak zwanego pakietu ustaw zdrowotnych. Pewnie pan minister rozwieje nasze wątpliwości dotyczące przygotowania, ewentualnie uspokoi opinię publiczną, że te zmiany, które 15 kwietnia – przypominam, to już prawie trzy kwartały temu – zostały przyjęte przez Sejm, będą dobrze wdrożone od 1 stycznia 2012 r.

Chcielibyśmy również, panie ministrze, posłuchać o pewnych zamierzeniach w dłuższym okresie, czyli kadencji. Jakie będą zamierzenia ustawowe? Nie oczekuję, żeby od razu był przedstawiony harmonogram prac, bo to jest sprawa wewnętrzna rządu, i to rząd decyduje, jakie ustawy kieruje do Komisji i do Wysokiej Izby. I myślę, że na tym by był wyczerpany punkt pierwszy. Dopuszczam oczywiście krótką dyskusję, ale raczej nie na kierowanie manifestów politycznych, bo nie czas i miejsce na to – szkoda na to czasu – a na konkretne, rzeczowe pytania do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Na tym wyczerpalibyśmy pierwszy punkt dzisiejszego porządku dziennego.

Drugi punkt obejmuje sprawę już typowo rutynową, wynikającą z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Otóż, do Komisji wpłynął projekt zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2011 i, zgodnie z literą ustawy o świadczeniach zdrowotnych, trzeba będzie ten projekt planu zaopiniować. Dziękuję bardzo.

Panie ministrze, proszę uprzejmie o przedstawienie krótkiej informacji.

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

Panie przewodniczący, na wstępie chciałbym bardzo serdecznie powitać pana przewodniczącego, panie i panów przewodniczących, koleżanki i kolegów, z którymi od kilku lat zasiadałem w Komisji Zdrowia. Szczególnie gorąco witam nowe koleżanki i kolegów, którzy zasiadają w Komisji Zdrowia. Bardzo serdecznie witam wszystkich gości i przedstawicieli samorządów, organizacji, związków zawodowych i wszystkich tych, którzy zechcieli dzisiaj wziąć udział w naszym spotkaniu po to, żebyśmy mogli podyskutować o priorytetach, wyzwaniach, celach i strategii polskiej ochrony zdrowia.

Na samym wstępie chciałbym rozwiać wszelkie wątpliwości i na samym wstępie chciałbym bardzo wyraźnie podkreślić, że od 1 stycznia 2012 r. polski pacjent będzie bezpieczny u lekarza, w aptece i w szpitalu. Chciałbym przeciąć wszelkiego rodzaju spekulacje, które pojawiają się na ten temat, i rozwiać wszystkie wątpliwości już na wstępie.

Drodzy państwo, jest mi szczególnie miło i jest to dla mnie wielki zaszczyt móc występować przed państwem i rozpocząć wielką kilkuletnią debatę na temat tego, w jaki sposób będziemy zmieniać polski system ochrony służby zdrowia. Chciałbym zaznaczyć, że znam ten system dobrze i znam go od wielu lat. Znam go z pozycji studenta medycyn. Znam go z pozycji praktykującego lekarza. Znam go z pozycji lekarza pogotowia ratunkowego. Znam go z pozycji wykładowcy akademickiego. Znam go też z pozycji samorządowca, parlamentarzysty, a dzisiaj z pozycji szefa resortu zdrowia.

Moja poprzednia funkcja, którą sprawowałem w rządzie, tak naprawdę, wiązała się zaangażowaniem w pomoc najsłabszym, w koordynowanie międzyresortowej współpracy na rzecz ludzi, którzy wypadają z głównego obiegu życia społecznego. Uważam, że rolą ministra jest mądre i użyteczne połączenie dotychczasowych priorytetów. I rolą ministra zdrowia jest także uczestniczenie w procesie takiej koordynacji, takich działań, które służyć będą ochronie najsłabszych.

Jest takie powiedzenie, które chciałbym, aby stało się mottem mojej pracy w resorcie, mottem tego, czym zamierzam zajmować się przez następne lata – zdrowa starość zaczyna się w zdrowym dzieciństwie. Takie motto pokazuje, tak naprawdę, sedno problemu, czy całościowego podejścia do system ochrony zdrowia.

System ochrony zdrowia należy traktować całościowo. Jest to system różny, składający się z różnych systemów, ale działający jak system naczyń połączonych. Myślę, że

nie powinniśmy omawiać systemu ochrony zdrowia w Polsce w oderwaniu i fragmentarycznie. Musimy na niego spojrzeć całościowo, kompleksowo, ale także w perspektywie kilku najbliższych lat. Oczywiście mam pełną świadomość, że resort zdrowia i system ochrony zdrowia to seria sytuacji nagłych, z którymi spotykaliśmy się, spotykamy się i zawsze będziemy się spotykać, ale chciałbym, aby priorytetem mojego działania było jednak kompleksowe i strategiczne spojrzenie w przyszłość, przy oczywistym zaangażowaniu w sprawy codzienne.

Dla usystematyzowania mojej wypowiedzi, podkreślając to, że będę się starać mówić krótko, podzieliłem moją wypowiedź na kilka części – na strategię, cele i wizję. Pkt 2, to monitoring działań, które będziemy podejmować w najbliższych latach, szczególnie w roku 2012. I pkt 3, to planowane zmiany legislacyjne.

Jeśli chodzi o strategię i wizję, myślę, że na system ochrony zdrowia powinniśmy patrzeć wielopunktowo, wielosektorowo, jednak z przeświadczeniem, że jest to system naczyń połączonych.

Leczenie. Leczenie jest najważniejszym wyzwaniem, jakie stawiamy przed systemem ochrony zdrowia, przed lekarzem, przed wszystkimi ludźmi, którzy są zaangażowani w proces badania, leczenia, diagnozowania, rehabilitacji, a przede wszystkim rehabilitacji polskiego pacjenta.

Chciałbym, a właściwie podjąłem decyzję, że tak będzie pracować resort, którym kieruję, aby myślą przewodnią była zmiana systemu myślenia o całym systemie ochrony służby zdrowia w Polsce. Chciałbym, żebyśmy zmienili myślenie i postrzeganie systemu ochrony zdrowia z mówiącego o tym, że finansujemy chorowanie na myślenie o systemie ochrony zdrowia jako o systemie, którym wspieramy to, aby pacjent był zdrowy, wspieramy tych, którzy w sposób najskuteczniejszy i najszybszy doprowadzają pacjenta do zdrowia. Żebyśmy zmienili myślenie o finansowaniu takim, kiedy to płacimy za chorobę, na myślenie takie, w którym płacimy za zdrowie. To jest strategiczny kierunek myślenia, który chciałbym przyjąć.

Jak do tego dojść? Jest na to kilka sposobów. Myślę, że wielkim wyzwaniem, jakie stawiamy wszyscy przed sobą, a już na pewno wszyscy lekarze, to jest doprowadzenie do standaryzacji świadczeń medycznych. Myślę, że jest to ogromne wyzwanie, które stoi przed polską medycyną – i przed europejską medycyną, która radzi sobie z tym problemem już znacznie lepiej niż my. Standaryzacja na każdym etapie, jasno określone kompetencje i jasno określony system kontroli wykonywania kompetencji.

Kolejny punkt, który chciałbym zrealizować w myśleniu strategicznym o przebudowie polskiego systemu ochrony zdrowia, to jest zbudowanie systemu opieki koordynowanej, której celem jest to, aby trzy podstawowe filary systemu ochrony służby zdrowia, a mianowicie lekarz rodzinny, lekarz specjalista i szpital, te trzy instytucje ze sobą współdziałały, żebyśmy potrafili w skuteczny sposób wprowadzić zarządzanie ruchem pacjentów.

Chciałbym, żeby te trzy filary polskiego systemu ochrony zdrowia były koordynowane organizacyjnie, merytorycznie, a przede wszystkim chciałbym – podkreślam to bardzo wyraźnie, i będę do tego wracać, w tym także finansowo – żebyśmy premiowali tych, którzy potrafią ze sobą współpracować. Chciałbym, żeby polski pacjent czuł się bezpieczny, żeby wiedział, żeby miał pewność, kiedy wędruje od lekarza rodzinnego do lekarza specjalisty, że lekarz specjalista rozmawia o jego chorobie z lekarzem rodzinnym. Kiedy polski pacjent wędruje do szpitala, chciałbym, żeby był przekonany o tym, że jego lekarz rodzinny wie, co z nim się w tym szpitalu dzieje i kiedy ten pacjent, i w jakim stanie, do niego wróci. Chciałbym też, żeby lekarz specjalista rozmawiał i współpracował z lekarzem rodzinnym. Nazwalismy to systemem opieki koordynowanej – systemem, który ma być jednym z elementów zmniejszenia kolejek do polskich specjalistów. Jest rzeczą oczywistą, że pacjenci do specjalistów trafiać muszą, ale muszą trafiać dobrze zdiagnozowani, przynajmniej wstępnie, z wykonanymi wszystkimi koniecznymi badaniami podstawowymi. I chciałbym też, żeby ten specjalista, który przejmuje pacjenta od lekarza rodzinnego, był z nim w stałym kontakcie. Czasem wystarczy po prostu do siebie zadzwonić, żeby poprawić jakość funkcjonowania pacjenta w polskim systemie ochrony zdrowia. Chciałbym, żeby te trzy filary – podkreślę jeszcze raz: lekarz rodzinny,

lekarz specjalista i szpital – koordynowały swoją współpracę, i żeby system płatniczy w Polsce, płatnik, premiował tych, którzy ze sobą współpracują i tworzą system, w którym pacjent czuje się bezpieczny, w którym potrafimy zarządzać ruchem pacjenta.

Jakie mechanizmy mogą jeszcze temu służyć? Podkreślę bardzo wyraźnie – rozwój nowoczesnych technologii i telemedycyna. Chciałbym, żeby telemedycyna i rozwój nowoczesnych technologii w polskiej medycynie stały się takim samym wyzwaniem, jak wieloletnie dyskusje na temat struktury zarządczej polskich szpitali, struktury finansowania, systemu funkcjonowania pacjentów. Dzisiaj stajemy przed wyzwaniem nowoczesnych technologii, innowacji i telemedycyny. Naprawdę, bezpieczniejszy dla polskiego pacjenta, wygodniejszy dla polskiego lekarza i skuteczniejszy oraz tańszy dla polskiego systemu ochrony zdrowia będzie system, w którym lekarz w niewielkim szpitalu, przy pomocy technik tak naprawdę już powszechnie dostępnych, będzie mógł skonsultować badanie obrazowe z lekarzem specjalistą będącym w innym ośrodku. To nie jest wyzwanie na miarę XXII-XXIII wieku. To jest wyzwanie na miarę dnia dzisiejszego. I my to zadanie chcemy podjąć.

Ale chciałbym, żebyśmy w całym systemie standaryzacji, opieki koordynowanej, zarządzania ruchem pacjenta, telemedycyny, nie zapomnieli o rzeczy najważniejszej. Chciałbym, żebyśmy przyjęli jako priorytet, jako resort, administracja, lekarze, pielęgniarki, polskie szpitale i polskie przychodnie, że pacjent nie jest spisem procedur. Zadbam o to z całą siłą i energią, że pacjent musi być w systemie podmiotem. Ja wiem – z lekkim niepokojem spoglądam w stronę prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – że w nomenklaturze pacjent nazywany jest świadczeniobiorcą, ubrany jest w procedury i w przepisy. I pewnie tak być musi, ale dla nas, dla lekarzy, dla pielęgniarek, dla systemu, którym kierujemy, pacjent musi być przede wszystkim człowiekiem.

Sam jestem lekarzem i wiem, jak wiele czasu spędzam na wypełnianiu biurokratycznych obowiązków i administracji. Jestem lekarzem, który przez wiele lat wypełniał te wszystkie dokumenty, które państwo dziś wypełniają. Zrobię też wszystko, aby lekarz przede wszystkim zajmował się leczeniem i bezproblemowym odzyskiwaniem refundowanych stawek, ale głównie zrobię wszystko, aby pacjent stał się podmiotem. To będzie sprzyjać efektywniejszemu wydawaniu pieniędzy.

Finansowanie – kolejny punkt. Nie ma państwa w Europie i świecie, w którym jest wystarczająco dużo pieniędzy w systemie zdrowia. Jeśli poczytamy zachodnie dzienniki, tygodniki, przeanalizujemy serwisy medyczne, dostrzeżemy problem niedofinansowania służby zdrowia w każdym z państw Europy, niezależnie od systemu, który jest tam zbudowany. Także w państwach pozaeuropejskich. W związku z tym pieniędzy jest, i pewnie zawsze będzie, za mało, bo medycyna jest dziedziną wiedzy, która rozwija się w sposób niezwykle dynamiczny, i wszyscy o tym wiemy. Jeśli chcemy nowoczesnie leczyć, jeżeli chcemy leczyć skutecznie, zgodnie ze standardami światowymi, to musi kosztować, ale możemy też wzajemnie podjąć się zmiany myślenia o finansowaniu polskiej ochrony zdrowia.

Chciałbym, żeby podstawowym warunkiem wysokości finansowania była ocena jakości i skuteczności przeprowadzanego leczenia. Chciałbym, żebyśmy finansowali i premiowali tych, którzy w maksymalnie krótkim czasie osiągają zamierzony efekt kliniczny. Chcę, żebyśmy premiowali tych, którzy gwarantują minimalne bezpieczeństwo, a właściwie wystarczające bezpieczeństwo i chronili pacjenta przed efektami niepożądanymi. Chcę, żebyśmy premiowali w finansowaniu tych, którzy gwarantują pacjentowi satysfakcję. Ja wiem, że jest to wskaźnik trudno mierzalny, ale podejmiemy się tego wyzwania.

Chciałbym, żebyśmy finansowali także tych, którzy w sposób efektywny korzystają i budują relację nakładów do efektów oraz tych, którzy wprowadzają w życie mechanizmy zapewniające stałe podnoszenie jakości. Zatem, uzależnienie finansowania od jakości to kolejny priorytet, który przed sobą stawiam.

Chcę także, żebyśmy zmienili system kontraktowania. Chcę zbudować system, w którym odejdziemy od historycznego sposobu kontraktowania świadczeniodawców. Chciałbym, żebyśmy przestali płacić za listy podmiotów, a zaczęli płacić tym podmiotom, które leczą skutecznie, bezpiecznie i efektywnie, a więc odejście od historycznego

go modelu płatności wszystkim tym, którzy o płatność się ubiegają, a skupienie się na płatności tym, którzy są skuteczni, efektywni, bezpieczni, podnoszą jakość i gwarantują satysfakcję pacjentom. Dostosowanie działalności świadczeniodawców do warunków, w jakich funkcjonują – do warunków epidemiologicznych, demograficznych i geograficznych. Niestety, jest tak, że czasem boimy się powiedzieć prawdę, jak jest. Ja będę mówić państwu prawdę, jak jest. Nie jest tak, że do końca życia i jeden dzień dłużej musimy kontraktować i leczyć w miejscach, warunkach, w których do tej pory zawsze kontraktowaliśmy i leczylimy. I albo będziemy mieć odwagę podjąć to wyzwanie, albo będziemy wspólni przymykać oczy na problemy, z którymi będziemy się borykać.

Kolejny punkt to dodatkowe ubezpieczenia. Chciałbym, żebyśmy wprowadzili system dodatkowych ubezpieczeń. Chciałbym, żebyśmy wprowadzili system, w którym obudzimy uspiiony potencjał polskich szpitali, polskich przychodni. Chcemy wprowadzić system, w którym pacjent będzie mieć prawo ubezpieczyć się dodatkowo, po to, żeby korzystać z opieki w czasie... z narzędzi oraz instytucji, które z takich czy innych powodów nie wykorzystują pełnego potencjału.

Rzecz kolejna to konkurencja na rynku płatnika. To największe wyzwanie, jakie przed sobą stawiamy. To proces trudny. To proces, przy wprowadzaniu, stwarzający poważne zagrożenie. Ale chcemy podjąć to wyzwanie. Chcemy zbudować konkurencję na rynku płatnika – na początku pilotażowo, ale chcemy to zrobić. Chcemy dać pacjentowi możliwość wyboru pomiędzy płatnikiem publicznym a prywatnym. Dołożymy wszelkich starań i całej energii, żeby przy wprowadzaniu tego projektu pilotażowego – potem całościowego, nie zaszedł ani jeden krótki moment, w którym polski pacjent zatraci poczucie bezpieczeństwa, ale też, żeby nie zaszedł ani jeden krótki moment, w którym polski lekarz nie będzie wiedzieć, jak pacjenta leczyć, polska pielęgniarka będzie się borykać z tym, w jaki sposób pacjentowi pomóc, a aptekarz nie będzie wiedzieć, którą receptę zrealizować. Tak więc, przy dostrzeganiu priorytetowych zagrożeń podejmujemy wyzwanie wprowadzenia konkurencji na rynku ubezpieczeń.

I znowu wracam – i będę wracać konsekwentnie – do opieki koordynowanej. Będziemy premiować tych, którzy w sposób skoordynowany organizacyjnie, merytorycznie i finansowo – podkreślam, finansowo – potrafią ze sobą współpracować dla poczucia stabilności pacjenta, którym się zajmują.

Dzisiaj jest tak, że te trzy systemy wkładają całą energię, wiedzę i merytorykę w to, żeby pomóc pacjentowi, nie mam co do tego żadnych wątpliwości – zarówno lekarz rodzinny, lekarz specjalista, jak i szpital – ale jestem głęboko przekonany, że jakość komunikacji między tymi trzema systemami ewidentnie zawodzi. Będziemy premiować tych, którzy potrafią ze sobą współpracować. Będziemy premiować tych lekarzy rodzinnych, którzy potrafią zbudować system konsultacji z lekarzem specjalistą. Będziemy premiować tych specjalistów, którzy potrafią kontrolować i sprawdzać przebieg choroby pacjenta, którego kierują do szpitala. Wreszcie, będziemy premiować te szpitale, które będą wracać do swojego pacjenta poprzez lekarza rodzinnego. Brak koordynacji to jest największa bolączka polskiego systemu, w tym także systemu ochrony zdrowia.

Punkt 3 to organizacja i oczywiście przekształcenia szpitali. Na 730 szpitali mamy blisko 120 przekształconych w spółki. Przekształcenie w spółki wzbudzało wiele wątpliwości i emocji społecznych przez wiele lat. Ja także miałem uwagi, ale, drodzy państwo, koleżanki i koledzy, nie mamy już czasu. Nie mamy już czasu – i narzędzi – na to, żeby dyskutować i przerzucać się argumentami polityczno-merytorycznymi przez pół roku czy rok. Ustawy zostały przyjęte. Polski parlament przyjął pewien system zmian w polskich szpitalach. Będziemy to kontynuować z zagwarantowaniem pełnego bezpieczeństwa pacjenta, który w tym systemie funkcjonować musi.

W punkcie – organizacja teraz podpunkt, który we mnie wzbudza największe emocje i jest jednym z głównych wyzwań. To deregulacja. Zrobię wszystko, abyśmy znieśli, ograniczyli wszystkie przepisy, które stały się historyczne, przestarzałe, niepasujące do rzeczywistości, a czasem zostały stworzone po to, że z przyzwyczajenia przepisy tworzymy. W związku z tym wszyscy moi współpracownicy wysłuchali mojej prośby – prośby ocierającej się o polecenie – abyśmy w sposób systemowy i jasno ograniczony czasowo deregulowali rynek ochrony zdrowia w Polsce. Zlikwidujemy wszystkie te przepisy, któ-

re nadmiernie biurokratyzują, administrują, pamiętając wszakże o tym, że jakość jest najważniejsza.

Ktoś powie – pan minister mówi, standaryzacja, a z drugiej strony, deregulacja. Tak, połączę te dwa zjawiska. Będziemy łączyć standaryzację dobrych, nowoczesnych zachowań lekarskich z deregulacją administracyjno-biurokratyczną. To jest wyzwanie, które przed sobą stawiam. Myślę, że jest to jeden z elementów, które paraliżują polską ochronę zdrowia, paraliżują dobre zachowanie lekarza, pielęgniarki i zagubionego w systemie pacjenta. Tak więc, deregulacja staje się naszym wyzwaniem, które będziemy realizować od jutra. Mieliliśmy robić to od dzisiaj, ale ze względu na zmianę terminu posiedzenia Komisji przełożyliśmy spotkanie kierownictwa. Jutro odbywa się pierwsze posiedzenie kierownictwa resortu, na którym podejmujemy pierwszy raz temat deregulacji. Wiem, że wzbudza to także emocje, pewien niepokój u moich dyrektorów departamentów, ale będziemy deregulować.

Będziemy wprowadzać system e-zdrowia. To nie jest wyzwanie na miesiąc, trzy miesiące czy pół roku, ale myślę, że wszyscy to czujemy, że system informatyzacji służby zdrowia to jest wyzwanie, którego musimy się podjąć w trybie pilnym i natychmiastowym – oczywiście, ustawowe delegacje obligują nas do roku 2014, ale zrobię wszystko, żeby problem polskich recept nie opierał się na tym, czy lekarz postawi we właściwym miejscu przecinek, czy nie, czy pomyli się przy wpisywaniu szóstki lub ósemki, a aptekarz będzie z drżącym sercem czytać pesel. Te problemy może rozwiązać system e-recepty i pełnej informatyzacji przepływu wiedzy o pacjencie między lekarzem, szpitalem, apteką, a także samym pacjentem.

Organizacja to także konsolidacja. Stawiam sobie pytanie, na które odpowiedź jest trudna. Szpitale są dzisiaj w kilku strukturach właścicielskich. Polskimi szpitalami zarządza minister zdrowia, zarządzają marszałek, starosta, a czasem burmistrz. Będę zachęcać wszystkie władze samorządowe, zrobię, co będę mógł, będę się spotykać, będę jeździć i namawiać, będę przekonywać do tego, że ambicją starosty czy marszałka nie powinno być posiadanie szpitala. Ambicją starosty i marszałka powinno być posiadanie skutecznego oddziału, który niesie pomoc pacjentom w tym regionie. Będę przekonywać do tego, żebyśmy konsolidowali szpitale, żebyśmy współpracowali między starostwami, między marszałkami, żebyśmy tworzyli pewien system zarządzania ochroną zdrowia, żeby naszą ambicją nie było posiadanie szpitala, a było posiadanie miejsca, w którym mieszkańcy danego regionu, powiatu czy województwa czują się bezpiecznie. I wiem, że gros moich wysiłków będzie opierać się na przekonywaniu, ale jestem zdeterminowany do tego, żeby z samorządowcami na ten temat rozmawiać. Będziemy premiować tych samorządowców, te szpitale samorządowe, które będą mieć odwagę pokazać, w jaki sposób restrukturyzują swoje łóżka, ale także kadry.

Znowu wracam do historycznego modelu kontraktowania. Od tego odchodzimy. Nie kontraktujemy dlatego, że coś jest, bo nie było. Kontraktujemy dlatego, że coś jest dobre albo rokuje, że będzie lepsze.

Kolejny element systemu to kształcenie. System kształcenia w naszym kraju cały czas stopniowo ulega poprawie. Ja na spotkanie tutaj z państwem przyjechałem prosto ze spotkania z Radą Naukową przy Ministerstwie Zdrowia. Tam toczyliśmy debatę z profesorami, z największymi autorytetami w kraju, o tym, w jaki sposób i w jakim stylu poprawić jakość kształcenia polskich studentów, którą oceniam wysoko. Myślę, że wszyscy oceniamy wysoko jakość naszych lekarzy i pielęgniarek, ale też musimy doprowadzić do pełnego uznania kwalifikacji pielęgniarek w państwach Unii Europejskiej. Rozmawiałem już o tym z komisarzem Dalim – ten temat poruszaliśmy na posiedzeniu Rady Unii Europejskiej – i będę konsekwentny w pilnowaniu tego tematu. Chcę powiedzieć więcej – środowisko pielęgniarskie stanie się największym priorytetem w moim działaniu. Pielęgniarki i pielęgniarze są środowiskiem, które wymaga naszej szczególnej uwagi. I chcę zadeklarować jasno, że mają państwo we mnie partnera. To środowisko jest mi bliskie, czuję jego obciążenie, wyzwania, przed jakim staje, a także trud, w jakim codziennie pracuje. Środowisko pielęgniarskie będzie więc tym środowiskiem, na które będę patrzeć ze szczególną uwagą, ze szczególnym odniesieniem do jakości kształcenia uruchomienia nowoczesnego kształcenia pielęgniarskiego, otworzenia i zachęty dla

młodych ludzi, żeby chcieli być pielęgniarzami i pielęgniarzkami. Zrobię wszystko, co w mojej mocy, żeby środowisko pielęgniarzów było jak najlepiej wykształcone, miało jak najlepsze warunki pracy i żeby tworzyło sprawny, skomunikowany i skoordynowany system współpracy z lekarzami. Tak więc, pielęgniarki i lekarze będą stanowić skoordynowany system współpracy. To nie będą środowiska, które będą zmuszone do tego, żeby ze sobą walczyć. Jedni bez drugich nie funkcjonują. I wszyscy, kiedy uczciwie o tym myślimy, to o tym wiemy, że jedni bez drugich nie funkcjonują. Zrobię wszystko, żebyśmy zbudowali sprawny system.

Wąskie umiejętności, zdobywanie kwalifikacji w wąskich dziedzinach medycyny, w już funkcjonujących dziedzinach. Już teraz przygotowujemy projekt zdobywania kwalifikacji ze środków Unii Europejskiej. To wszystko można zrobić, tylko trzeba nadstawiać uszu i mieć oczy szeroko otwarte.

Kolejne wyzwanie. Ono już się dzieje. Dołożymy wszystkich sił, aby upraktyczyć polskie studia medyczne. Student medycyny, którym jeszcze stosunkowo niedawno byłem, i studenci, których znam setki, tysiące, których uczę na co dzień, czują potrzebę upraktyczenia polskich studiów medycznych. Włożymy całą energię i wysiłek, przy wsparciu ekspertów, naukowców, autorytetów, a także środowiska studenckiego, z którym także zamierzam się spotkać, żebyśmy zbudowali system kształcenia oparty na praktyce, ale także system zdawania specjalizacji. Myślę, że każdy, kto zdawał „jedynekę” i „dwójkę”, kto zdawał ten omówiony po tysiącokrotność test specjalizacyjny, wie, o czym mówię – tysiące pytań, tysiące pytań szczegółowych, a jakże mało rozmowy o całościowym podejściu do pacjenta.

I w tym wszystkim znowu nie zapomnijmy o tym, żeby do procesu kształcenia polskich studentów wzmocnić siłę kształcenia w kierunku budowania relacji z pacjentem, ale także kadry dziś już pracującej. Pacjent musi stać się podmiotem. Pacjent nie jest spisem procedur. Pacjent jest podmiotem i człowiekiem, któremu procedury służą. To nie pacjent służy procedurom – procedury służą pacjentowi.

Uruchomimy system premiowania specjalizacji, których mamy w Polsce za mało, deficytowych. Uruchomimy i zachęcimy polskich studentów medycyny, a także lekarzy, którzy chcą się specjalizować, żeby specjalizowali się w geriatric, rehabilitacji medycznej, onkologii i hematologii dziecięcej, neonatologii, ginekologii onkologicznej. Takich specjalizacji mógłbym wymienić jeszcze kilka.

Spróbujemy zbudować system zachęt dla studenta medycyny, nie tylko finansowy w czasie rezydentury – bo nie jest sztuką zbudować rezydenturę, po której nie można znaleźć pracy. Sztuką jest zbudowanie systemu rezydentury z gwarancją rozbudowy systemu, na przykład, opieki nad osobą starszą – o tym będę jeszcze mówić – czyli, na przykład, geriatric. Cóż z tego, że zwiększymy liczbę rezydentur, jeśli ci ludzie nie mają później gdzie pracować? A procesy demograficzne są nieubłagane – o tym będę mówić w dalszej części.

Zdrowie publiczne. To kolejne wielkie wyzwanie i jeden z głównych tematów.

Czy tego chcemy, czy nie, ale, jeśli kierujemy się elementarną uczciwością, to musimy dostrzec procesy demograficzne, które dotyczą nasz kraj, a także Europę. Polska się starzeje. Chcę zadeklarować w tym miejscu, że zbudowanie sprawnego systemu polityki senioralnej, w tym w ochronie zdrowia, staje się dla nas priorytetem. Musimy wprowadzić system rozbudowy oddziałów długoterminowych, zakładów opiekuńczo-leczniczych, ale przede wszystkim stawiamy przed sobą wyzwanie budowy systemu profilaktyki, edukacji społecznej i wczesnej diagnostyki, szczególnie u ludzi w podeszłym wieku. Polityka senioralna staje się naszym priorytetem.

Zacząłem jednak od tego, że nie ma zdrowej starości bez zdrowego dzieciństwa. Polska pediatria musi dotrzeć do polskiego dziecka. Zmienimy system, w którym pacjent będzie mieć możliwość kontaktu z pediatrą w miejscu innymi niż tylko szpital. Ja wiem, że wśród lekarzy rodzinnych jest bardzo wielu pediatrów, ale musimy zbudować system konsultacji specjalistycznych pediatrów.

Pamiętam taką symptomatyczną rozmowę z panem prezesem w tej sali, kilka lub kilkanaście miesięcy temu, kiedy analizowaliśmy pracę Narodowego Funduszu Zdrowia. Zadałem wtedy pytanie, ile przeprowadzono w Polsce konsultacji pediatrycznych.

Odpowiedź brzmiała, że takich konsultacji nie przeprowadzono – dlatego, że polski pediatra jest dzisiaj uwięziony w Polskim szpitalu. Uwolnimy więc polskiego pediatrę.

Kiedy rozmawiamy o słabych, to chcę państwu powiedzieć – przepraszam, wtrącę trochę prywatnych emocji. Kiedy siedzimy wszyscy w tej sali, to wszyscy czujemy się silni. Jesteśmy w miarę zdrowi, w miarę młodzi, w miarę wykształceni i w miarę silni, ale chcę państwu powiedzieć, że każdy człowiek, który siedzi w tej sali, kiedyś będzie słaby, bo będzie chory, bo będzie samotny i z innych powodów.

Chcę państwu też powiedzieć, że ja trochę inaczej rozumiem nowoczesne państwo. Nowoczesne państwo, w mojej ocenie, to nie jest państwo, które charakteryzuje się tym, że biegamy z torebką marihuany. Nowoczesne państwo to jest takie państwo, w którym silny chroni przestrzeń dla słabszego. I mój resort będzie taką politykę preferować. Mój resort taką polityką będzie się kierować – silny tworzy bezpieczne warunki funkcjonowania słabszego.

Kolejny punkt – niepełnosprawni. To kolejna sprawa, którą się zajmujemy – dostęp niepełnosprawnego, nie tylko fizycznie, ale także psychicznie, do polskiej służby zdrowia, do polskiego lekarza, do polskich badań, do polskiej diagnostyki.

Chcę, żeby młodzi niepełnosprawni ruchowo ludzie mogli bez skrepowania i bez kłopotu dotrzeć do ginekologa. Chcę, żeby ludzie z chorobami psychicznymi mieli gdzie leczyć swoje zęby. Chcę, żeby ludzie niepełnosprawni ruchowo nie rozumieli polskiego systemu ochrony zdrowia tylko w kategorii podjazdów, które my im zbudujemy. Chcę, żebyśmy zmienili naszą mentalność. Chcę, żeby człowiek niepełnosprawny uczestniczył w pełnym systemie.

Profilaktyka, wczesna diagnostyka, to mechanizmy, które, tak naprawdę, gwarantują nowoczesną medycynę. Wszyscy o tym wiemy. Położymy wielki nacisk na edukację społeczną. Będziemy prowadzić kampanie społeczne. Będziemy edukować Polaków, jak żyć zdrowo.

Wiem, że wielu uśmiecha się, kiedy mówimy – profilaktyka, ale wszyscy wiemy, że profilaktyka jest podstawą sprawnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, ale także, po prostu, profilaktyka jest gwarancją bezpieczeństwa i dłuższego życia. I z naciskiem i całą siłą włożymy całą naszą energię i pieniądze w to, żeby profilaktyka odgrywała coraz większą rolę.

Punkt kolejny – to, co wzbudza takie wielkie emocje społeczne, czym będziemy zajmować się w najbliższym czasie.

Chcę powiedzieć jasno – będziemy bardzo precyzyjnie, czujnie monitorować ustawy, które wchodzi w życie od 1 stycznia 2012 r. Nie ma państwa, które buduje całe prawo w absolutnie perfekcyjny sposób. Każde prawo ma swoje ułomności. My jesteśmy od tego, żeby wspierać dobre strony prawa, a ułomności szybko wychwytywać. Będziemy monitorować przebieg, wprowadzanie i na bieżąco korygować wszystkie ustawy, które wchodzi w życie, a mianowicie, ustawę refundacyjną, ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia, ustawę o rzeczniku, ustawę o zawodzie pielęgniarki i położnej i przede wszystkim ustawę o działalności leczniczej.

Chcę państwu powiedzieć także, że zmienia się formuła współpracy w ministerstwie i samym resorcie. Pewnie znowu wzbudzę trochę emocji u swoich współpracowników, ale wiceministrowie przestają być od dzisiaj urzędnikami. Wiceministrowie stają się od dzisiaj liderami projektów – będą obejmować całe sektorowe zmiany. Nie może być tak, że wiceminister lub dyrektor departamentu zajmuje się tylko jednym rozporządzeniem, a drugi dyrektor zajmuje się drugim rozporządzeniem, i oni o sobie nic nie wiedzą. Będą wiedzieć. Będą mieć nad sobą wiceministrów, którzy liderują całemu procesowi zmian w określonej części ochrony zdrowia. I tak, oddzielnie będzie liderem tematu człowiek, który będzie zajmować się rynkiem ubezpieczeń. Oddzielny temat to rynek przekształceń szpitalnych. Oddzielny temat to, na przykład, zdrowie publiczne. Chcę zmienić rozumienie zarządzania. Chcę, żebyśmy czuli się odpowiedzialni za system, a nie za paragraf. Paragraf służy systemowi. Lider określa, jak ma funkcjonować system, a paragrafy do tego dostosowuje. Chciałbym, aby tak funkcjonował resort.

I ostatnia, trzecia część mojej wypowiedzi – to projekty, które wprowadzimy w najbliższym czasie... Coś się dzieje z moim nagłośnieniem. Już chyba jest. Przepraszam, już jestem.

...Chcielibyśmy wprowadzić projekt ustawy mówiącej... Mamy kłopoty z nagłośnieniem w dalszym ciągu... Chcielibyśmy wprowadzić projekt ustawy...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Działa. Proszę bardzo...

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

Chcielibyśmy wprowadzić projekt ustawy o jakości w ochronie służby zdrowia. Chcielibyśmy przeprowadzić legislacyjnie projekt grupujący wszystkie te założenia, o których mówiłem wcześniej, a więc gwarantujący skuteczność, bezpieczeństwo, zaspokojenie potrzeb i efektywność, żebyśmy zbudowali sprawny system wskaźników i obiektywnej oceny. Będę rozmawiać o tym z prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia, żebyśmy budowali system wspierania i premiowania tych, którzy jakość poprawiają. I ujmemy to normami prawnymi. Takie wyzwanie przed sobą stawiamy, pamiętając cały czas o roli pacjenta, jako o roli najważniejszej.

Mówiłem już o dodatkowych ubezpieczeniach. Taki projekt ustawy przedłożymy. Ten projekt będzie gwarantować to, przynajmniej w stopniu początkującym. Ja znam wszystkie uwagi, które zgłaszane były z wielu stron co do dodatkowych ubezpieczeń, ale jeśli nie zaczniemy, to nie skończymy. Kiedyś musimy rozpocząć. I jestem gotowy do tego, żebyśmy projekt ustawy o dodatkowym ubezpieczeniu wprowadzili.

Wprowadzimy duże zmiany – tak zwana duża ustawa, projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Chodzi o standardy w rachunku kosztów i zagwarantowanie tego, żeby świadczeniobiorca, czyli pacjent, miał możliwość pełnego wyboru świadczeniodawcy – to dzisiaj się dzieje w przypadku lekarza rodzinnego. W przypadku lekarza specjalisty, szpitala, niekoniecznie. Chcemy doprowadzić ten system do ładu i zmodyfikować go tak, żeby pacjent mógł decydować, kto, kiedy i gdzie go leczy.

Rzecz kolejna, rzecz ważna – dotykam już tych problemów, które wzbudzają wielkie emocje – mianowicie, chcemy wprowadzić nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczącą umożliwienia korzystania przez lekarza ze sprawnie funkcjonującego Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Będziemy borykać się całe lata z dyskusją o tym, czy ten, czy tamten pacjent ma w porę podstemplowany kwitek, jeśli nie wprowadzimy sprawnego systemu dostępu lekarza do Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Taki projekt ustawy już mamy. Ten projekt ustawy będziemy chcieli wprowadzić w życie przy pełnej konsultacji, i moim marzeniu politycznym – akceptacji ponadpolitycznej. Centralny Wykaz Ubezpieczonych naprawdę nie ma barwy politycznej. On ułatwi pracę każdemu lekarzowi i sprawi to, że pacjent będzie się czuć bezpieczny i nie będzie biegać od jednego biura do drugiego po to, żeby przybić pieczęć. Te pieczęćki będą jeszcze funkcjonować przez jakiś czas, tego nie da się zrobić z dnia na dzień, ale stworzymy takie mechanizmy, żeby do czasu wprowadzenia sprawnego systemu jak najbardziej ułatwić pracę lekarzowi, jak najbardziej upodmiotowić pacjenta i stworzyć mu warunki bezpieczeństwa, a także spowodować to, żeby NFZ, jeśli ścigać musi, ścigał tych, których ścigać powinien, a więc tych, którzy zawodzą w systemie ubezpieczeń społecznych, a nie tylko tych, którzy stają się ofiarą niedobrze funkcjonującego systemu. Te tematy już poruszyliśmy z panem prezesem. I jestem przekonany, że pan prezes te pomysły akceptuje.

Projekt ustawy o zdrowiu publicznym, to...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Bardzo przepraszam, panie ministrze. Niestety, mamy problem techniczny. On polega na tym, że możemy oczywiście go naprawić, ale pod jednym warunkiem – musimy ogłosić przerwę techniczną, żeby system się zresetował. Jeżeli więc, panie ministrze, ma pan jeszcze chwilę, to może spróbujemy wytrzymać. Proszę bardzo.

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

System nagłośnienia przestał działać, a system ochrony zdrowia działa...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

To jest pana opinia. Nie chciałbym dyskutować, co nie działa, ale proszę bardzo, niech pan postara się mówić do mikrofonu, panie ministrze... Nie działa.

Proszę, trzy minuty przerwy technicznej.

[Po przerwie]

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę o zajęcie miejsc. Panie ministrze, rozumiem, że zbliżamy się do jakiejś konkluzji. Proszę uprzejmie, pan minister Arłukowicz. Proszę bardzo.

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

Zmierzając do końca, chciałbym w jasny sposób zadeklarować przedłożenie projektu ustawy dotyczących zdrowia publicznego i wszystkiego tego, o czym wcześniej mówiłem. Chcę także zaznaczyć, że złożyliśmy projekt ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym rolników, czyli jest to kontynuacja zapowiedzi z exposé pana premiera. Projekt został przygotowany przez resort i już złożony.

Chcę także odnieść się do pakietu rozwiązań legislacyjnych dotyczących wieku senioralnego. Przedstawimy cały pakiet rozwiązań legislacyjnych dotyczących bezpiecznego funkcjonowania zdrowotnego polskich seniorów, nowoczesnej profilaktyki, dostępu do edukacji, do specjalisty, rozwiązań, które zmienią postrzeganie starości przynajmniej w systemie ochrony zdrowia w Polsce. A wierzę głęboko, że tych wyzwań jest przed nami bardzo wiele i ta współpraca będzie międzyresortowa, wielosektorowa i zmierzająca w strategicznym kierunku, jakim są zmiany demograficzne w Polsce.

I na zakończenie chcę się odnieść do niejasności, które pojawiają się wokół ustawy refundacyjnej. Ustawa refundacyjna wzbudza wiele emocji i kontrowersji, chcę więc rozwiązać kilka wątpliwości i niejasności.

Ustawa refundacyjna tworzy listę leków refundowanych, na której znajdzie się ponad 3400 leków. Prowadzenie negocjacji spowodowało zaoszczędzenie blisko miliarda złotych, które – podkreślę bardzo wyraźnie – zostaną skierowane na ponowne budowanie listy refundacyjnej. Czyli zaoszczędzone pieniądze przeznaczamy znowu na leki, a więc na to, żeby ludzie mieli większą dostępność, i w lepszej cenie, do większej ilości leków.

Chcę rozwiązać także pewne wątpliwości, które pojawiają się co do kłopotów z określeniem stopnia refundacji. Chcę państwu pokazać pewien wykres. Ten niebieski słupek – to jest 3400 leków, które znajdują się na liście refundacji. Ale problem, i pewne niedomówienie, polega na tym, że w tej części ponad 3400 leków nie ma żadnych wątpliwości co do stopnia, w jakim są one refundowane. To jest jasno i precyzyjnie określone. Tylko 218 leków – te 218 leków – jest na dwóch różnych stopniach refundacji. Tak więc naprawdę lekarz podejmuje decyzję o stopniu refundacji wyłącznie w odniesieniu do 218 leków.

Ale mam dla państwa drugi wykres, pokazujący, że spośród tych 218 leków będących na dwóch różnych stopniach refundacji, to tylko 28 różnych związków chemicznych. I lekarze, i farmaceuci doskonale wiedzą, o czym mówię. Te 218 leków jest na dwóch różnych stopniach refundacji tylko w przypadku stosowania ich w chorobach przewlekłych, czyli w chorobach najcięższych, tych, które są leczone długo, tych, w których swoich pacjentów znamy. Tylko w tych chorobach tych 218 leków jest na dwóch stopniach refundacji. A mówiąc językiem zrozumiałym także dla pacjentów i nie lekarzy, tylko w przypadku chorób przewlekłych. A jest ich w Polsce 50 – 50 najcięższych chorób, w których mamy różne stopnie refundacji. Czyli, tak naprawdę, dyskutujemy o pacjentach najcięższej choroby. Dyskutujemy o tych pacjentach, których bardzo dobrze znamy.

Droży państwo, ja jestem lekarzem pracującym 16 lat na oddziale onkologii dziecięcej. Prowadzę pacjentów wiele lat, i to pacjentów najcięższej choroby, i proszę mi uwierzyć, nie mam żadnych wątpliwości, jaki stopień refundacji leku przepisać temu pacjentowi, a ta ustawa objaśnia to jeszcze wyraźniej i precyzyjniej.

Poprosiłem współpracowników o przygotowanie mi pewnej danej, którą chciałbym państwu przekazać. Sprawdziłem, ile waży lista 3,5 tys. leków refundowanych w tabeli Excel. Lista leków refundowanych, którą będziemy musieli stosować od 1 stycznia, waży 3 MB. W przeciętnym telefonie, który mają państwo ze sobą, jest przynajmniej GB pamięci, a znam takie telefony, które mają 32 GB.

Nie chcę trywializować problemu. Chcę powiedzieć tylko tyle, że rozmawiamy o różnym stopniu refundacji dla ludzi najciężej chorych, w przypadku 218 leków, dla ludzi, których znamy – mówię teraz jako lekarz – których prowadzimy od lat i od miesięcy, i których prowadzić będziemy bardzo długo. Pozostałe ponad 3,5 tys. leków, to leki na stałym stopniu refundacji, jasno określonym i niewzbudzającym żadnych emocji – po prostu refundowanych na odpowiednim poziomie. Pieniądże zaoszczędzone w negocjacjach przeznaczymy na dodatkowe leki, i będziemy zdeterminowani we wprowadzeniu tej ustawy. Będziemy zdeterminowani po to, żeby oszczędzać pieniądze, po to, żeby był jasny system refundacji, i po to, żeby kolejne pieniądze przeznaczać na rzecz pacjenta. Nie na wymyślone inwestycje, nie na wymyślone przepływy finansowe, ale po to, żeby te pieniądze wracały do systemu.

Wracam więc do wykresu i kończę wypowiedź na temat ustawy refundacyjnej. Do wykresu, który pokazuje państwu skalę problemu. Ten niebieski słupek – to są leki refundowane na stałym poziomie. Ten czerwony – 218 leków. Są to leki stosowane w chorobach przewlekłych.

Droży państwo, gwarantuję i deklaruję z tego miejsca, że cała zmiana systemu ochrony zdrowia będzie się odbywać racjonalnie i mądrze. Gwarantuję państwu, że pod moim kierownictwem nie ma w resorcie miejsca na żadną rewolucję. Nie ma też szansy na to, żebyśmy poprosili pacjentów, żeby nie chorowali przez rok, czy dwa, więc wprowadzamy ustawy, które polski parlament przyjął, i pilnie monitorujemy sposób ich wprowadzania w życie. Liczę na państwa współpracę, na to, że...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Nie wiem. Może jeszcze raz spróbujemy zadzwonić. Sala przygotowana jest przez służby sejmowe, niestety, nienajlepiej... Tak, ale to się musi nagrać, panie ministrze...

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

Dlatego... Już działa.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Działa. Proszę.

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

Liczę na państwa współpracę. Liczę na to, że, tak naprawdę, wszystkim nam przyświeca jeden cel – dobro i podmiotowość polskiego pacjenta, niezależnie od miejsca, w którym się dzisiaj znajdujemy. Ja przewędrowałem wiele miejsc w systemie ochrony zdrowia, jak większość z państwa. Liczę na pana przewodniczącego i całe prezydium. Liczę na organizacje samorządowe, ale także na związki zawodowe. Liczę na to, że wspólnie, w sposób ewolucyjny, zmienimy polski system ochrony zdrowia, że zbudujemy system, w którym wszyscy będziemy czuć się bezpiecznie – pacjenci, lekarze, pielęgniarki, środowisko farmaceutyczne i wszyscy ci, którzy służą pacjentowi, bo pacjent jest dobrem najwyższym. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Poprosiłbym może, żebyśmy starali się jednak ograniczyć, bo mamy pewne rygory czasowe – nie dość, że ta sala ma problemy techniczne, to jest jeszcze ograniczona czasowo możliwość używania jej przez Komisję Zdrowia.

Na początek poproszę państwa posłów, a później zaproszonych gości, o w miarę konkretne pytania do pana ministra. Widzę, że zgłaszają się pan przewodniczący Orzechowski, pan przewodniczący Latos, pan poseł Hoc, pan poseł Sprawka i – nie widzę – pani profesor. Będziemy jeszcze zapisywać. Spokojnie. Na razie mamy kilka zgłoszeń.

Proszę bardzo, pan poseł Orzechowski.

Posel Andrzej Orzechowski (PO):

Panie ministrze, panie przewodniczący, szanowni państwo, goście, pana ministra Arłukowicza poznałem jako posła – jako posła opozycyjnej partii – ale wielokrotnie na tej sali – sali Komisji Zdrowia – prowadziliśmy polemiki, dysputy i dochodziliśmy do wspólnych rozwiązań. Cieszę się, że po czterech latach jest minister, który swoje exposé przedstawia z taką energią, determinacją i pasją. Cieszę się, że angielskie stwierdzenie „*quality, not quantity*”, czyli „jakość, nie ilość”, to motto, które będzie towarzyszyć mu w różnych rozwiązaniach. Cieszę się, że będzie to kontynuacja i ewolucja, a nie rewolucja. I wreszcie, że pacjent, tak jak był, pozostanie w centrum uwagi obecnego ministra. To również odbudowa relacji i koordynacji pomiędzy poszczególnymi elementami, takimi jak lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, specjaliści czy szpitale, bo bez tej współpracy, ale również, co więcej, bez nagradzania tej współpracy, i nagradzania jakości w ochronie zdrowia, nie będziemy stopniowo podnosić się na wyższy szczebel rozwoju.

I wreszcie, mam nadzieję, że zainteresowanie środowiskiem pielęgniarek, które w exposé pana ministra znalazło się w centrum uwagi, nie będzie wykluczało również zainteresowania środowiskiem położnych, bo to integralna część tego środowiska. Również dużą nadzieję wiąże z tym, że model kształcenia przyszłych lekarzy będzie się opierać nie tylko, jak dotychczas, na weryfikacji w postaci testów, które są powszechne w ochronie zdrowia, ale też na podejściu holistycznym do edukacji i do zdawanych egzaminów.

I koordynacja pomiędzy resortami. To też duże wyzwanie, zwłaszcza dla takich resortów, jak nowy resort cyfryzacji i informatyzacji czy informacji w ochronie zdrowia – pan minister mówił – jak resort polityki społecznej, który będzie się borykać z wieloma problemami dotyczącymi starzejącego się społeczeństwa, czy takie resorty, jak resort finansów czy szkolnictwa wyższego. I wreszcie, więcej na profilaktykę – i tą najwcześniejszą, ale też w każdym wieku – to mniej pieniędzy na medycynę naprawczą, to zdrowsze społeczeństwo, społeczeństwo, które będzie mogło pracować dłużej.

I jestem przekonany, że te kolejne lata, i spotkanie się na kolejnych posiedzeniach Komisji, i rozmawianie o bardzo trudnych tematach nie zmniejszą pana energii, determinacji i pasji, a zdobyte i pogłębione doświadczenie będzie służyć wyłącznie na korzyść naszych pacjentów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Latos. Przygotowuje się pan poseł Hoc. Później pan poseł Sprawka.

Posel Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, w pierwszej części usłyszeliśmy od pana swoisty manifest, z którym właściwie trudno polemizować. Pewnie wszyscy mamy podobne cele i zamiary – są nimi dobro polskiego pacjenta i dobro polskiego obywatela. Później usłyszeliśmy trochę konkretów, z tym, że warto by te sprawy podzielić na to, co trzeba załatwić już i na to, co będą państwo załatwiać później, ale...

Panie ministrze, ja, pamiętając pana wystąpienia, również na posiedzeniach Komisji, i pana stanowisko zasadniczo różne wobec poprzedniego kierownictwa resortu, zresztą tutaj szeroko reprezentowanego – przyszedł pan z całym kierownictwem, które pan cały czas ma jeszcze niejako w spadku po poprzedniej pani minister – chciałbym dowiedzieć się, co zostało z dawnego Bartosza Arłukowicza. Jakie cele, które wtedy pan sobie stawiał, pan w dalszym ciągu podtrzymuje i czy chociaż, nie wiem, 10-20% tego, co pan wówczas uważał i co pan wówczas chciał realizować, pan do tej pory utrzymał?

Chciałbym, żeby pan to jasno określił, bo właściwie z tej wypowiedzi to niespecjalnie wynikało. Bo mówił pan chociażby o kwestiach związanych z przekształceniami szpitali – i uznał pan, zgodził się pan z faktem, z którym rzeczywiście mamy do czynienia, że ustawa weszła w życie, i niewiele tu pewnie można zrobić, ale jednak rozumiem, że jakiś pomysł, również w tej części, chce pan realizować. Wspominał pan wprowadzić o pewnej koncentracji, zmianach w organizacji. Czy to ma oznaczać, na przykład, wprowadzenie sieci szpitali? Czy to ma oznaczać zmianę organu założycielskiego?

Mówił pan też na początku, właśnie w tej części manifestu, o finansowaniu. Panie ministrze, wszyscy musimy się zgodzić – mówił pan o tym wystarczająco wiele w przeszłości – że to finansowanie jest niewystarczające. I zgoda, oczywiście, że na świecie, w różnych krajach jest narzekanie na system ochrony zdrowia, ale nie da się tego systemu naprawiać wyłącznie determinacją, energią, o której mówił pan poseł Orzechowski, bez pieniędzy albo też szukając tych pieniędzy wyłącznie wśród dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych.

W związku z tym pytam, jakie pan ma w tej części plany i zamiary. Czy chce pan stoczyć pewien trudny zapewne i być może nie o wygrania – choć chcę wierzyć w pana umiejętności negocjacyjne – bój z ministrem finansów o zwiększenie nakładów na służbę zdrowia? Tu chyba nic się nie zmieniło, a niewątpliwie jest w systemie niezbędne.

Jeżeli pan mówi o dodatkowych ubezpieczeniach zdrowotnych i o konkurencyjności na rynku płatnika, chciałbym dowiedzieć się czegoś więcej. Czy to ma oznaczać podział Narodowego Funduszu Zdrowia? Czy to ma oznaczać możliwość niepłacenia pieniędzy do NFZ-u, a przenoszenia ich do innych nowopowstałych, alternatywnych do NFZ-u ubezpieczycieli? Co z dotychczas wpłacanymi pieniędzmi? Kiedy ewentualnie możemy spodziewać się zmian w tej sprawie?

Mówił pan też o wprowadzaniu pewnych zmian dotyczących monitorowania, kto jest ubezpieczony, pewnych ułatwień, których oczekują lekarze czy też środowisko aptekarskie. Warto jednak dowiedzieć się o tym, co będzie już za trzy tygodnie, panie ministrze, 1 stycznia. Myślę o tej ogromnej sferze niepokoju całego środowiska, bo e-recepta, czy też inne rozwiązania dotyczące rejestracji ubezpieczonych, nie będą wprowadzone od zaraz. Zapewne jeszcze długo będziemy musieli na to poczekać.

W związku z tym – co z tym faktem, zwłaszcza w kontekście tego, czego dowiedziałem się już w trakcie posiedzenia Komisji? Otóż, zaniepokojeni pacjenci po przesłuchaniach zgłosili się do pańskiego biura w Szczecinie i właśnie... nie wiedzą, co będzie od 1 stycznia. W jaki sposób może pan uspokoić środowisko tych szczególnie narażonych pacjentów?

Mówił pan o rozwiązaniach dotyczących wspierania deficytowych specjalności medycznych. Można do tego katalogu, który pan wspomniał, dorzucić chociażby patomorfologów. Nie tak dawno, bo w poprzedniej kadencji, ku protestom również pana ministra, wydłużyliśmy czas pracy patomorfologom. I w związku z tym powstaje pytanie – co z tą deficytową specjalnością? Bo jeżeli nie będzie wystarczająco dużo patomorfologów, to wówczas będzie problem i z onkologią, o której pan tak długo ciepło mówił, i też z innymi ważnymi specjalnościami.

Panie ministrze, na zakończenie: pani marszałek dzisiaj rano na konferencji prasowej zapowiadała pakiet ustaw zdrowotnych, którymi Sejm w najbliższym czasie będzie się zajmować. Chciałbym w związku z tym zapytać – jakie to będą ustawy, kiedy będą skierowane do łaski marszałkowskiej, kiedy będą poddane konsultacjom społecznym i kiedy członkowie Komisji Zdrowia będą mogli się z nimi zapoznać? Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Miałbym apel, żeby troszeczkę skracać wypowiedzi. Jak powiedziałem, jesteśmy ograniczeni czasowo.

Proszę bardzo, pan poseł Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, z całym szacunkiem dla pana ministra i z koleżeńskim partnerstwem, ale w pewnym momencie miałem takie wrażenie, że zakończy pan Gombrowiczem z małą parafrazą – koniec i bomba, kto słuchał ten trąba.

Panie ministrze, ma pan u nas, albo miał pan u nas wąty, co prawda, ale w opozycji, kredyt zaufania, bo widzieliśmy, że przez te cztery lata Platforma Obywatelska i Polskie Stronnictwo Ludowe praktycznie, poza mistrzowskim PR-em, niewiele zrobiły w służbie zdrowia, a właściwie nic, i przyjęły fatalny tak zwany pakiet ustaw zdrowotnych, z których jedna ustawa fatalna, wręcz dramatyczna, ma początek już od 1 lipca, a druga, fatalna, dramatyczna dla pacjentów, od 1 stycznia 2012 r. – tzw. ustawa refundacyjna.

I gdyby pan jeszcze powiedział konkrety, to byśmy pana dość uważnie słuchali i może w jakimś momencie popierali, bo przecież wszystkim nam zależy na tym, by pacjent był najważniejszy, żeby pacjent miał zapewnione bezpieczeństwo. Ale pan powiedział, że będzie pan to kontynuować. Czyli rozumiem, że będzie pan kontynuować to, że przez cztery lata nic nie zrobiono. A to, co zrobiono, od 1 stycznia, w fatalnym stylu, dla dramatu służby zdrowia, będzie pan kontynuować. To jest bardzo niepokojące.

Na początku, co prawda pan zapewnił wszystkich, że pan rozwiewa wszelkie wątpliwości, że pacjent będzie zabezpieczony – będzie się czuć bezpiecznie i będzie zapewnione bezpieczeństwo zdrowotne, ale nie powiedział pan, że skróci pan kolejki. Nie powiedział pan, że nie podróżują leki. Nie powiedział pan, że szpitale zostaną oddłużone. Nie powiedział pan, że chorzy, którzy będą cierpieć na nowotwory, będą mieć zapewnione leki innowacyjne, a ci, którzy mają przeszczepy narządu, będą od 1 stycznia zaopatrywani w prawidłowe leki, że nie będziemy wreszcie na ostatnim miejscu w Unii Europejskiej jeśli chodzi o wskaźnik pięcioletniego przeżycia w przypadku chorób nowotworowych. Tego pan nie powiedział. Nie powiedział pan, że pielęgniarki będą zarabiać więcej. Nie powiedział pan, że nie będzie rozwarstwienia płac. Nie powiedział pan, że nie będzie już limitów, nadlimity będą zapłacone. Czyli, powiedział pan, że rozwiewa wszelkie wątpliwości, że pacjent będzie bezpieczny, że będzie się czuć bezpiecznie zdrowotnie, a tak naprawdę, nie usłyszeliśmy żadnego konkretnego. Domniemywam więc, albo mam prawo sądzić, że będzie to samo, co było, czyli praktycznie nic, a jeśli coś się kreuje, to przede wszystkim wiadomo – komercjalizacja, usługi komercyjne, a potem prywatyzacja. Jeśli tak pan ma dalej myśleć i działać, to tego kredytu zaufania już pan nie będzie mieć. A teraz konkretne pytania.

Ustawa refundacyjna. Jest 13 tys. aptek, panie ministrze. Od 1 stycznia wszystkie apteki muszą podpisać umowę – czyli mają praktycznie dwa tygodnie, w tym święta, bo wydał pan rozporządzenie w piątek – która jest awykonalna. Jest praktycznie awykonalna, bo zrzuca pan wszelkie niedogodności albo wręcz absurdalne zapisy tej ustawy refundacyjnej na barki aptekarzy, którzy czują się zagrożeni. Nie wiem, jak będą wykonywać swoje obowiązki. Z tym, że nie chodzi o aptekarzy w sensie pracodawcy itd., ale chodzi o pacjenta – pacjent będzie tym najbardziej pokrzywdzony. Ale to jedno. Czyli, jak pan sobie wyobraża, że w ciągu dwóch tygodni, w tym święta, wszystkie apteki podpiszą wykonalną ustawę?

Po drugie. Czy zapewnia pan, że nie zdrożają leki? Czy zapewnia pan, że nie zdrożają paski do pomiaru glukozy? Przecież dwuipółmilionowa rzesza cukrzyków oczekuje już teraz w dramatycznym napięciu, bo już wiemy, że prawdopodobnie podróżują paski do pomiaru glukozy. Dla nich to jest horror. Dla nas również – nawet pod względem ekonomicznym – bo będą powikłania cukrzycy, a powikłania cukrzycy kosztują ośmiokrotnie drożej niż leczenie samej cukrzycy.

Powiedział pan o negocjacjach z firmami farmaceutycznymi – zaoszczędzono miliard. A w jaki sposób ten miliard zaoszczędzono? Czy nie w taki sposób, że to przełoży się na odpłatność dla pacjentów? Bo prawdopodobnie tak będzie – na odpłatność dla pacjentów. W ten sposób zaoszczędzone?

Dostępność. Czy pan minister zdaje sobie sprawę z tego, że wejście ustawy refundacyjnej będzie oznaczać praktycznie mniejszy asortyment, a niektóre leki praktycznie będą nie do zdobycia? Będą nie do zdobycia, bo żaden aptekarz nie będzie ryzykować, żeby sprawdzać pewien asortyment leków, tych drogich leków, ale niezbędnych w niektórych chorobach, bo nie da rady.

I może jeszcze ostatnie pytanie. Jak będą refundowane leki albo realizowane recepty, jeśli będą wypisywane w grudniu, a potem realizowane w styczniu, bo przecież jest jakaś ciągłość? Jak pan to sobie wyobraża, jeśli pan zapowiada... Byłem przekonany, że pan powie, iż będzie jakieś *vacatio legis*, przedłuży pan wejście tej ustawy, a pan mówi, że nie, będzie pan kontynuować te bzdurne zapisy w ustawie refundacyjnej, i też w ustawie o działalności leczniczej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Sprawka, proszę bardzo.

Posel Lech Sprawka (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, ja mimo pana deklaracji o bezpiecznym Polaku w szpitalu, w aptece, pozwolę sobie zadać pytanie – jak czuć się bezpiecznym w szpitalu i w aptece, jeżeli opieramy się na rzeczywistości? I dwa przykłady.

Pierwszy. Na poprzednim posiedzeniu Komisji Zdrowia mówiliśmy, między innymi, o zamieszczeniu w zakresie umów w ramach świadczenia jednego dnia. Na półtora miesiąca przed końcem roku podmioty, te, które miały zakontraktowane te świadczenia na trzy lata, po roku realizacji tych świadczeń, otrzymały informację, że w związku z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 15 listopada, od 1 stycznia te umowy tracą moc prawną. I okazało się, że nastąpił przekaz informacji do oddziałów, że do 14 grudnia sprawa będzie wyjaśniona definitywnie. Jaki jest stan? Wczoraj rozmawiałem z podmiotami. W oddziałach twierdzą, że na podstawie informacji z Warszawy, z Narodowego Funduszu Zdrowia, nie potrafią na to pytanie odpowiedzieć – na dwa tygodnie przed rozpoczęciem następnego roku. Podkreślam raz jeszcze – umowy podpisane na trzy lata. Żeby pacjent czuł się bezpiecznie, podmiot, który się tym pacjentem zajmuje, też musi się czuć bezpiecznie. Co zostało w tym zakresie zrobione? Jaki jest stan w zakresie tego jednostkowego przykładu?

Druga kwestia. We wtorek GUS opublikował dane o inflacji. Czytamy: „Największy wpływ na wskaźnik cen towarów i usług...” – w listopadzie – „...ogółem miały w tym okresie podwyżki cen żywności – o 1,3%, opłat związanych z transportem – o 1,5%, a także ze zdrowiem – o 2,3%. Opłaty związane ze zdrowiem były wyższe niż w październiku br. o 2,3% w związku z wejściem w życie z dniem 16 listopada nowych rozporządzeń Ministra Zdrowia dotyczących cen leków refundowanych, znacznie droższe niż przed miesiącem były artykuły farmaceutyczne – 3,8%. Wzrosły także ceny usług stomatologicznych i lekarskich”. Jak mówi Łukasz Tarnawa, jest to jeden z głównych powodów wzrostu inflacji. Czynniki, który zaskoczył, a który nie był uwzględniony, to wzrost w kategorii zdrowia cen leków nierefundowanych, czyli czynnik regulacyjny. Panie ministrze, konkretnie – czy przewiduje pan nowelizację ustawy refundacyjnej?

I trzecie pytanie, to, na które nie otrzymałem odpowiedzi szczegółowej na poprzednim posiedzeniu Komisji. Dzisiaj jest pierwsze czytanie budżetu. Zmniejszone zostały wskaźniki makroekonomiczne – mówię o wzroście PKB. Jaki to będzie mieć wpływ na przychody Narodowego Funduszu Zdrowia? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Poproszę o zabranie głosu i zadanie pytania panią poseł Hrynkiewicz. Proszę.

Posel Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, szanowny panie ministrze, szanowni państwo, ja mam kilka pytań do pana ministra.

Po pierwsze, chciałabym zapytać pana ministra o stan przygotowania ustaw do wdrażania. Pytanie moje jest bardzo konkretne. Ilu i jakich rozporządzeń brakuje oraz ilu i jakich zarządzeń prezesa NFZ brakuje w związku z wdrażaniem nowych ustaw. Ja bym prosiła – ja sama ściągnęłam kilkadziesiąt tych projektów rozporządzeń z Internetu, ale ponieważ obiecałam moim wyborcom w okręgu, że w poniedziałek udzielę im takiej odpowiedzi...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Może pani profesor spróbować zmienić mikrofon. Niestety, te warunki są trudne.

Posel Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Albo ktoś włączył lub wyłączył. Będę więc bardzo zobowiązana, jeśli...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę o włączenie mikrofonu.

Posel Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Słucham? Ja mówię dość głośno...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

To nie jest kwestia mówienia głośno, pani profesor. Wszystkie posiedzenia Komisji są nagrywane i szczegółowo zapisywane. To jest jednak bardzo ważna sprawa.

Proszę bardzo, widocznie lepszy jest ten mikrofon.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Bardzo bym prosiła o udzielenie takiej odpowiedzi na piśmie – gdyż obiecałam to w moim okręgu, moim wyborcom, którzy są bardzo zaniepokojeni i zainteresowani taką informacją – abyście państwo zechcieli do soboty, do końca dnia, takiej informacji udzielić. Jest ona niezwykle ważna, zresztą w świetle tej informacji, którą nadesłał nam faksem 28 listopada pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, który pisze, że wydaje jakieś szczątkowe zarządzenia, że brakuje rozporządzeń, że od września do 15 listopada ukażało się 10 rozporządzeń zmieniających rozporządzenia „koszykowe” – z tego połowa z datą 15 listopada – i w związku z tym zmusza to pana prezesa do fragmentarycznych zarządzeń. Wyobrażamy sobie... Ja mówię jako pacjentka, która, niestety, nie może podzielić tego optymizmu pana ministra, a bardzo bym chciała. Naprawdę, bardzo bym chciała. Proszę więc o taką odpowiedź. Ona jest naprawdę dla wszystkich ważna.

Druga sprawa, o którą chciałam pana ministra zapytać, dotyczy planu finansowego NFZ-u na rok 2012, który tutaj dostaliśmy także w szczątkowej formie. Wołałabym dostać go dokładniej. Jest to plan, który został zatwierdzony 16 sierpnia 2011 r.

Otóż, z tego planu wynika, że w ujęciu realnym nie rosną dochody Narodowego Funduszu Zdrowia, a także – tutaj już mówił to pan poseł – nie ma, jeśli chodzi o ujęcie makroekonomiczne, żadnych pozytywnych jakby oczekiwań, że te dochody będą rosły. Na czym więc pan ma zamiar oprzeć tę jakość, która nieustannie w pana wystąpieniu była podkreślana? Oczywiście, wszystkim nam zależy na tym, żebyśmy byli dobrze leczeni. Wobec tego chciałabym prosić o wyjaśnienie – rozumieniem, że pan inaczej podzieli te środki, którymi pan dysponuje i w związku z tym w jednej dziedzinie osiągnie pan wyższą jakość, wyższe finansowanie, z innych dziedzin pan zrezygnuje. Prośba, żeby dokładniej nam wyjaśnić, na czym będzie to polegać.

I teraz to, z czym do mnie zwracają się moi wyborcy, starzy ludzie, którzy ślepną, i pytają mnie, jak długo mają czekać, na przykład, w województwie warmińsko-mazurskim, w województwie podkarpackim, na operację zaćmy, na operację wymiany biodra. Proszę powiedzieć – tutaj jest prasa, jest telewizja – na pewno pana wyborcy, i moi wyborcy bardzo się ucieszą z takiej informacji.

Mówił pan o nowych ustawach. Mnie to martwi, nie dlatego, że nie widzę potrzeby zmian w ochronie zdrowia, ale dlatego, że wołałabym, żeby nie było większego niż jest bałaganu i niepokoju osób chorych, które muszą z tego systemu – co tu dużo mówić, zdeorganizowanego – korzystać. Dlatego też proszę nam przynajmniej dostarczyć to wcześniej, nie tak, jak tu właśnie dzisiaj dostaliśmy z Ministerstwa Zdrowia informację o projekcie ustawy na jutro do rozpatrywania. Będziemy więc bardzo zobowiązani, jeśli pan dokładniej o tych ustawach, a przynajmniej założenia tych ustaw, nam pan wcześniej dostarczy.

Wreszcie pytanie, które dotyczy całego...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Pani profesor, musimy jednak nagrywać. Sekundkę proszę. Troszeczkę spokoju. Myślę, że musimy tę salę zgłosić w przerwie technicznej, jak będzie rozpatrywany drugi punkt.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

W okolicznościach...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę starać się jednak bardzo skondensować pytania. Jest jeszcze kilku chętnych do zadania pytań.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, już kończę. Jest to ostatnie pytanie. Ma ono charakter lokalny. Dotyczy Warszawy.

Otóż, na początku października w Warszawie zlikwidowano akademicką służbę zdrowia. Po prostu ją zlikwidowano. Sprowadzono jakąś firmę prywatną z Tarnowa, która reklamuje się w ten sposób, że „każdego uleczy”, a także, że ma „ogromne doświadczenie w opiece medycznej nad środowiskiem akademickim”.

W Warszawie studiuje ponad 100 tys. studentów. Uczelnie zatrudniają kilkudziesięciu pracowników. Likwidacja akademickiej służby zdrowia nastąpiła od 1 października 2011 r., a pracowników – nie wiem, czy także studentów – powiadomiono o tym dopiero 12 października br. Pomimo wielu starań nie uzyskałam informacji dotyczących tej sprawy, tak istotnej dla środowiska akademickiego Warszawy. Przy okazji pospiesznej likwidacji zniszczono lub zagubiono dokumentację przebiegu diagnostyki i leczenia chorób przewlekłych. Firma z Tarnowa zatrudnia tylko lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Nie ma lekarzy specjalistów. Bardzo proszę o wyjaśnienie, dlaczego tak się stało? Dlaczego środowisko akademickie nie zostało i nadal nie jest w tej sprawie informowane? W czym interesie dokonano tych zmian? Kto i po co to zrobił?

Będę zobowiązana za udzielenie pełnej informacji – muszę informacje od pana ministra przekazać wielu zainteresowanym sprawą pracownikom i studentom szkół wyższych w Warszawie. Bardzo wielu się do mnie zgłasza. Nie mam innej drogi uzyskania informacji, bo są one – z niewiadomych powodów – skrywane. To tyle na ten temat. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Przypominam, żeby mimo, iż mamy kłopoty ze sprzętem, jednak starać się używać mikrofonów. Poprosiłbym, żeby wyłączyć te mikrofony, które dzisiaj stale są włączone – widzę przy panach ministrach – bo być może zbyt duże... Nie da się. Tak? To one po prostu same się włączają i wyłączają. Jest tu jakaś dziwna siła.

Proszę bardzo, pan poseł Balt. Proszę bardzo.

Poseł Marek Balt (SLD):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, pana exposé to taka piękna bajka o tym, że wszyscy są młodzi, zdrowi i bogaci. Bardzo dobrze się jej słuchało, ale efekty zobaczymy za kilka lat. Będzie też z czego rozliczać.

Moje pytanie – mam kilka pytań. Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne. Ile pieniędzy – jak pan szacuje – z tych dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wpłynie do systemu opieki zdrowotnej?

Kolejne pytanie – konkurencja na rynku płatnika. Czy to jest próba marginalizacji, a w przyszłości likwidacji ubezpieczyciela publicznego, czyli NFZ? Jaki to będzie inny ubezpieczyciel? Czy jest to początek przekształcania publicznego systemu ubezpieczeń w niepubliczny system ubezpieczeń?

Kolejne pytanie. Czy uważa pan, że w systemie opieki zdrowotnej jest wystarczająca ilość pieniędzy i czy dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne to jest pewna forma dodatkowego opodatkowania obywateli naszego kraju?

Kolejne pytanie. Mówił pan, że jest pan za tym, żeby przekształcać szpitale w spółki. Co pan powie na temat raportu NIK-u, który w jasny sposób mówi, że szpitale przekształcane w spółki nadal się zadłużają, a te, które się nie zadłużają, czynią to kosztem ograniczenia dostępności dla pacjentów, likwidacji łóżek, zwalniania pracowników z tych szpitali? I de facto te szpitale, które dobrze funkcjonują, ograniczają dostępność do opieki zdrowotnej.

Kolejne pytanie. Mówił pan, że jest pan za konsolidacją szpitali. Ja jestem posłem z Częstochowy. Tam niedawno połączono dwa duże szpitale wojewódzkie w jeden bardzo duży szpital, który zatrudnia 2 tys. pracowników. Ten szpital zadłuża się dzisiaj dwa razy szybciej niż poprzednio osobne dwa szpitale. Miałbym do pana taką prośbę, żeby pan to sobie przeanalizował. Tylko niech pan nie korzysta z oficjalnych danych dyrektora szpitala, tylko przeanalizuje to na dokumentach – spróbuje przeanalizować to na dokumentach. Zobacz pan... Chodzi o dokumenty z NFZ-u. Chodzi o...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Panie ministrze, proszę nie polemizować. Proszę panu posłowi dać się wypowiedzieć.

Poseł Marek Balt (SLD):

Chodzi o to, żeby pan tę sytuację przeanalizował dokładnie – jeden duży szpital zadłuża się dwa razy szybciej niż dwa mniejsze.

Moje kolejne pytanie. Kampania społeczna – „jak żyć zdrowo”. Może pytanie trochę ad personam – czy pan będzie pan twarzą tej kampanii i czy nadal pali pan papierosy?

Kolejne moje pytanie dotyczy ustawy refundacyjnej. Co z lekami dla osób po przeszczepach płuc, które zgłaszają się do mnie i mówią, że tych leków refundowanych, których do tej pory używały, nie ma na liście leków refundowanych? Chciałbym uzyskać taką informację, czy te leki się znajdują, czy są tam, czy są zamienniki. I o tyle.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze raz przypominam o próbie streszczania się.

Pan poseł Katulski. Proszę uprzejmie.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, ja bardzo chętnie odniósłbym się do wypowiedzi kilku moich poprzedników, ale ze względu na ograniczony czas, nie będę tego czytać.

Muszę powiedzieć tak – poprzednią kadencję cztery lata pracowaliśmy w Komisji Zdrowia wspólnie z panem ministrem, który był po drugiej stronie, ale nie zawsze, ponieważ merytorycznie dość często zgadzał się z nami. Wydaje mi się, nawet teraz – biorąc pod uwagę to, że będzie kierować resortem i wdrażać pewne nasze pomysły, projekty i ustawy – że będzie mieć trochę inne spojrzenie, często krytyczne, które pozwoli mu pracować w sposób bardziej racjonalny.

Usłyszałem dwie bardzo ważne, pozytywne rzeczy. Po pierwsze, podoba mi się pomysł opieki skoordynowanej. Oczywiście, diabeł tkwi w szczegółach i pewnie w przyszłości dowiemy się, jak to będzie realizowane, ale już sam pomysł jest, moim zdaniem, nawet, powiedziałbym, rewolucyjny, czego pan minister unika. Ja mogę sobie pozwolić na takie słowo. I uważam, że czas najwyższy, abyśmy w takich kategoriach zaczęli postrzegać rolę systemu względem pacjenta. Ja tak to widzę.

I druga sprawa, która bardzo mi się podoba, i uważam, że czas najwyższy głośno o tym mówić – cieszę się, że pan minister to powiedział. To sprawa związana z funkcjonowaniem i finansowaniem całego systemu. I dziękuję bardzo. Ja konkretnych pytań właściwie nie będę zadawać.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan poseł Czerniak.

Poseł Jacek Czerniak (SLD):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, ja myślę, że to dwoiste exposé można zatytułować jako „Wizja szklanych domów”, ale jeżeli zrealizuje pan te zamierzenia w 50-procentach, to – myślę – będzie pan bohaterem narodowym.

Natomiast nie zgadzam się z jedną tezą, którą pan przedstawił, że samorządowcy mają ambicję posiadania szpitali – różne organy założycielskie, jak pan mówił, marszałek, burmistrz, prezydent czy starosta. Otóż, dzisiaj w większości te szpitale są zadłużone. I rozumiem hasło konsolidacja, ale gdyby pan minister zechciał rozwinąć, na czym miałyby polegać konsolidacja – czy miałyby powstać tylko jeden organ założycielski, czy te szpitale miałyby się konsolidować w ramach jednego organu założycielskiego?

Ponieważ powiedział pan o restrukturyzacji łóżek i restrukturyzacji kadry, to ja mam pytanie – jeżeli ta konsolidacja nastąpi, czy przewiduje pan – oczywiście, w postaci projektu ustawy – pomoc ze strony państwa? Czy to będzie kolejna ustawa o pomocy restrukturyzacyjnej? Czy pan minister zechciałby odpowiedzieć na to pytanie? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pan poseł Lassota.

Poseł Józef Lassota (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, ja pewnie jestem w zdecydowanej mniejszości na tej sali, bo akurat nie jestem i nie byłem ani lekarzem, ani pracownikiem służby zdrowia, natomiast byłem, i pewnie jeszcze będę, pacjentem.

Wysłuchałem tego exposé pana ministra, które mnie nastroiło optymistycznie, ale też nie tylko optymizm dał mi wiarę, że pan zrealizuje założenia, które pan przedstawił, które również z punktu widzenia pacjenta będą dawać nadzieję.

Pan minister powiedział, że przeszedł w swojej karierze drogę od studenta medycyny poprzez lekarza, wykładowcę aż do ministra – i jeszcze parlamentarzystę – i zna pan wszystkie te problemy. Nie wspomniał pan wprawdzie, że pan je również zna od strony pacjenta, ale może nie miał pan okazji, natomiast w całym exposé rzeczywiście było wielokrotnie podkreślane, że podmiotem jest pacjent. I przejęczył się pan kilka razy – przepraszam, że taką uwagę zgłaszam – bo pan ze dwa razy powiedział „ochrona służby zdrowia”. Ja rozumiem, że poprzednio była służba zdrowia, a teraz jest ochrona zdrowia, ale żeby czasem ktoś tego nie zrozumiał, że te wszystkie działania zmierzają do ochrony służby zdrowia.

Powiedział pan minister również, że trzeba „gonić” tych, którzy będą wykorzystywać środki finansowe przeznaczone na służbę zdrowia w sposób niewłaściwy. Zaapelowałbym, żeby pan może nie „gonił”, ale monitorował – może to inne sformułowanie, nie wiem – monitorował Narodowy Fundusz Zdrowia, bo to jest jednak swoistego rodzaju państwo w państwie. A tak naprawdę, ja czułbym się bezpiecznie – oprócz tych wszystkich działań, które są w ochronie zdrowia – wtedy, kiedy miałbym wybór nie tylko świadczeniodawcy, ale również płatnika.

Na zakończenie takie pytanie – czy po tych pięciu tygodniach ministrowania pan minister widzi realną perspektywę wprowadzenia konkurencji płatnika w tej kadencji, albo ewentualnie, kiedy? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan poseł Chmielowski, a później pan poseł Kazimierz Ziobro.

Poseł Piotr Chmielowski (RP):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, mamy dzisiaj wielu gości i właściwie wszyscy ci goście oczekują na informację dotyczącą ustawy refundacyjnej, ale nie w zakresie ilości leków i poziomu refundacji, czy jakiś lek będzie mieć taką, owaką i ile zapłaci pacjent, bo to jest sprawa drugorzędna, powiedziałbym nawet, trzeciorzędna. Tutaj chodzi o to, że w ustawie zapisano wiele punktów i paragrafów, na podstawie których urzędnik, czyli istota bezduszna i najczęściej bezrozumna, może bezlitości karać czy to aptekarza czy lekarza. Za co może ukarać? Może ukarać za krzywy haczyk przy literce „a”. Może ukarać za krzywo przybitą pieczęć albo niewyraźnie przybitą pieczęć, albo za coś, co można nazwać receptą, bo pacjent włożył do kieszeni i coś jest niewyraźne albo zalane.

Chciałem panu zwrócić uwagę na to, panie ministrze, że jeden z pana wiceministrów informował Naczelną Radę Lekarską na piśmie, że ponad 75% recept – to jest cytat – „zawiera mniejsze lub większe błędy, w tym co czwarty błąd uzasadnia odesłanie do świadczeniodawcy”, to znaczy w tym sensie, że lekarz ma tę receptę poprawić. Oznacza to, że lekarze i aptekarze będą karani po 10 tys. zł za 75% recept.

Ale idźmy dalej, bo ten sam minister, czy wiceminister, podał, że źródłem informacji, o których tu mowa – o tych 75-procentach – była publikacja w „Gazecie Wrocławskiej”, powołująca się na dane NFZ z kontroli aptek w 2009 r. w województwie dolnośląskim. Pytanie więc brzmi, czy ten minister rzeczywiście to gdzieś sprawdził, czy tylko sobie gazetę przeczytał.

Panie ministrze, kiedy wreszcie zaczniemy traktować prawo poważnie? Jeżeli dochodzi do jakiegokolwiek konfliktu pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ-em, będą osądzać tę sprawę sądy powszechne, czy organa powołane do wydania konkretnego wyroku, a nie urzędnik NFZ-u, który zawsze to zrobi bezdusznie, złośliwie i nieprofesjonalnie, bo nie jest do tego powołany? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie o zabranie głosu pana posła Ziobro.

Poseł Kazimierz Ziobro (SP):

Panie przewodniczący, panie ministrze, czy dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne mają charakter dobrowolny czy obligatoryjny? Prawdopodobnie dobrowolny. A jeżeli tak, to czy ci, którzy pójdą, że tak powiem, od ręki do lekarza specjalisty, nie wypchną tych, którzy z przyczyn ekonomicznych nie ubezpieczą się dodatkowo? To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie jest tego rodzaju. Czy pan minister w perspektywie zakłada likwidację publicznej ochrony zdrowia poprzez przekształcenie szpitali na tym etapie? Wiadomo, że to nie przysporzy środków dla organów założycielskich. Wiadomo również, że jeśli Narodowy Fundusz Zdrowia zalega z płatnościami za nadwykonania, kondycja ekonomiczna szpitali się nie polepsza, jeżeli nie dopuścimy kolejnych udziałowców, czyli nie damy w perspektywie możliwości prywatyzacji. To niczego dobrego nie wróży.

Pan nie wskazał na źródła finansowania – skąd pan weźmie na to pieniądze? Czy może z likwidacji placówek istniejących, bo pan minister powiedział, że będzie namawiać starostów do tego, aby ograniczać ilość szpitali, żeby nie mieli przerostu ambicji w zakresie utrzymywania szpitali na tym poziomie i na tym etapie, i tylko do jakiegoś wąskiego świadczenia usług medycznych? Tak pan się wyraził. Czy poprzez likwidację tych placówek, jaką pan domyślnie zakłada, nie spowoduje pan wydłużenia kolejek i dostępności pacjentów do lekarzy, które w tej chwili – podkreślam – trwają trzy lata, a czasami dłużej? Oczekuję odpowiedzi na moje pytania. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Hok.

Poseł Marek Hok (PO):

Panie ministrze, panie przewodniczący, szanowni państwo, też nie chciałbym polemizować z moimi poprzednikami, ale trudno nie odnieść się do niektórych wystąpień. Cieszę się, że w wystąpieniu pana ministra, w jego exposé usłyszałem to, co chciałoby się usłyszeć, o kontynuacji tych trudnych ustaw, które już funkcjonują.

Wydaje mi się, że pieniędzy zawsze będzie za mało, ale oszczędzać trzeba zacząć od siebie. Właśnie ten projekt konsolidacji, łączenia, jest dobrym pomysłem. Ja przez 5 lat reprezentowałem samorząd województwa, gdzie wykonywaliśmy konsolidację. I ten przykład z Częstochowy, panie pośle, może nie jest najlepszy, ponieważ tam może rzeczywiście połączono dwa duże szpitale, ale nie wykonano żadnej restrukturyzacji, i dlatego też ten szpital ma kłopoty.

My nie mówimy o zamykaniu szpitali czy też o likwidacji pewnych oddziałów, ale o kierunku, o którym mówił pan minister w swoim exposé, czyli rozwoju geriatry i licznych usług medycznych – rehabilitacyjnych, długoterminowych, opiekuńczych. Taka jest demografia i w tym kierunku musimy nasze szpitale przekształcać. Nikt nie mówi o likwidacji łóżek tam, gdzie są one potrzebne. Ale, z drugiej strony, trzeba też patrzeć na oszczędności. Jeżeli w danym terenie, w okręgu 50 km jest 4-5 szpitali, które ze sobą konkurują, a obłożenie łóżek jest na poziomie 30-40% – pacjentów jest po kilku w skali roku – to nie ma zasadności ekonomicznej, żeby one funkcjonowały. Należy je przekształcać w oddziały rehabilitacyjne, długoterminowe, opiekuńcze i paliatywne – kierunek jest chyba słuszny. I, tak jak powiedziałem, należy zacząć oszczędzać od siebie, czyli od samorządowców, którzy są teoretycznymi właścicielami tych szpitali. A jaka będzie rzeczywistość w roku 2013, to zobaczymy, kiedy będą pierwsze wyniki oceny wyniku finansowego za rok 2012. Wtedy właśnie marszałkowie, starostowie, burmistrzowie czy też prezydenci staną przed decyzją życiową – spłacać, likwidować, przekształcać w spółkę.

Tak więc ja nie mam pytań do pana ministra, ale cieszę się z rozwoju w tym kierunku, który został przedstawiony i że będzie kontynuacja tych bardzo trudnych ustaw. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani posłanka Kłosin.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Panie ministrze, chciałabym króciutko poruszyć problem dotyczący możliwości wydania polskim pacjentom tak zwanej karty ubezpieczenia zdrowotnego. Wiemy, że w całej Europie takie karty funkcjonują. U nas były podejmowane próby. Wiem, że w poprzedniej kadencji były prowadzone prace przez MSWiA i resort zdrowia, dotyczące połączenia funkcjonalności dowodu osobistego i karty ubezpieczenia zdrowotnego. I wiem, że Narodowy Fundusz Zdrowia w zasadzie był gotowy do przesyłania danych i informacji dotyczących ubezpieczenia pacjenta, generowanych na bazie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Pan minister mówi, że przewidujemy w tej chwili danie dostępu do CWU. Myślę, że karta ubezpieczenia zdrowotnego bardzo by ten problem uprościła.

Narodowy Fundusz Zdrowia obecnie wydaje pacjentom udającym się za granicę tak zwaną Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego. Może na początek można by było rozszerzyć funkcjonalność tej karty EKUZ, ponieważ wszystkie oddziały NFZ-u są technicznie przygotowane do wydawania tej karty, mają oprzyrządowanie, sprzęt i mogłyby również wydawać kartę ubezpieczenia zdrowotnego dla naszych polskich pacjentów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Sztolcman, proszę uprzejmie.

Poseł Grzegorz Sztolcman (PO):

Panie ministrze, panie przewodniczący, ja też jestem lekarzem, i to ciągle praktykującym. Oczywiście, wszyscy, którzy jesteśmy związani z ochroną zdrowia, wszyscy pacjenci, mamy pewne obawy, mamy pewne uwagi co do funkcjonowania ochrony zdrowia.

Pewnie słuszne było stwierdzenie pana ministra, że pieniędzy w ochronie zdrowia nigdy nie będzie dosyć, bo przecież są coraz to nowe technologie, żyjemy coraz dłużej, będziemy też w związku z tym wymagać coraz dłużej opieki medycznej, ale chcę powiedzieć, że wystąpienie pana ministra mnie uspokoiło, dlatego że uważam, że w sposób jasny i dość klarowny przedstawił pan swój program działania. Moją uwagę zwróciły szczególnie dwie rzeczy, a mianowicie to, że pan minister chce zmienić sposób pracy i funkcjonowania samego Ministerstwa Zdrowia. Myślę, że jest to bardzo istotna informacja, która może w całym tym nawale problemów z ustawą refundacyjną i z innymi troszkę nam umknęła, ale to naprawdę jest jedna z ważniejszych informacji, którą pan minister nam przekazał.

I właściwie mam jedno pytanie dotyczące konsolidacji, bo rozumiem z wystąpienia pana ministra, że bardziej chyba chodzi o taką konsolidację właścicielską. Jeśli mój tok myślenia jest błędny, to bardzo bym prosił o wyjaśnienie w tej sprawie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani posłanka Gądek.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Panie ministrze, panie przewodniczący, jako ta nowa posłanka, do której pan minister się zwracał na początku swojego wystąpienia, wieloletni samorządowiec, a do tej pory lekarz praktyk, chciałabym powiedzieć kilka słów, oczywiście, nie polemiki z przedmówcami, tylko na temat wystąpienia pana ministra, i na końcu zadać pytanie.

Pierwsza kwestia, bardzo ważna dla lekarzy praktyków, generalnie – całego systemu ochrony zdrowia, a mianowicie to, o czym nikt tu jakby nie wspomniał, a na co pan minister kładł bardzo duży nacisk – system koordynacji opieki zdrowotnej. Niezmiernie ważna rzecz. Przyniosłaby bardzo duże oszczędności, gdyby udało się to wprowadzić – oszczędności wymierne, czyli finansowe, o czym tu mówimy, ale i te, których nie jesteśmy w stanie zmierzyć, a mianowicie oszczędności w sensie zadowolenia pacjenta, podniesienia jakości usługi medycznej i zadowolenia pracownika ochrony zdrowia. To jest kwestia, którą należy bardzo mocno podkreślić. Będę kibicować panu ministrowi, jeżeli będzie to tylko w jakikolwiek sposób przydatne – oczywiście wskazówek ze wszystkich stron wiele. I myślę, że to uda się wprowadzić. Byłoby to dla nas wszystkich niezmiernym sukcesem.

Druga sprawa, bardzo ważna dla lekarzy praktyków i w ogóle osób pracujących w ochronie zdrowia w całym kraju, to hasło, które było podane, a mianowicie deregulacja. Oczywiście, rozumiem, że z racji czasu i miejsca była to tylko kwestia podana hasłowo, ale mam nadzieję, że nie skończy się na hasle i ta praca w sensie deregulacji, czyli zmniejszenia obciążenia niepotrzebnymi często przepisami, będzie wdrażana. I to jest dla nas bardzo, bardzo ważne.

Nie będę się oczywiście odnosić do wszystkich innych kwestii, których w tym wystąpieniu było bardzo dużo – pozytywnych, ale na zakończenie jedno pytanie – trochę dziegiu, żeby nie było bardzo słodko. Pan minister powiedział, że będzie dokładnie monitorować wprowadzanie ustawy refundacyjnej. Na czym, tak naprawdę, miałoby polegać to monitorowanie, bo to już za trzy tygodnie. Wszyscy lekarze, pacjenci, pracownicy ochrony zdrowia jesteśmy jakby podminowani wprowadzeniem tejże ustawy. Co resort, co pan minister planuje zrobić tak naprawdę w te trzy tygodnie, żeby przejście w nową formę ustawową było, powiedzmy, bezbólone? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani posłanka Okrągły. Proszę bardzo.

Poseł Janina Okrągły (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, mnie bardzo ucieszyło wystąpienia pana ministra, a szczególnie zwrócenie uwagi na trzy problemy – przynajmniej dla mnie bardzo ważne. Profilaktyka, czyli zapobieganie chorobom – mam nadzieję, że zmienimy ideę myślenia, że nie będziemy kłaść nacisku na medycynę naprawczą, ale na przede wszystkim zapobieganie chorobom, i tu, wydaje mi się, będą największe oszczędności – opieka skoordynowana i deregulacja. Ale chciałabym wrócić do profilaktyki. Jednocześnie moje pytanie – jak pan zamierza wzmocnić tę funkcję ochrony zdrowia? Kto miałby się tym zajmować? Bo uważam, że to powinna robić przede wszystkim opieka podstawowa i ona powinna być znacznie, znacznie wzmocniona. Czy nie powinno się stosować – może nie tylko dla opieki podstawowej – systemu zachęt dla jednostek ochrony zdrowia, które wdrażają programy edukacyjne, programy profilaktyczne poprawiające, zapobiegające chorobom? I czy jednocześnie nie powinniśmy też upodmiotowić pacjenta i powiedzieć, że on jest za to odpowiedzialny, i nawet zastosować przynajmniej jakiś system zachęt za stosowanie się do zaleceń i wykonywanie zalecanych badań profilaktycznych? To jest jedna rzecz.

I druga sprawa – deregulacja. Jest to bardzo ważne, bo z nadmiernym obciążeniem sprawozdawczością w jednostkach ochrony zdrowia dochodzi do zwiększenia administracji. A zwiększenie administracji to przesunięcie, że tak powiem, pieniędzy z leczenia na administrację, czyli zupełnie nie w tym kierunku. Tak więc, bardzo mnie to cieszy, a szczególnie ta profilaktyka. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Ziętek, proszę uprzejmie.

Poseł Jerzy Ziętek (PO):

Panie ministrze, panie przewodniczący, bardzo dziękuję za to wystąpienie. Standaryzacja świadczeń medycznych na każdym etapie, zbudowanie systemu opieki skoordynowanej, zarządzanie ruchem pacjenta, system dodatkowych ubezpieczeń – konkurencja na rynku płatnika, to wszystko właściwie w jedną klamrę spina jedno wyzwanie, któremu musimy sprostać, mianowicie to jest system e-zdrowia. Nawet teraz nasza ustawa refundacyjna – wydaje mi się, że tutaj informatyzacja i e-zdrowie są chyba priorytetem, żeby jak gdyby to wszystko skoordynować.

Natomiast bardzo się cieszę z takiej informacji, że priorytetem pana ministra będzie telemedycyna, bo też musimy troszkę polatać na Księżyc. I sam osobiście zgłoszę się w przyszłym roku z projektem dotyczącym położnictwa – właśnie telemedycyny w położnictwie. I nie tylko z dużym projektem, ale również z możliwością finansowania tego projektu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pani pośle. Proszę uprzejmie.

Poseł Dariusz Piontkowski (PiS) – spoza składu Komisji:

Dariusz Piontkowski. Ja co prawda nie jestem członkiem Komisji, ale mam kilka pytań odnoszących się do rzeczywistości i tu i teraz, ponieważ pan minister mówił o dalekiej, świetlanej przyszłości, ale jest kilka spraw, które należy rozwiązać w tej chwili, bo ten system będzie bardzo dolegliwy nie tylko dla pacjentów, ale także dla tych, którzy te usługi świadczą.

Po pierwsze, co pan zrobi chociażby w sprawie leków dla osób po transplantacjach, aby nie było tego szokowego przejścia z leków dotąd używanych na leki generyczne, bo to niedługo nastąpi, w myśl przepisów, które obowiązują.

Po drugie, co pan chce zrobić, aby dzielić pieniądze, które są w Narodowym Funduszu Zdrowia, tak, aby nie budziło to ogromnych kontrowersji w większości Polski – mam na myśli rezerwę budżetową, która niedawno została rozdzielona w ten sposób, że ponad 90% środków z tejże rezerwy zostało przekazane wyłącznie do jednego województwa – województwa mazowieckiego? Pan jako minister sprawuje przecież nadzór nad wydatkowaniem środków przez prezesa NFZ-u.

Mówił pan tutaj dosyć dużo o koordynacji świadczeń zdrowotnych między lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistą i szpitalem, a jednocześnie – nie wiem, czy pan wie – logika przepisów, według których w tej chwili NFZ organizuje postępowania konkursowe, działa wręcz odwrotnie. Powiem to na przykładzie województwa podlaskiego, gdzie w ostatnim czasie rozstrzygnięty został konkurs na rehabilitację. I proszę sobie wyobrazić, że ten konkurs był zorganizowany w ten sposób, że oddzielnie zamawiano porady medyczne, oddzielnie rehabilitację i w związku z tym efekt jest taki, że część świadczeniodawców ma wyłącznie porady lekarskie, a część ma tylko zabiegi. Według pana jest to logika, która idzie zgodnie z tym, co pan chciałby osiągnąć w służbie zdrowia? Przepraszam, ochronie zdrowia. W związku z tym myślę, że trzeba szybkich działań z pana strony, aby zapobiec tego typu nielogicznym rozwiązaniom, które będą funkcjonować przez następnych kilka lat wbrew tej logice, o której pan przed chwilą mówił.

I na zakończenie uwaga odnośnie do pana planów dotyczących konsolidacji szpitali. Ja przez jakiś czas byłem marszałkiem województwa, siedemnaście lat pracowałem w samorządzie, i wbrew temu, co pan mówił, dobre słowo i urok osobisty ministra, nawet takiego, jak pan, nie pomoże samorządowcom w konsolidacji. Oni przede wszystkim czują na swoich plecach oddech mieszkańców i jednocześnie wyborców. Oni muszą więc mieć rozwiązania systemowe, ustrojowe, które zdecydują o tym, że szpitale mają się łączyć, a samo namawianie tutaj przez ministra nie wystarczy.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca Małecka, proszę uprzejmie.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie ministrze, krótko chciałabym się odnieść do tego, co pan powiedział. Kierunek, który pan przedstawia, jest absolutnie zbieżny również z moimi poglądami. Cieszę się, że w czasie dyskusji poprzedniej kadencji, kiedy rozmawialiśmy na temat pewnych luk w naszej ochronie zdrowia, i mówiliśmy, że porządkując sprawy świadczeniodawców i zmieniając organizacyjno-prawne podstawy do ich funkcjonowania, musimy również mówić o płatniku. Teraz ten temat się pojawia, bardzo szeroko – z tego, co pan powiedział – zakrojony, co mnie bardzo cieszy. Chciałabym zapytać tylko, czy przewiduje pan pracę nad ustawami na temat płatnika, ubezpieczeń dodatkowych w najbliższym czasie. Czy to będzie również priorytet, tak jak to było powiedziane o zdrowiu publicznym?

Druga rzecz, która również pojawiała się wtedy w pracach nad ustawą o działalności leczniczej. To tak zwana opieka pacjenta, który miał poruszać się w systemie w sposób kontrolowany, i uważaliśmy, że ciągłość opieki jest tutaj najważniejsza. Rozumiem to w ten sposób, że te zapowiedzi właśnie tego będą dotyczyć, że będziemy mówić o efektywności, jakości i o tym, że pacjent będzie się poruszać w systemie w sposób bezpieczny.

I trzecia rzecz – zdrowie publiczne, o którym przez ostatnie lata dopiero zaczynaliśmy mówić coraz głośniejszym głosem. Było poruszanych wiele tematów, łącznie z geriatrią, z problemami właśnie ludzi starszych. Także tutaj pełna determinacja. Myślę, że powinniśmy

ruszyć jak najprędzej z pracą nad zdrowiem publicznym z tego względu, że demografia, niestety, jest nieubłagana i nie tylko opieka zdrowotna, ale szereg różnych problemów, które dotyczyć będą geriatry, będzie się pojawiać. Myślę, że jest to kolejny obszar, który bardzo dobrze, żeby jak najszybciej został poruszony poprzez ustawy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Widzę, że zgłaszają się państwo posłowie. Jeszcze pan poseł. Tak? Proszę uprzejmie.

Panie pośle, czy można byłoby spróbować zmienić mikrofon, bo mamy problem techniczny z nagrywaniem, a tu trzeba się nagrywać. To nie jest kwestia awarii aparatury. Proszę bardzo.

Poseł Marek Gos (PSL):

Szanowni państwo, chcę zapytać i zwrócić uwagę na problem, który może być podnoszony, ale może zbyt mało wyraźnie. Oczywiście, wszyscy jesteśmy za jakością, natomiast ja chcę powiedzieć o konieczności zwiększenia dostępności, szczególnie do leczenia zamkniętego.

Szanowni państwo, ciągle, z każdym rokiem, mamy do czynienia z jednym zjawiskiem, na które bardzo wyraźnie chcę zwrócić uwagę – limitowanie świadczeń w leczeniu zamkniętym, i to na tych oddziałach, które ratują życie. Na oddziałach zabiegowych, wysokospecjalistycznych. W listopadzie już niektóre szpitale na niektórych oddziałach nie mają kontraktu. I szanowni państwo, mam pytanie do pana ministra – czy pan minister ma pomysł na to, aby ograniczyć limitowani świadczeń w leczeniu zamkniętym? To jest pierwsze moje pytanie.

I drugie krótkie pytanie. W świetle jakby obietnicy deregulacji, upraszczania pewnych procedur, jaki pan minister ma pomysł na dalsze funkcjonowanie Narodowego Funduszu Zdrowia. Czy myśli pan o decentralizacji? Czy myśli pan o odbiurokratyzowaniu tej instytucji, bo z każdym rokiem Fundusz, według mojej oceny – a osiem lat w województwie zajmowałem się ochroną zdrowia – jest coraz trudniej i rzeczywiście coraz mamy więcej problemów biurokratycznych, czysto formalnych z tym, żeby tę współpracę z płatnikiem prowadzić? Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że państwo posłowie już wyczerpali listę tych, którzy chcieli zgłosić się do pytań. Jeszcze pan poseł. Tak? Bo chciałem udzielić głosu jeszcze...

Panie pośle, pan drugi raz. Bardzo krótko, proszę uprzejmie. Proszę włączyć mikrofon.

Poseł Kazimierz Ziobro (SP):

Czy w ramach tej opieki skoordynowanej – oczywiście, adresuję pytanie do pana ministra – jak również profilaktyki, zakłada pan opiekę medyczną stomatologa w szkołach? Onegdaj było to praktykowane i wydaje mi się, że do tego dobrego wzorca należałoby wrócić. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z zaproszonych gości chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, jest teraz czas. Proszę uprzejmie. Ale bardzo proszę o dyscyplinę – czas po prostu płynie.

Nie będę zapraszać imiennie, bo nie wszystkich pamiętam. Proszę, pan prezes Hamankiewicz i pani przewodnicząca. Proszę bardzo.

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz:

Bardzo dziękujemy za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie Komisji Zdrowia. Jestem pod dużym wrażeniem determinacji, woli i chęci pracy nowego ministra zdrowia. Najbardziej cieszy mnie to, że jest lekarzem praktykiem, o czym szeroko opowiadał, i bardzo dobrze rozumie nasze problemy. A mam nadzieję, że po 1 stycznia nie opuści gabinetu lekarskiego i raz w tygodniu zechce usiąść razem z nami i spotkać się z pacjentami. W związku z tym nie zadam jemu pytania, natomiast, ponieważ są państwo w pełnym gronie członków Komisji, chciałbym zapytać, czy państwo, widząc chęć ministra zdrowia, wielką wolę i pewną sprzeczność z tym, co minister mówi, że lekarz powinien leczyć, a nie zajmować się czynnościami administracyjno-biurokratycznymi – on bardzo chce, ale jednocześnie

istnieje ustawa refundacyjna – rozważają państwo poselski projekt ustawy o zmianie ustawy refundacyjnej, w szczególności w zakresie art. 48? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani przewodnicząca. Kolejność według własnego uznania, proszę.

Przewodnicząca Rady Branżowej Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych Urszula Michalska:

Dziękuję bardzo. Urszula Michalska – Federacja Ochrony Zdrowia. Panie ministrze, do pana króciutkie pytanie.

Oprócz grupy zawodowej lekarzy i pielęgniarek, wiodących w systemie ochrony zdrowia, są również inne zawody medyczne. Czy w pana kadencji doczekamy się, że prace nad projektem ustawy o niektórych zawodach medycznych zaczną być poważnie traktowane? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pani przewodnicząca Ochman.

Przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Maria Ochman:

Bardzo dziękuję. Panie ministrze, na wstępie chciałabym panu życzyć determinacji i siły do tego, żeby panu ten program się udał. W wielu obszarach na pewno jesteśmy gotowi wspierać, oczywiście, jeśli pan minister uzna to za celowe, ponieważ nie mówił pan nic o dialogu społecznym. Powiedział pan tylko o pielęgniarce i położnych. A ja myślałam, że ta przykra praktyka z poprzedniej kadencji konfliktowania środowiska, z pana przyjściem się skończy – bo te złe doświadczenia podpisywania porozumień z jedną grupą zawodową naprawdę bardzo mocno skonfliktowały środowisko.

Stąd mój apel do pana ministra, aby pan zechciał porzucić tę drogę – bo to jest zła droga – jeśli chce pan rzeczywiście, żeby system działał jako zespół naczyń połączonych. Ja panu bardzo dziękuję za to, co pan powiedział, ponieważ, rzeczywiście, „Solidarność” wielokrotnie podkreślała, że nie da się mówić o systemie służby zdrowia w oddzieleniu? To musi funkcjonować. Tak jak musi funkcjonować szpital – zespół pracowników pod kierunkiem lekarza. Natomiast my coraz częściej w szpitalach mamy dziesiątki podmiotów, które pracują na korzyść swoich firm, a nie na korzyść pacjenta i nie na korzyść tego szpitala. Dlatego też, pani ministrze, ze smutkiem przyjąłam wywieszenie przez pana białej flagi – bo tak to odebrałam – w momencie, kiedy pan powiedział o spółkach. Nie musimy przekształcać szpitali w spółki. Pan o tym doskonale wie, że jest to zło.

Myślę, że z jeszcze większym zdumieniem usłyszałam wypowiedź pana posła Latośa, który powiedział, że nic tu nie możemy zmienić. Parlament może zmienić tę ustawę i powinien ją zmienić. Powinien zmienić ją jak najszybciej, ponieważ ta ustawa nie rozwiązuje problemów, ona zdestabilizuje system. Ja rozumiem uwarunkowania polityczne, które w tym momencie występują, ale chcę powiedzieć, że nie możemy patrzeć wyłącznie poprzez pryzmat poprawności politycznej, musimy również, pani ministrze, rzeczywiście robić to, co jest dobre, co jest potrzebne, co jest skuteczne. I w tych wszystkich sprawach będziemy pana wspierać. Również w sprawie konsolidacji, ponieważ w Polsce jest za dużo organów właścicielskich. Ale nie wystarczy pana deklaracja – musi być do tego zmiana ustawy o samorządzie terytorialnym, a tutaj będzie panu potrzeba znacznie więcej szczęścia i rzeczywiście porozumienia ponadpolitycznego.

Jeśli pan postawi na dialog, z naszej strony może pan liczyć na współpracę w sprawach słusznych, ale proszę nie zapominać, że w szpitalach pracują pracownicy opieki zdrowotnej, którzy wykonują jednak, mimo wszystko, służbę, bo oni służą ludziom chorym. Nie są ochroniarzami. To nie jest ochrona zdrowia, mimo że niektórzy tak uważają. To jest służba, to jest misja, to jest powołanie. I ci ludzie chcieliby być dostrzeżeni. Mam nadzieję, pani ministrze, że pan ich dostrzeże i że nie pójdziemy tą drogą, na której pracowników służby zdrowia zastępują podmioty działalności, i że odejdziemy właśnie od tej niechlubnej praktyki zmuszania pracowników do przechodzenia na umowy cywilnoprawne.

Życzę panu, mimo wszystko, mimo tych zastrzeżeń, powodzenia. Mam nadzieję, że wyciągnie pan również wnioski z błędów swoich poprzedników. Ja zawsze mówiłam to wielokrotnie, że możemy się w wielu sprawach różnić, ale ważne jest, żebyśmy chcieli i potrafili ze sobą rozmawiać, panie ministrze.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Poproszę gości o skrócenie tych wypowiedzi. Proszę o przedstawianie się, bo ja, niestety, wszystkich nie znam. Proszę bardzo, pani. Proszę uprzejmie.

Przedstawicielka Pracodawców RP Paulina Kieszkowska-Knapik:

Dzień dobry. Paulina Kieszkowska-Knapik – Pracodawcy RP. Mam dwa krótkie pytania. Pierwsze – o ustawę refundacyjną, a drugie – o ustawę o działalności.

Jeśli chodzi o ustawę refundacyjną, to, zgodnie z jej brzmieniem, nowy wykaz powinien zawierać decyzje ostateczne. Z tego, co wiem, firmy farmaceutyczne, które negocjowały z ministerstwem, nie dostały jeszcze tych decyzji. Żeby one były ostateczne, musi upłynąć 14 dni od ich doręczenia. Moje pytanie logistyczne jest więc takie – kiedy te decyzje zostaną doręczone i co, jeżeli do 1 stycznia nie będzie ostatecznych decyzji? Co będzie zawierać wykaz leków refundowanych? To pierwsze pytanie.

A drugie pytanie jest takie. Czy ministerstwo zdaje sobie sprawę z tego, że na podstawie ustawy o działalności leczniczej wydawane są już wyroki sądów cywilnych, że zakłady opieki zdrowotnej nie mają osobowości prawnej, ponieważ państwo – rząd, a później parlament – zapomnieli napisać w ustawie, że samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mają osobowość prawną?

Mam przed sobą wyrok pacjentki, która wносиła o rentę ponieważ była zakażona przez szpital. Jej powództwo zostało oddalone, ponieważ ZOZ stracił osobowość prawną. Czy państwo zdają sobie świadomość z tego problemu i czy w tej materii przygotowana jest nowelizacja?

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan prezes. Proszę.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Grzegorz Kucharewicz:

Grzegorz Kucharewicz. Jestem prezesem Naczelnej Izby Aptekarskiej. Chcę powiedzieć, że na dzisiejszym posiedzeniu rady naczelnej podjęliśmy decyzję, że nie będziemy zachęcać aptekarzy do niepodpisywania umów. Stanęliśmy po prostu na stanowisku, że przede wszystkim uważamy, iż pacjent od 1 stycznia nie może być absolutnie pozbawiony leku refundowanego.

Nasze stanowisko było inne. Obawiamy się cały czas rozporządzeń. Cały czas podkreślaliśmy, że umowa refundacyjna jest zbędna. Cały czas podkreślaliśmy, że w rozporządzeniu wiele rzeczy jest też po prostu zbędnych, ale – co jest najważniejsze – boimy się sytuacji, w której od 1 stycznia, mimo wszystko, pozostaną białe plamy na mapie Polski, bo, tak naprawdę, Narodowy Fundusz Zdrowia ma 14 dni na podpisanie umów, wniosków, które złożymy do Funduszu. Czasu jest bardzo mało. Mam nadzieję, że ten problem zostanie rozwiązany przez pana ministra i pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Mam nadzieję, że nie tak jak w przypadku recept, które są dokładnie kontrolowane i potraça się nam niestety z refundacji za drobne – autentycznie drobne – błędy. Mamy nadzieję, że umowy i załączniki do tych umów, nie będą tak weryfikowane i odrzucane.

Zdajemy sobie sprawę z tego, że system musi zadziałać. Zdajemy sobie sprawę z tego, że nie jest wydane rozporządzenie dotyczące wystawiania recept. I oczekujemy tutaj przede wszystkim zmiany filozofii recepty. Dzisiaj – od 1998 r. – pokutuje recepta jako czek. Proszę państwa, to nie jest czek. To jest porozumienie pomiędzy lekarzem a aptekarzem. Jeżeli system zadziała, jeżeli pacjent zostanie zidentyfikowany, lek prawidłowo odczytany i wypisał tę receptę lekarz upoważniony, to nie może być sytuacji, że za nieodpowiednią długość recepty, brak jakiegoś krzyżyka, brak podpisu przy poprawie, jesteście karani – za nie nasze błędy. Mamy nadzieję, że te nasze postulaty... Taką mamy nadzieję, że zmienią się te rozporządzenia, że jednak dojdziemy do porozumienia i rozporządzenia będą w jakiś sposób znowelizowane – bo chyba tylko już taka droga zostaje. Mam nadzieję, że będziemy w przyszłości dobrym przekąźnikiem dla naszych

aptekarzy, bo dzisiaj naprawdę aptekarstwo polskie jest w głębokiej rozterce. Przy tych zapisach, przy tym systemie kar, jaki został wprowadzony do rozporządzenia dotyczącego podpisywania umów, tak naprawdę, strach będzie normalnie wykonywać nasz zawód aptekarza. Ale rozumiemy, że pan minister jest pełen zapału, bo dzisiaj było wiele ciepłych słów na temat aptekarstwa i zrozumienia zagadnienia związanego z naszymi problemami, mamy więc nadzieję.

Obdarzamy pana ministra zaufaniem i mamy nadzieję, że jednak te pierwsze miesiące pokażą – bo wszyscy będziemy stąpać po polu minowym, autentycznym polu minowym – że ten pierwszy okres będzie monitorowany. My ze swej strony też będziemy to monitorować, wyciągać odpowiednie wnioski i korygować źle skonstruowane niektóre zapisy dotyczące rozporządzeń. Mamy więc taką nadzieję, że to wszystko jednak uda się wprowadzić po to, żeby polski pacjent nie był pozbawiony od 1 stycznia leku refundowanego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, jeżeli jeszcze ktoś chce zabrać głos, żeby umożliwić to oddanie głosu przez skrócenie swoich wypowiedzi.

Proszę bardzo, pan, pan i pan przewodniczący. I myślę, że będziemy kończyć dyskusję – pan minister musi jeszcze odpowiedzieć. Proszę. Proszę uprzejmie. Proszę się przedstawić.

Przedstawiciel Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych „Lewiatan” Jacek Adamski:

Jacek Adamski – PKPP „Lewiatan”. Panie przewodniczący, panie ministrze, mam krótkie pytanie. Ono dotyczy ustawy refundacyjnej.

W jednym ze swoich zapisów ustawa refundacyjna zmieniła, między innymi, prawo farmaceutyczne. Tam konkretnie chodzi o wprowadzenie całkowitego, podmiotowego zakazu reklamy przez apteki.

Muszę powiedzieć, że „Lewiatan” stoi na stanowisku, że jest to przepis szkodliwy, niepotrzebny, sprzeczny z prawem europejskim i sprzeczny z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej. Tak więc, jest pytanie do pana ministra – czy rząd zamierza skorygować ustawę o refundacji w tym punkcie? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Rozumiem, i dziękuję bardzo.

Proszę uprzejmie, jeszcze pan z tamtej strony.

Przedstawiciel Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Piotr Watoła:

Piotr Watoła – Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy. Panie ministrze, chciałbym również zadać pytanie dotyczące ustawy refundacyjnej. Nie wiem, czy zdaje pan sobie z tego sprawę, ale na dzień dzisiejszy Związek Zawodowy Lekarzy i środowisko lekarskie w postaci izb lekarskich oraz okręgowych rad lekarskich przyjęły stanowisko wzywające do nieuczestniczenia w procesie refundacji i decyzji o niej od 1 stycznia.

Chciałbym zapytać – co w związku z tym zamierza pan zrobić do dnia 1 stycznia, bo zostały trzy tygodnie? Nasz związek już rozdysponował kilkadziesiąt tysięcy pieczętek z napisem „Refundacja do decyzji NFZ-u”. Od 1 stycznia, panie ministrze, niestety, lekarze zastosują się do tego apelu, ponieważ to oni sami do nas wystąpili o pobranie tych pieczętek. Obawiam się, że pana zapewnienie, iż od 1 stycznia wszystko będzie w porządku nie jest na dzisiaj do zrealizowania. Czy zamierza pan coś w tej kwestii zrobić? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pan przewodniczący.

Członek Zarządu Głównego Forum Związków Zawodowych Zdzisław Bujas:

Dziękuję bardzo. Zdzisław Bujas – Forum Związków Zawodowych i Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych.

Szanowny panie ministrze, szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, ja właściwie mam tylko jedno pytanie, które po tym exposé mi się nasuwa. Widzę

bardzo dobrą wolę pana ministra do współpracy z wszystkimi pracownikami ochrony zdrowia. Świadomie mówię „pracownikami ochrony”, bo tu moja koleżanka pięknie powiedziała, że jesteśmy służbą. Tak, jesteśmy służbą, bo wybraliśmy takie zawody, natomiast, proszę państwa, nie chcielibyśmy być traktowani jak służba. Chcemy być traktowani poważnie, w sposób odpowiedzialny – ale to taka moja mała dygresja.

Szanowny panie ministrze, pytanie. I to pytanie chyba bardzo zasadnicze. Czy zagniemy wreszcie procedować – mam nadzieję – w sposób właściwy, bo poprzednia kadencja pokazała to, że ustawy są robione szybko, a dziś mamy tego efekt? Myślę, że ten efekt będzie się nam odbijać jeszcze długo. Czy zastosuje pan zasadę, o której pan mówił – siadamy, dyskutujemy merytorycznie, dyskusja toczy się przy stole, i czy te zasadne wyniki, logiczne, ze wspólnych rozmów, znajdują się w ustawach, abyśmy tych rozmów nie musieli kończyć na ulicy? To jest właściwie moje jedyne pytanie. Jeżeli pan zrealizuje to, co pan powiedział, to myślę, że jako Forum Związków Zawodowych jesteśmy otwarci do współpracy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, jeszcze ad vocem pan poseł Latos i już – czas płynie – pan minister.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Jedno zdanie. Ja powiedziałem, że nic nie można zrobić z faktem, że ustawa o działalności leczniczej weszła w życie. Natomiast zarówno ja osobiście, jak i całe Prawo i Sprawiedliwość, głosowaliśmy przeciwko tej ustawie. I przeciwko tej ustawie jesteśmy w dalszym ciągu. To tyle w tej sprawie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że nie wszyscy mogli zabrać głos. Sądzę, że i tak ilość pytań zadanych panu ministrowi była przeogromna. Wydaje mi się, że odpowiedzieć na nie, to poświęcić następnych kilka godzin. Sądzę więc, panie ministrze, żeby na szczegółowe pytania udzielić odpowiedzi na piśmie, natomiast proponowałbym – oczywiście, jeżeli to możliwe – żeby podzielić tę wypowiedź na dwie części.

Pierwsza część, to są sprawy bieżące, czyli bieżące wyzwanie. A to wyzwanie nazywa się „1 stycznia 2012 r.”. I te niepokoje, które tu sprowadziły część z państwa, a zwłaszcza gości, były bardzo szeroko akcentowane. Jest to głównie kwestia ustawy refundacyjnej, bo wszystkie inne ustawy mają jakiś tam dystans czasowy – ustawa o działalności leczniczej mniejszy, ale to nic takiego, bo jest tam kwestia Narodowego Funduszu Zdrowia, który musi sobie poradzić z kontraktowaniem.

Tak więc, panie ministrze, proszę odpowiedzieć na pierwsze pytanie – czy pacjent polski przychodząc 2 stycznia do apteki z receptą może być spokojny, że ta recepta zostanie zrefundowana, jeżeli lek jest refundowany, bo póki co, ja nie znam treści obwieszczenia i – przypomnę – obwieszczenie nie będzie, po raz pierwszy, dokumentem wagi prawa powszechnie obowiązującego, tylko będzie wewnętrznym dokumentem pomiędzy lekarzem, aptekarzem i Narodowym Funduszem Zdrowia, który zechce ten lek zrefundować. To jest pierwsza i zasadnicza odpowiedź na to pytanie.

Dwa. Czy resort czyni jakieś starania, żeby ten dokument, który budzi wiele kontrowersji – ustawa o refundacji – znowelizować w najbliższym czasie? Jeżeli tak, to w jakim kierunku? Jeżeli nie, to co się stanie – bo będzie wniosek do Trybunału Konstytucyjnego – jeżeli Trybunał Konstytucyjny uzna wiele przepisów tej ustawy za niekonstytucyjne – bo tak mówią eksperci-prawnicy, nie ja? Czy w związku z tym nie lepiej wyprzedzająco przyjrzeć się tej ustawie i próbować ją znowelizować? Rozumiem, że szansa nowelizacji, takiej ad hoc, do 31 grudnia, jest prawie niemożliwa, aczkolwiek pan minister tu wygłosił exposé jak premier, bo będzie koordynować różne resorty. Życzę powodzenia, panie ministrze, niech się pan spróbuje zbliżyć do MSWiA, czy do MSW, to pan zobaczy, jak się koordynuje te wszystkie resorty – ale to ja mówię z doświadczenia, z mojego doświadczenia.

Jeżeli są takie możliwości, aby wydłużyć *vacatio legis*, to chociażby po to, żeby załatwić sprawę recept i sprawę umów z aptekami. Bo dzisiaj jest racja, że apteka wydając lek bez umowy może narazić się na to, że nie zostanie to zapłacone przez pana prezesa. Zgadza się, panie prezesie? Jeżeli zostanie wystawiona recepta niezgodnie z pewnym

rozporządzeniem, a rozporządzenie ma wymiar aktu wykonawczego do ustawy, i w ustawie napisaliśmy, co ma być w rozporządzeniu, więc nie da się tego zmienić, chyba że się zmieni podstawę prawną wydania rozporządzenia, to również może być... Chcę się więc zapytać o pewność polskiego pacjenta, że receptę otrzyma.

I druga część, to są kwestie, według pana uznania, dotyczące odpowiedzi na te przysłałe zamierzenia i plany. Ja tylko chcę przypomnieć – bo pan minister jest troszeczkę młodszy niż my, którzy tutaj siedzimy, a przynajmniej ja – że ja opiekę skoordynowaną doskonale znam. Nie jest to żadna rewolucja. Nazywało się to zespoły opieki zdrowotnej. Ale to tylko gwoli przypomnienia. Dziękuję.

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Dziękuję państwu za wszystkie pytania, cenne uwagi. Pozwolą państwo, że ze względu na szacunek i wagę pytań, które padły, rozpocznę od pana przewodniczącego.

Pytanie pierwsze... Mówię zupełnie poważnie, wiele lat pracowaliśmy, panie przewodniczący. Czy 1 stycznia pacjent będzie mógł odebrać leki wypisane na receptę refundowaną? Tak.

Czy planujemy nowelizację? Panie przewodniczący, ja o tym mówiłem. Nie ma kraju i nie ma przepisu skonstruowanego idealnie. Po to – mówię – podnoszę wagę monitorowania, że będziemy na bieżąco patrzeć i oceniać wyniki prawdziwego wprowadzania w życie ustawy napisanej na razie w dokumencie. Życie często weryfikuje to i pokazuje błędy. Będziemy poprawiać to, co złe, i wspierać to, co dobre. I na dzisiaj – choć pewne pomysły się pojawiają – nie przewiduję nowelizacji, bo jeśli mielibyśmy nowelizować, to trzeba to robić w sposób skoordynowany i zebrać uwagi i problemy, które ewentualnie się pojawiają, jeśli takie będą.

I chciałbym też podkreślić, że nie przyzwoliłem sobie na stwierdzenie, że będę koordynować inne resorty, tylko stwierdziłem, że polityka senioralna wymaga koordynacji wielu resortów. Każda, ale w tym przypadku mówiłem o senioralnej.

W związku z tym – tu też odnoszę się do pytań, które padały – tak, zamierzam współpracować. Pan poseł Orzechowski pytał, czy zamierzam współpracować z innymi ministrami. Oczywiście, że tak. W ogóle sobie tego inaczej nie wyobrażam. Resort polityki społecznej, resort edukacji, resort finansów, resort zdrowia – to są resorty, które muszą ze sobą na bieżąco współpracować. A więc to deklaruję. Pan poseł Orzechowski pytał także o położne – to dla mnie rzecz oczywista. Jeśli nie wymieniłem położnych, to czyste przejęzyczenie.

Pan poseł Latos zadał całą grupę pytań, na większość których odpowiemy na piśmie. Pytał pan, co zostało z Bartosza Arłukowicza. Odpowiadam panu – wszystko to, co pan we mnie cenił, mam nadzieję, że mniej tego, czego pan nie cenił. W niczym się nie zmieniłem.

Pytał zaś pan, czy zamierzam toczyć boje z ministrem finansów o pieniądze. Powiem panu szczerze, że zamierzam najpierw stoczyć bój z aparatem Ministerstwa Zdrowia, dopiero potem z Ministerstwem Finansów.

Pan poseł Hoc, którego znam i cenię od lat... Momencik, bo tyle tych pytań. Posegreguję kartki, żeby to robić jak najszybciej. Pan poseł Hoc wyraził wątpliwy, wątki zapas zaufania. Był łaskaw nawet stwierdzić – przepraszam, muszę zacytować dokładnie – „koniec bomba, kto słuchał, ten trąba”.

Panie pośle, przy całej sympatii i akceptacji pana kompetencji, chciałem odpowiedzieć, że polecam inny cytat: „Niby nic, a tak to się zaczęło, niby nic, zwyczajne pa, pa, pa. Jest w orkiestrach dętych jakaś siła, bo to było tak...”. A było tak, panie pośle, że to ja dzisiaj rozmawiałem z przedstawicielami środowiska aptekarskiego i ja usłyszałem dzisiaj wypowiedź pana prezesa, za którą jestem bardzo wdzięczny, bo to duża odpowiedzialność i tak naprawdę wynik i efekt rzetelnej rozmowy o faktach, planach, także ewentualnych planach korygowania pewnych przepisów, które gdzieś nam to życie utrudniają.

Ten sam szacunek oddaję dzisiaj panu prezesowi Hamankiewiczowi, z którym rozmawiamy od bardzo, bardzo wielu dni. Jesteśmy w bieżącym kontakcie i naprawdę wy czuwam intencje takie, żeby od 1 stycznia zarówno pacjent, jak i lekarz i aptekarz czuli

się bezpiecznie, i żeby zmiana systemu nie spowodowała rewolucji systemu. Tak więc z tego miejsca, panie prezesie, bardzo dziękuję, i deklaruję dalszą współpracę. I mam nadzieję, że w ciągu najbliższych dni problem doprowadzimy do końca.

Pan poseł Sprawka, pani poseł Hrynkiewicz – pytań mnóstwo. Postaramy się naprawdę odpowiedzieć na piśmie. Żebyśmy wszystkich państwa nie trzymali, będę mówić o najważniejszych problemach, problemach strategicznych.

Ze strony pani poseł padło pytanie, skąd weźmiemy pieniądze. Ja nie przyjmuję założenia, że system działa dzisiaj ze stuprocentową sprawnością i efektywnością. Z tego systemu można jeszcze wycisnąć większą efektywność i większą sprawność.

Pytanie, czy pieniędzy jest za mało w systemie. Oczywiście, że jest, ale spytajcie Brytyjczyka, Szweda, Hiszpana czy Niemca, czy w jego systemie pieniędzy jest wystarczająco dużo. Odpowiedź wszędzie będzie podobna. Zatem odpowiedź kierunkowa – tak, mamy za mało pieniędzy, ale najpierw pełna sprawność i efektywność istniejącego systemu.

Momencik, przepraszam, bo chcę w kolejności, szanując państwa czas...

Pan poseł Balt był łaskaw stwierdzić, że mówiłem tutaj o młodych, zdrowych i bogatych. Panie pośle, mam wrażenie, że nie tej wypowiedzi pan słuchał albo nie w tę wypowiedź jest pan wsłuchany, być może od dłuższego czasu. Bo ja podkreślam dokładnie właśnie to, że ważna jest solidarność międzypokoleniowa, a wszyscy ci, którzy w dłuższej perspektywie stawiają tylko na jedno pokolenie, prędzej czy później przegrywają.

Pan poseł Czerniak, którego znam i szanuję także od lat... A odnosząc się jeszcze do pana posła Balta chciałbym powiedzieć, że przyjrzę się sytuacji szpitali w Częstochowie. Mam tam zaprzyjaźnionego prezydenta, więc zamierzam porozmawiać o tym, co dzieje się w Częstochowie.

Pan poseł Czerniak pytał mnie o konsultacje. Oczywiście, poprzez konsultacje rozumiejąc dobrą wolę marszałków i starostów do tego, żeby tak naprawdę w sposób efektywny kierować ilością i rodzajem łóżek szpitalnych. Chodzi mi o to – kiedy mówię o tym, że nie powinno być ambicją posiadanie, to myślę o tym, żeby starostowie i marszałkowie w sposób skoordynowany dyrygowali polityką zdrowotną w regionie, żebyśmy patrzyli w skali makro. To jest wyzwanie, które przed sobą stawiam.

Pan poseł Ziobro, pan poseł Chmielowski, pytali – a szczególnie pan poseł Chmielowski pytał – czy urząd może ścigać, czy powinien ścigać?

Pani pośle, ja nie jestem zwolennikiem nadmiernego ścigania rozbuchanego systemu administracji biurokratycznej. Naprawdę, proszę mi wierzyć – nie jestem. Mówię o deregulacji. Ale też mam przeświadczenie o tym, panie pośle, że mówimy o środkach publicznych. Mówimy o 11 mld zł, o rynku 11 mld zł. I minimalnie konieczna, aczkolwiek skuteczna kontrola jest potrzebna. Jeśli pan w swojej wypowiedzi wyłącza jako jedyne spod aparatu sądowego w Polsce pana prezesa Paszkiewicza, to mnie nie pozostaje nic innego niż pozazdrościć mu tego, że pozostaje poza systemem. Rozwieram więc wątpliwości – prezes Paszkiewicz także jest w systemie władzy sądowej i myślę, że czuje przed nią lekki respekt i dreszcz na plecach, aczkolwiek wierzę, że ceni jej obiektywizm i profesjonalizm.

Pan poseł Ziobro – czy ubezpieczenie dobrowolne, czy obowiązkowe. Oczywiście, dobrowolne dodatkowe ubezpieczenie. Sytuacja wydaje mi się jasna.

Pan poseł Hok, z którym współpracuję od lat. Nie pozostaje mi nic innego jak poprosić pana posła o to, żebym mógł korzystać z jego doświadczeń i żeby przykłady województwa, z którego wspólnie pochodzimy, zachodniopomorskiego – dobre przykłady dobrych szpitali – przekazywali dalej, nie w formie walki politycznej, a pokazywania, że jeśli współpraca między samorządowcami i parlamentarzystami układa się dobrze, to efekty tego widać.

Pani poseł Gądek, pan poseł Sztolcman – do wszystkich państwa postaram się odpisać.

Przyspieszając te odpowiedzi – kilka pytań o opiekę skoordynowaną, i uwaga pana przewodniczącego, że kiedyś to już było.

Może kiedyś to już było, ale na pewno dzisiaj to wiemy – ja jestem o tym głęboko przekonany, i mam nadzieję, że nie jestem w tym przekonaniu odosobniony – że zwiększenie komunikacji między lekarzem rodzinnym a specjalistą, a także między specjalistą i szpitalem, jest zadaniem niezwykle skutecznym i – w mojej ocenie – prostym do

zrealizowania. Zatem, stosując metody najprostsze udaje się czasem rozwiązywać systemowo metody najtrudniejsze.

Ktoś pytał, czy zmiany 1 stycznia będą rewolucyjne. Podkreślam jeszcze raz – żadnej rewolucji. Proszę mi wierzyć. Ktoś też podkreślał mój młody wiek. Mimo mojego młodego wieku, czasy rewolucji mam za sobą. Teraz mam czasy ewolucji i budowania.

Pani poseł Małecka-Libera pyta o zdrowie publiczne i geriatricę. Tak, to wielkie wyzwanie. Myślę, że geriatrica w Polsce jest dziedziną mocno nieoszacowaną, mocno wymagającą naszej uwagi i skupienia, a także środków finansowych – trzeba to powiedzieć jasno. Lekarze muszą mieć zachętę do tego, żeby tę specjalizację robić, ale potem muszą mieć gdzie pracować. Musimy w tym zakresie rozpocząć rozmowy zarówno z prezesem NFZ-u, z szefem Naczelnej Rady Lekarskiej, z konsultantami krajowymi. To wyzwanie stawiamy przed sobą jako jedno z ważniejszych. Geriatrica będzie dla nas wyzwaniem.

Bardzo dziękuje wszystkim przedstawicielom związków zawodowych. Nie chcę odnosić się do każdego pojedynczo, aczkolwiek najbardziej mocne słowa w komunikacji społecznej wypowiedziała pani Maria Ochman. Też znamy się od lat i współpracujemy w tej Komisji. Chciałbym pani powiedzieć, jako że nie chciałem państwu zabierać czasu i zbyt szeroko mówić o reorganizacji resortu – chcę powiedzieć jasno – że komunikacja społeczna jest jednym z ważniejszych wyzwań, jakie przed sobą stawiam, ale nie w kategorii biura pasowego, które będzie wysyłać sms-y do pracowników z tym, co wolno mówić, a czego nie, tylko profesjonalnego systemu nowoczesnej komunikacji ze społeczeństwem, w tym także edukacji społecznej. W związku z tym zmiany organizacyjne w resorcie przewiduję. I przewiduję – nie zdradzę pewnie szczególnej tajemnicy – utworzenie specjalnego departamentu z połączenia, przy ograniczeniu – od razu to podkreślę, żeby państwo nie stawiali zarzutu, że rozdmuchuję administrację, tak nie będzie – ale stworzenie jednak specjalnej jednostki komunikacji społecznej, nie PR-owskiej, a jednak komunikacji ze społeczeństwem i z partnerami.

Za chęć współpracy bardzo dziękuję. Wierzę, że państwo rzeczywiście trzymają kciuki za to, żeby to się udało. Bo to nie chodzi o to, żeby się udało mi. To chodzi o to, żeby udało się przeprowadzić system przez ten trudny czas, który nas czeka. A czeka nas czas zmian. Czas zmian jest zawsze trudny. Jeśli więc będzie nam towarzyszyć odpowiedzialność, chęć współpracy, nawet sporu politycznego, bo on jest nieunikniony, to spierajmy się o sprawy, a nie o samych siebie. Wtedy widzę pole do sukcesu. I wtedy też widzę taką możliwość rzeczywistej, uczciwej, długoterminowej współpracy.

Kończąc, chciałbym państwu zadeklarować – wszystkim państwu, zarówno samorządom, jak i związkom zawodowym, przedstawicielom pracodawców, lekarzom, parlamentarzystom i wszystkim tym, którzy nas słuchali – jestem do państwa dyspozycji. Jestem do państwa dyspozycji. Może nie w taki sposób, że każdego dnia, każdy może, nie wiem, wejść, zadzwonić, ale jestem do państwa dyspozycji systemowo. Jestem głęboko przekonany, że ja i moi współpracownicy będziemy z państwem współpracować. Jeśli będzie chęć współpracy, będziemy otwarci na każdą uwagę, niezależnie od miejsca politycznego czy środowiska, z którego się państwo wywodzą.

I na zakończenie chcę powiedzieć, że nie taki prezes NFZ-u straszny, jak go malują. Chcę wam powiedzieć, że toczymy trudne rozmowy. Naprawdę. Mówię to w kontekście tych przykładów jednostkowych, które państwo przytaczali. Nie jestem w stanie wszystkich ich rozwiązać, czy opowiedzieć dziś na posiedzeniu Komisji, ale chcę uspokoić okulistów – już jest wydane rozporządzenie prezesa NFZ do dyrektorów regionalnych o tym, że kontraktowanie będzie przeprowadzone na zasadzie art. 161b, czyli kontraktacji, pamiętając o konieczności budowy środowiska pielęgniarstwa operacyjnego. To jednak zaćmy będą operowane. Mamy dane dotyczące jednodniówek chirurgicznych, które pokazują jednoznacznie, że na kilkaset takich kontraktacji problem mamy z kilkudziesięcioma lub – w jednym czy dwóch województwach – mamy jeszcze problem ze ściąganiem danych, jak to się odbywa. Problem zaćmy jest rozwiązany.

Z panem prezesem Kucharewiczem dzisiaj rozmawialiśmy. Okazuje się, że środowisko aptekarskie, po wspólnym poszukiwaniu kompromisu, dzisiaj mówi, że chce współpracować i chce, tak naprawdę, dobra polskiego pacjenta. Jestem przekonany, że prezes Hamankiewicz i przedstawiciele OZZL-u, tak naprawdę, wszyscy, kierujemy się jednym

celem – tym, żeby od 1 stycznia było bezpiecznie, a polski pacjent mógł wędrować bezpiecznie od lekarza do apteki i czasem do szpitala. To jest nasze zadanie, nasze wyzwanie. Czy nam się to podoba, czy nie, do tego zostaliśmy powołani. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Sądzę, że będziemy kończyć te pierwszy punkt.

Panie ministrze, ja panu zazdroszczę przede wszystkim ogromnej naiwności, ale życzę, żeby się spełniła. Ta naiwność jest potrzebna w tym resorcie. Natomiast nie byłbym sobą, gdybym zrezygnował z drobnej złośliwości – prezes Narodowego Funduszu Zdrowia to jest osoba bardzo ważna, ale póki co, jeszcze nie wydaje rozporządzeń. To pan jest przedstawicielem władzy, który ma moc stanowienia prawa, a nie pan prezes. I tego się trzymajmy. Dziękuję bardzo.

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

Panie przewodniczący...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Ja wiem, że się pan przejęczył...

Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:

Przyjmuję od pana uwagę. Oświadczam, że prezes wydaje zarządzenia.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Pięć minut przerwy technicznej i przystępujemy do punktu drugiego.

[Po przerwie]

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę o zajmowanie miejsc, proszę państwa. Nie mamy dużo do pracy, a chciałbym, żebyśmy jednak dokończyli porządek dzisiejszego posiedzenia.

Panie prezesie, proszę bardzo o przedstawienie krótkiego uzasadnienia – jeżeli to możliwe, jak najkrótszego uzasadnienia – tej niewielkiej, biorąc pod uwagę wielkość budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia, kwoty zmiany i propozycji zmiany planu finansowego.

Panie prezesie, proszę uprzejmie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Proszę o zabranie głosu pana dyrektora.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę uprzejmie, panie dyrektorze.

Dyrektor Departamentu Ekonomiczno-Finansowego NFZ Dariusz Jarnutowski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, zgodnie z art. 124 ust. 1 i 2, w związku z art. 121 ust. 1 pkt 2, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zwraca się do szanownej Komisji o zaopiniowanie przedłożonego projektu zmiany planu finansowego na rok 2011. Całość tej zmiany zamyka się w kwocie 65.792 tys. zł i obejmuje: zmniejszenie planowanej składki przekazywanej za pośrednictwem Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o kwotę 32.000 tys. zł; zwiększenie kosztów administracyjnych o kwotę 128 tys. zł, wynikających z zaangażowania NFZ-u w projekt finansowany ze środków unijnych – jest to ta część, którą NFZ otrzyma z Unii Europejskiej; zwiększenie pozostałych przychodów, wynikające z dotychczasowej realizacji planu finansowego, o kwotę 51.601 tys. zł; zwiększenie pozostałych kosztów o 33.158 tys. zł, wynikające z rozpoznanych potrzeb przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich; zwiększenie planowanych przychodów finansowych o kwotę 46.821 tys. zł, wynikające również z dotychczasowej realizacji, kiedy w okresie 10 miesięcy osiągnęliśmy plan roczny, jak również zwiększenie kosztów finansowych o kwotę 32.500 tys. zł, również wynikające ze zgłoszonych potrzeb przez dyrektorów.

Ta zmiana planu ma na celu dostosowanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia zarówno do jego dotychczasowej realizacji, jak również do efektywnego i najpełniejszego wykorzystania zaplanowanych w nim środków. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy pan minister chciałby coś dorzucić do tego krótkiego resume pana dyrektora?

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Bardzo serdecznie dziękuję, a jednocześnie przepraszam, panie przewodniczący, za spóźnienie. Natomiast zmiany, które są przedstawione przez Narodowy Fundusz Zdrowia do zaopiniowania przez Komisję, są, tak naprawdę, zmianami technicznymi, wynikającymi z potrzeby dokonania pewnych przesunięć, może poza zmianą dotyczącą projektu alokowania środków w projekcie EPSOS. Ale, tak naprawdę, zarówno zwiększenia, jak i zmniejszenia wynikają z konieczności jak najwłaściwszego zarządzania środkami, także w kontekście zwalniania rezerw środków, które są przeznaczone w tym momencie na koszty postępowań sądowych, jak i tworzenia tych rezerw tam, gdzie jest to potrzebne. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z pań i panów posłów chciałby zabrać głos?
Proszę uprzejmie, panie pośle.

Poseł Jacek Czerniak (SLD):

Panie przewodniczący, mam pytanie dotyczące zwiększenia planu...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Musimy zmienić mikrofon... Proszę.

Poseł Jacek Czerniak (SLD):

Mam pytanie dotyczące zwiększenia planu środków w pozycji F2 „rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych”. Moje pytanie dotyczy województwa – tutaj jest wspomniany oddział wojewódzki lubelski. Ile takich postępowań sądowych było w województwie lubelskim, dotyczących zarówno ustawy, tzw. 203, czy z tytułu wykonania świadczeń ponad limit?

Jeżeli odpowiedź teraz nie jest możliwa, to proszę, żebym otrzymał na piśmie informację dotyczącą kwestii lubelskiej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pan poseł Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Też króciutkie pytanie w tym samym aspekcie, ale może w innym wydaniu albo kontekście.

Jak to się dzieje, że niektóre oddziały wojewódzkie zarezerwowały, na przykład, 3000 tys. zł, a podobne powierzchniowo i ludnościowo niektóre województwa zarezerwowały 26-27.000 tys. zł? Czyli, albo można przypuszczać, że te województwa, na przykład, zachodniopomorskie, podlaskie, gdzie zarezerwowano około 3000 tys. zł, a w kujawsko-pomorskim, gdzie zarezerwowano 26.000 tys. zł, czyli tam będą nadlimity wypłacone, a w tych województwach nie będą wypłacone? Jak to należy rozumieć?

Oczywiście, zdaję sobie sprawę z tego, że być może jest jakieś wytłumaczenie racjonalne, ale, dlaczego tak właśnie jest?

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze z pań i panów posłów chciałby zabrać głos?

Ja mam tylko krótkie pytanie, bo mnie niepokoi tylko jedno. Sprawy kosztowe, to jest kwestia pewnej polityki, którą prowadzi NFZ. Natomiast, co się stało, że przypis należnej składki jest jakby słabszy – musieliśmy obniżyć przychody z tej składki. KRUS? To jest winą KRUS-u, ale dlaczego tak się stało? Proszę uprzejmie.

Proszę bardzo, panie prezesie.

Prezes NFZ Jacek Paszkiewicz:

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, chronologicznie pozwolę sobie rozpocząć od pytania pana posła o oddział lubelski.

Jeśli chodzi o strukturę, sprawy z tytułu „ustawy 203”, to na koniec III kwartału była prowadzona jedna taka sprawa o kwotę roszczeń ponad 2000 tys. zł oraz 45 spraw dotyczących roszczeń związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity, na kwotę 182.226 tys. zł... Nie, to są sprawy, które się toczą.

I odpowiadając jednocześnie panu posłowi, i panu posłowi Hocowi – sytuacja wygląda dość różnorodnie w różnych województwach, bo oczywiście w różnej dynamice i w różny sposób są prowadzone te sprawy przez sądy. Zasada Narodowego Funduszu Zdrowia jest taka, że w przypadku przegranej sprawy w pierwszej instancji tworzymy rezerwę na koszty tej całej rozprawy, natomiast nie znaczy to, że są to środki finansowe, które automatycznie trafiają do świadczeniodawców, czy są naszą jakby stratą w tej części, ponieważ oczywiście to zależy od rozstrzygnięć w drugiej instancji, a czasami również w Sądzie Najwyższym. Są to więc wyłącznie rezerwy tworzone na prawdopodobnie przegrane sprawy sądowe, co oczywiście nie zawsze pokrywa się potem z rzeczywistością.

Chcę powiedzieć, że NFZ przegrywa średnio jedną sprawę na pięć, więc statystyka jest raczej po naszej stronie, czyli po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia. Natomiast poziom rezerw wynika z bieżących postępowań sądowych, przy czym bieżące postępowania sądowe są różnie prowadzone, z różną dynamiką, w różnych oczywiście oddziałach wojewódzkich.

Odpowiadając panu przewodniczącemu – zmniejszenie przychodów z KRUS-u wynika z kwestii następującej. Mianowicie KRUS, o ile pamiętam, po kontroli Najwyższej Izby Kontroli przeprowadził pewną weryfikację składki za rok 2010 i okazało się, że KRUS z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych nie wymieniały się informacjami dotyczącymi tytułów ubezpieczenia i dochodziło do zbiegu tytułów ubezpieczenia, w związku z czym KRUS jest zobowiązany potrącić te środki finansowe za rok 2010. Jest to po prostu rozliczenie tej nadpłaconej...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

To raczej ma charakter księgowy, z tego, co rozumiem.

Prezes NFZ Jacek Paszkiewicz:

Tak.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Rozumiem. Dziękuję bardzo.

Czy jeszcze są jakieś pytania? Czy w związku z tym ktoś jest przeciwny przyjęciu opinii do tej zmiany planu? Nie widzę. Stwierdzam, że Komisja zmianę planu zaakceptowała.

Dziękuję za dzisiejsze spotkanie. Przypominam, że jutro posiedzenie Komisji o 16.30, sala 14.

Proszę państwa, każda zmiana związana z ustawą budżetową ma określone procedury. W związku z tym proszę o kontakt z Komisją Zdrowia, jeżeli byłyby zgłaszane jakieś propozycje. Dziękuję.