

VII kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

#### **■ KOMISJI ZDROWIA**

**(NR 100)**

z dnia 23 października 2013 r.



---

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

## Komisji Zdrowia (nr 100)

23 października 2013 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

### – informację na temat funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, w tym medycyny rodzinnej.

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Neuman** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marcin Pakulski** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Przemysław Żak** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Zdzisław Bujas** wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Bożena Janicka** prezes Zarządu Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jerzy Kiwiński** młodszy specjalista w Naczelnej Izbie Lekarskiej, **Jacek Krajewski** prezes Zarządu Krajowego Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” wraz ze współpracownikami, **Małgorzata Majer** prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ wraz ze współpracownikami, **Ewa Sałas** specjalista w Zespole Interwencyjno-Poradniczym Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Adam Sandauer** honorowy przewodniczący Stowarzyszenia Pacjentów „Primum Non Nocere”, **Tomasz Tomasik** prezes Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz **Joanna Walewander** sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami.

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

### Przewodniczący poseł **Tomasz Latos (PiS)**:

Witam państwa na posiedzeniu Komisji. Witam serdecznie panie i panów posłów. Witam serdecznie wszystkich zaproszonych gości, na czele z panem ministrem i panem prezesem. Szanowni państwo, dzisiejszy porządek obrad obejmuje jeden punkt. Jest to rozpatrzenie informacji na temat funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, w tym medycyny rodzinnej.

My ten punkt uwzględnialiśmy jeszcze zanim była przygotowana nowelizacja ustawy, o której prawdopodobnie będziemy dyskutować w przyszłym miesiącu. Niemniej jednak, w przekonaniu prezydium Komisji warto było porozmawiać w ogóle na temat podstawowej opieki zdrowotnej, w tym medycyny rodzinnej – nie tylko w tym ujęciu i kontekście, który narzuca nowelizacji ustawy, tylko szerzej – jaki powinien być model funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, medycyny rodzinnej, do jakiego modelu będziemy dążyć. Bo, przypominam, mamy już kilkanaście lat doświadczeń i cały czas jeszcze nie doszliśmy do tego modelu, który był zakładany na początku.

Czy są jakieś uwagi do zaproponowanego porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie, stwierdzam, że porządek obrad został przyjęty. Panie ministrze, oddaję panu głos. Proszę uprzejmie.

### Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia **Sławomir Neumann**:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Otrzymali wszyscy państwo informację przygotowaną przez resort na piśmie. Chciałbym odnieść się do tej części, o której mówił pan przewodniczący, o przyszłości.

Rzeczywiście, rząd przyjął ustawę dopuszczającą do pracy w POZ czy możliwość tworzenia podstawowej opieki zdrowotnej przez internistów i pediatrów. Prawdopodob-

nie ta ustawa będzie procedowana w parlamencie w kolejnych tygodniach, więc będzie można zapoznać się z nią szczegółowo...

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Jeżeli mogę, panie ministrze. Myślę, że będziemy o tym dyskutować przy okazji nowelizacji, więc...

**Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:**

Ja tylko zasygnalizuję, natomiast...

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Proszę tylko zasygnalizować, natomiast skupmy się na czymś innym.

**Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:**

...natomiast chciałbym skupić się raczej na tym, co resort planuje i jaką widzi potrzebę zmian w podstawowej opiece zdrowotnej.

Tak jak pan przewodniczący wspomniał, od wielu lat obserwujemy system podstawowej opieki zdrowotnej i, tak naprawdę, ten założony model lekarza rodzinnego nigdy nie został wprowadzony w życie, a można nawet rzec, że przez wiele ostatnich lat trochę działano wstecz. To znaczy, sporo wydarzyło się, żeby przesunąć z kompetencji lekarza rodzinnego wiele zadań do, na przykład, specjalisty. To, naszym zdaniem, nie jest dobry kierunek i chcielibyśmy przywrócić tę fundamentalną rolę lekarza rodzinnego w systemie. Dlatego rozpoczęliśmy prace w resorcie na temat zmian w ułożeniu struktury podstawowej opieki zdrowotnej w przyszłości. Odbyły się już pierwsze spotkania, nawet jedno duże, z przedstawicielami środowisk zainteresowanych podstawową opieką zdrowotną, skupiających lekarzy i organizacje lekarzy rodzinnych.

Chcielibyśmy doprowadzić w ciągu kilku najbliższych miesięcy, do pół roku, do powstania założeń ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie przesuniemy z powrotem część zadań do kompetencji lekarza rodzinnego, jako tego pierwszego, który zajmuje się pacjentem, dając też w międzyczasie narzędzia lekarzom rodzinnym, których dzisiaj są pozbawieni, to znaczy, narzędzie informatyczne, które można będzie wykorzystać do tego, żeby rzeczywiście można było tym pacjentem i jego zdrowiem dobrze zarządzać. To znaczy, że lekarz rodzinny będzie mieć wiedzę o tym, gdzie ten pacjent był, jaka diagnoza została postawiona i jakie leki mu zapisano itp. Myślę, że w czerwcu przyszłego roku, kiedy wdrożone zostanie internetowe konto pacjenta i cała ta część, którą kończymy – Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, to będzie to pierwsze narzędzie dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, żeby móc w sposób skoordynowany opiekować się pacjentem. To jest jeden z elementów, który w tym systemie będzie mieć kolosalne znaczenie, bo pozwoli rzeczywiście dbać o pacjenta w sposób bardziej wszechstronny, wiedząc, co z tym pacjentem się dzieje, gdzie on chodzi. Dzisiaj tej wiedzy nie ma.

Drugi element, to oczywiście przekazanie czy przywrócenie części kompetencji, które od lekarzy rodzinnych zostały zabrane. Wydaje się, że to jest równie ważne jak ta część związana z informatyzacją, ponieważ niemożność zrobienia podstawowych rzeczy przez lekarza rodzinnego i przesyłanie pacjentów do specjalisty powoduje też to, że nie tylko prestiż czy rola lekarza rodzinnego jest pomieszana, ale też budujemy niepotrzebne kolejki u specjalistów z rzeczami czasami zupełnie trywialnymi. To są elementy, nad którymi pracujemy wspólnie ze środowiskiem, bo – tak, jak zakładałem na tym spotkaniu i zapowiadaliśmy – nie widzę takiej potrzeby ani nawet nie mamy takiej chęci, żeby budować przepisy przeciwko ludziom, którzy w tym systemie potem pracują, bo oni będą wykonywać tę pracę. I nam zależy na tym, żeby tę piramidę jednak budować od początku. Lekarz rodzinny musi wylapać maksymalnie dużo przypadków chorób na początku ich powstawania, bo to się leczy szybciej, dla pacjenta jest to lepsze, a dla systemu generalnie taniej. My jako pacjenci lubimy startować od razu z tej pozycji wysokiej, czyli zaczynać od szpitali i klinik, bo – przynajmniej takie mamy przekonanie – tam nas lepiej wyleczą niż lekarz rodzinny. Jest to trochę złudne, ale ileś lat działania tego systemu, przez wypychanie poszczególnych rzeczy, na przykład, do specjalisty, powodowało to, że funkcja lekarza rodzinnego i podstawowej opieki zdrowotnej tak została zdefiniowana, chociaż wydaje się, że możliwości w tym względzie są znacznie większe.

Oczywiście te zmiany muszą też być poparte zmianą sposobu finansowania. To znaczy, uważamy – i chyba jest pewien konsensus ze środowiskiem – że utrzymywanie formuły płatności tylko poprzez stawkę kapitacyjną jest nienajlepszym rozwiązaniem. Trzeba poszukać rozwiązań mieszanych i oprócz stawki kapitacyjnej, która utrzymuje system, musi być płacone za efekt leczenia. I nad tym właśnie chcemy się skupić w tych pracach, bo to daje gwarancję, że będzie także bodziec ekonomiczny do tego, żeby pacjentem się zajmować, a dla systemu generalnie – jak powiedziałem – leczenie we wczesnym stadium jest tańsze, a dla pacjenta także lepsze i dla jego zdrowia niewątpliwie skuteczniejsze.

To są te elementy, o których rozmawiamy. Jak powiedziałem, rozpoczęliśmy te prace, mimo że na naszym pierwszym dużym spotkaniu pokazaliśmy wieloletni dorobek Ministerstwa Zdrowia – różne pomysły na podstawową opiekę zdrowotną – wykorzystując trochę część tych doświadczeń i dostosowując je do obecnego stanu. Bo świat się zmienia, a więc zmieniają się możliwości, a szczególnie ta część informatyczna, która będzie mieć kapitalne znaczenie nie tylko dla lekarzy, ale też dla pacjentów, bo będą widzieć swoje wyniki, przebieg swojej choroby czy zalecenia lekarskie, dostępne na koncie właściwie on line, w każdej chwili. To będzie duża zmiana także jeśli chodzi o możliwość pracy, dla wszystkich w tym systemie.

Planujemy, że projekt założeń takich zmian pojawić się powinien w połowie przyszłego roku, jeżeli nam wszystkim wspólna praca pójdzie dobrze, bo – jak powiedziałem – zakładamy te zmiany we współpracy ze środowiskiem, żeby nie narzucać rozwiązań, które potem być może nie będą mogły być dobrze wprowadzone w życie. Dlatego rozmawiamy z praktykami. To w kilku zdaniach wprowadzenie do dyskusji, bo rozumiem, że raczej skupimy się w tej debacie na przyszłości i na tym, jak ten system powinien wyglądać, bo rzeczywiście o tych szczegółowych rozwiązaniach, na przykład, o pediatrze w POZ-cie, będziemy dyskutować za kilka tygodni.

#### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze, panie ministrze? Może konsultant krajowy czy ktoś inny, komu na tym poziomie, w tym momencie udzielimy głosu. Bardzo proszę, panie profesorze i proszę o przedstawienie się do mikrofonu.

#### **Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej Adam Windak:**

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Nazywam się Adam Windak. Jestem konsultantem krajowym z zakresu medycyny rodzinnej. Kieruję Zakładem Medycyny Rodzinnej w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W uzupełnieniu do informacji przekazanej przez pana ministra, chciałbym powiedzieć, że rzeczywiście środowisko z dużym zadowoleniem przyjęło ze strony resortu ofertę rozwiązań, które ustabilizują pozycję podstawowej opieki zdrowotnej i nakreślą jakiś model, w którym ona miałaby funkcjonować, bo wydaje się, że sytuacja tego zdecydowanie wymaga. Mówiąc szczególnie o medycynie rodzinnej, bo do tego czuję się upoważniony, chciałbym powiedzieć, że w podstawowej opiece zdrowotnej 1/3 to lekarze medycyny rodzinnej. Jest to pokłosie 20 lat wyteżonej pracy środowiska podstawowej opieki zdrowotnej, środowiska akademickiego, dużych nakładów finansowych, wysiłku państwa, w tym także znacznej pomocy międzynarodowej, dużych programów. Niestety, nie wszystko wygląda wspaniale w tym wizerunku. Obserwujemy przede wszystkim niepokojące trendy w zakresie zmniejszonego zainteresowania specjalizacją ze strony młodych absolwentów studiów medycznych. Jest to niepokojące. Specjalizacja jest trudna. Pracuje się coraz trudniej. Bardzo trudno jest uruchomić praktykę i trudno jest tę praktykę utrzymać. Myślę, że te rozwiązania, nad którymi zaczynamy pracę w tej chwili, być może będą zmierzać w kierunku większej stabilizacji. Tak naprawdę, podstawowa opieka zdrowotna czy medycyna rodzinna powinny być traktowane w systemie jako rodzaj wspólnego dobra, które, jeżeli dobrze funkcjonuje, jest w stanie zapewnić lepsze funkcjonowanie całego systemu.

Oczywiście, równocześnie dzieją się pewne rzeczy niepokojące, które, niestety, powodują generację pewnych negatywnych sygnałów do środowiska. Myślę, że ta nowelizacja ustawy i propozycja wprowadzenia internistów i pediatrów jest niedobrym sygnałem dla młodych ludzi, którzy mają podejmować specjalizację z medycyny rodzinnej, bo myślą

sobie, że może jednak prościej jest zrobić specjalizację z pediatrii czy interny, mając później otwarte różne pola manewrów. To jest duża obawa w środowisku, to jest bardzo mocno podkreślane.

Mamy także problemy z systemem kształcenia. Nad tym bardzo intensywnie staramy się pracować także z resortem zdrowia. Po nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i nowym rozporządzeniu o specjalizacjach lekarskich, tak naprawdę, system kształcenia podyplomowego uległ pewnej destabilizacji. Dostrzegamy potrzebę szybkich działań naprawczych. Jednym z takich działań naprawczych, które będzie można osiągnąć w trybie nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza... Pewne rozwiązania, które funkcjonowały w poprzednim rozporządzeniu o specjalizacjach, nie zostały przeniesione do ustawy i w związku z tym, struktury kształcące, tak naprawdę, formalnie, prawnie nie istnieją. To ma wszelkie konsekwencje zarówno prawne, jak i faktyczne. Część ośrodków kształcących, zwłaszcza szpitali, nie chce dalej prowadzić kształcenia podyplomowego, a – w mojej ocenie – nie powinno tego kształcenia prowadzić, bo nie spełnia wymogów ustawowych. Natomiast, ktoś musi to kształcenie koordynować i nim zarządzać. Takie struktury są, ale wymaga to zmian ustawowych. Oczywiście z tą pracą, o której pan minister wspominał, wszyscy wiążemy ogromne nadzieje. Pewnym cieniem na to kładą się napięcia, które wciąż są obecne. Te napięcia są przede wszystkim spowodowane warunkami kontraktowania świadczeń. To jest rzecz, która niezwykle środowisko porusza, ale trudno się temu dziwić. Głęboko wierzę, że te problemy uda się rozwiązać w drodze jakiegoś konstruktywnego dialogu, a propozycje kierownictwa resortu w sprawie podjęcia prac nad rozwiązaniami ustawowymi oceniam szczególnie wysoko, bo środowisko długo na to czekało. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. W takim razie, otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pani przewodnicząca Beata Małecka-Libera.

**Poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, zacznę może od tego, że wydaje mi się, że jednak trochę za wcześnie rozpoczęliśmy tę dyskusję, bo dobrze by nam się rozmawiało mając projekt ustawy, którą ministerstwo przygotowuje, a tak rozmawiamy trochę w próżni. Natomiast, chciałabym tu powiedzieć kilka swoich przemyśleń.

Po pierwsze, jestem gorącym zwolennikiem POZ-u i lekarza rodzinnego. Uważam, że gdybyśmy tę filozofię lekarza rodzinnego – 20 lat temu, kiedy zaczęliśmy przebudowywać system – przez 20 lat systematycznie rozbudowywali i szli w jednym kierunku, to dzisiaj ta instytucja i ta część byłaby jeszcze o wiele silniejsza i miała lepsze możliwości niż w tej chwili. Stało się – w moim odczuciu – nieco inaczej. Wiele rzeczy zostało odebranych POZ-owi. Według mnie, również trochę została zaniedbana edukacja, w sensie promocji samej instytucji lekarza rodzinnego. Dzisiaj właściwie zadajemy sobie pytanie takie – czy w strategii na następne lata rola lekarza rodzinnego i POZ-u ma być fundamentem, czy nie? I na to pytanie powinniśmy sobie odpowiedzieć, bo jeżeli tak, to powinniśmy zrobić wszystko, żeby tę instytucję przywrócić do takiego poziomu, żeby była podstawą, fundamentem i głównym elementem ochrony zdrowia.

Druga, bardzo istotna rzecz, która mi się nasuwa. Narzekamy na kolejki do lekarzy specjalistów. Mamy problem z dostępnością. Ale przecież, tak naprawdę, przez ostatnie lata po kolei odbieraliśmy POZ-owi możliwości wykonywania różnych badań diagnostycznych. Panie ministrze, może przyszedł czas na to, żeby zastanowić się, czy by jednak pewnych zadań nie przywrócić do lekarza rodzinnego, żeby lekarz rodzinny miał o wiele większe możliwości, ale także później rozliczać z efektywności, o czym, niestety, przez te wszystkie lata trochę zapomnieliśmy.

I kolejna rzecz związana z nowelizacją. Ja nie znam projektu. Oczywiście wszyscy słyszeliśmy, że jest wola wprowadzenia lekarza rodzinnego i lekarza pediatry do systemu POZ. Na podstawie tej wiedzy, jaką mam w zakresie tego projektu, jestem przeciwna takiemu pomysłowi, dlatego że uważam, iż to absolutnie spowoduje „rozwalenie” systemu lekarza rodzinnego. Być może zmienię zdanie, kiedy zobaczę projekt. Dlatego uważam, że dzisiejsza rozmowa jest troszkę o niczym, bo rozmawiamy o faktach, które nam

są znane, a to, co będzie proponowane, jest nam nieznane. W związku z tym dyskusja wydaje mi się trochę dziwna. Niemniej jednak, chciałbym usłyszeć od pana ministra, czy jest prawdą, że w dalszych planach opieramy system na lekarzu rodzinnym. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Muszę się odnieść do tego, co powiedziała pani przewodnicząca. W jakimś sensie pani sama sobie zaprzeczyła. W moim przekonaniu, to jest właściwy moment do tej rozmowy, bo – tak jak pani wspomniała i zresztą wspomnieli o tym pan minister i pan profesor – toczą się rozmowy. W przyszłym roku, jeżeli wszystko pójdzie zgodnie z planem, będziemy rozmawiać o większym dokumencie, dotyczącym lekarza rodzinnego – jeżeli dobrze zrozumiałem pana ministra. I po to właśnie, aby pan minister i osoby, które pracują nad tym dokumentem, znały również naszą opinię, o tym dzisiaj rozmawiamy. Nie rozmawiamy o incydentalnej sprawie – tu podzielam zdanie pani przewodniczącej, też mam podobne wątpliwości. Nie rozmawiamy o incydentalnej zmianie, która jest zapowiadana. Powiem więcej, być może efekt tej rozmowy doprowadzi do pewnej refleksji, o którą łatwiej przed rozpoczęciem dyskusji w Komisji niż wtedy, kiedy już są dokumenty, druk sejmowy i sprawa jest już jednoznaczna. Ale, już pomijając tę sprawę i tę zapowiadaną w najbliższych tygodniach nowelizację, mamy to, o czym, pani przewodnicząca wspomniała, z czym w pełni się zgadzam, otwartą dyskusję, która, jak rozumiem, toczy się również w ministerstwie, jaki ma być model lekarza rodzinnego w przyszłości. Ja też się z tym zgadzam, też uważam, że powinniśmy wrócić niejako do źródeł, przypomnieć o pewnych zadaniach, które lekarz rodzinny miał realizować – również pewne możliwości diagnostyczne.

Posłużę się przykładem dosłownie sprzed tygodnia, pacjenta, który trafił do mnie na badanie USG. Otóż, kolejność była następująca. Pacjent z guzem nadnercza. Lekarz rodzinny zamiast go skierować wprost na tomografię komputerową, skierował go... Ja wiem, że nie może. Właśnie o tym mówię. Skierował go do specjalisty. Ten pacjent, jak państwo się domyślają, czekał 2–3 miesiące na to, żeby się do tego specjalisty dostać. Sprawa zaczęła się na początku roku. Po tym czasie czekał kolejnych kilka miesięcy na wykonanie badania. Po wykonaniu badania trafił do lekarza rodzinnego, ponownie został skierowany do specjalisty i dowiedział się – co specjalnie nas nie dziwi – że już w tym roku nie zostanie przyjęty, „bo już mamy jesień, limity się pokończyły, proszę bardzo w roku przyszłym”. To jest coś, co, między innymi, można i co powinno się zmienić. Dużo krótsza byłaby ta droga, gdyby lekarz rodzinny, opierając się na uzasadnionych, w pełni potwierdzonych wynikami podejrzeniach – co było widać w tym przypadku – mógł od razu skierować pacjenta na badania diagnostyczne, w tym przypadku na tomografię komputerową.

Oczywiście, jest to kwestia odpłatności. To jest kwestia organizacji. To jest kwestia tego, że być może musi być pewna pula pieniędzy na badania. Rozumiem, że to wszystko, to jest rzecz, wokół której te rozmowy się toczą, żeby ten system dobrze funkcjonował, żeby na przykład nie wysyłać na badania droższe kosztem tańszych, dlatego, że to jest inny sposób finansowania czy z innego jeszcze powodu. Jednak o tym powinniśmy rozmawiać, bo na jakiegokolwiek konferencji poświęconej medycynie ogólnie albo w jakikolwiek sposób związanej z medycyną rodzinną czy podstawową opieką zdrowotną zawsze słyszymy, że powinna być pewna piramida. Pewna piramida, która jest racjonalna nie tylko ze względu na odpowiedni dostęp do leczenia, na dbałość o zdrowie obywateli, ale również racjonalna ekonomicznie. Niestety, za każdym razem dochodzimy do konkluzji, że tej piramidy nie zbudowaliśmy, ten system nie funkcjonuje na bazie tej piramidy, że mamy zbyt dużo hospitalizacji, chociażby w sytuacjach, kiedy pewne sprawy można by załatwić w zupełnie inny sposób.

Oczywiście, to, co powiedziałem, jest moim głosem w dyskusji. Chciałbym, aby według takiego modelu ten system w przyszłości mógł działać, mógł funkcjonować. Bardzo proszę, pan poseł Piontkowski.

**Poseł Dariusz Piontkowski (PiS):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, może rzeczywiście częściowo dyskusja jest przedwczesna, bo nie mamy projektu ustawy, ale jednocześnie może warto,

żebyśmy mogli się wypowiedzieć odnośnie do kierunku zmian, które ministerstwo ma zamiar wprowadzić. I z tych wypowiedzi, które na razie padły, wynika – ja również podtrzymuję ten kierunek – że jeżeli ministerstwo rzeczywiście zdecyduje się na zwiększenie kompetencji lekarzy rodzinnych, to wszyscy jako pacjenci – bo ja nie jestem lekarzem, a pacjentem – powinniśmy to pozytywnie odebrać.

Pojawia się tylko od razu pytanie – bo na to zwracali mi uwagę lekarze podstawowej opieki zdrowotnej – czy wraz z tym będzie przyjęta jakaś standaryzacja postępowania przy tych zwiększonych kompetencjach. W jakich wypadkach lekarz podstawowej opieki zdrowotnej będzie mógł, a nawet powinien, zlecać badania diagnostyczne? Czy to będzie związek również, na przykład, z jakimś obowiązkowym poziomem wydatków z tych środków, które NFZ płaci na kontrakt POZ-u i z których jakaś część będzie na przykład przymusowo kierowana na badania laboratoryjne, na diagnostykę, a jeśli tak, to jaka to będzie część? Czy może pójść w tę stronę, o której mówił pan minister, aby uzależnić tę część finansów od rzeczywistych efektów i rzeczywistych wydatków? Czyli, zwiększyłaby się wtedy ta pula środków, która byłaby kontraktowana nie w zależności od liczby pacjentów objętych opieką przez daną placówkę POZ, ale od rzeczywiście wykonanych badań i przyjęć pacjentów.

Drugi element – to, na co państwo zwracali uwagę w materiale przygotowanym na dzisiejsze posiedzenie Komisji. Tam nie znalazło się to określenie, ale pierwsza część, która mówi o liczbie lekarzy rodzinnych w Polsce, pozostawia pewien niepokój, że tych lekarzy w pewnym momencie może zabraknąć. Jak rozumiem, zapobiec temu ma także ta nowelizacja ustawy, która ma pozwolić internistom i pediatrom na wykonywanie również obowiązków lekarza rodzinnego. Stąd pytanie do ministerstwa. Czy dotychczasowe działania podejmowane przy szkoleniu, w tym dodatkowo dofinansowanie rezydentów i tych, którzy robią specjalizację lekarza rodzinnego, przyniosło, z państwa punktu widzenia, zamierzone efekty? Czy nie istnieje to, o czym lekarze rodzinni mówią od dłuższego czasu, że wkrótce dojdzie do załamania tej opieki, bo zabraknie wielu starszych lekarzy i ta luka pokoleniowa, która stopniowo nam zagraża, spowoduje, że w pewnym momencie po prostu zabraknie lekarzy rodzinnych i dotychczasowe standardy, chociażby limity pacjentów, którzy mogą być w poszczególnych placówkach POZ czy przypadać na poszczególnych lekarzy, nie będą musiały być zmienione i czy w związku z tym nie zmniejszy się dostępność do lekarza rodzinnego? A przecież, jednocześnie państwo proponują zdecydowane poszerzenie kompetencji lekarza rodzinnego, za czym chyba większość z nas będzie.

Element kolejny, związany z dniem bieżącym. Podobno wojewódzkie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia w tej chwili przeprowadzają weryfikację uprawnionych do bezpłatnych świadczeń lekarskich z tytułu ubezpieczenia przez poszczególne POZ-y. Podobno takie weryfikacje sięgają nawet okresu dziesięciu lat, chociaż, zgodnie z przepisami, POZ w dwóch momentach weryfikuje prawa pacjenta zapisującego się do danej placówki. Po pierwsze, w momencie, kiedy taki pacjent składa deklarację, że wybiera daną placówkę POZ czy danego lekarza, a drugi moment, kiedy zgłaszamy się do lekarza z konkretnym problemem i jesteśmy w trakcie wizyty – wtedy składamy taką deklarację. Jednak część z nas do lekarza zgłasza się niesystematycznie, nawet raz na kilka lat, a w przypadku takich pacjentów chyba nie za bardzo jest możliwość zweryfikowania przez lekarzy rodzinnych, czy są ubezpieczeni. W związku z tym, czy według pana ministra ten proceder karania – według lekarzy rodzinnych sięga to nawet 7,5% wszystkich pacjentów, którzy zapisali się do lekarzy rodzinnych – jest właściwy. Czy pan minister o takiej weryfikacji w ogóle wie, a jeśli tak, to jak długo ma ona trwać? Czy nie powinna obejmować wyłącznie okresu najbliższego, bo NFZ ma prawo do wskazania jakichś nieprawidłowości i swoich uwag chyba 45 dni po przedstawieniu listy pacjentów i badań wykonanych w danym okresie. Lekarze rodzinni zwracają również uwagę na to, że chociaż generalnie są za badaniami profilaktycznymi, to czasami mają wątpliwości, czy przymusowość pewnych badań profilaktycznych powinna być stosowana, czy za każdym razem ministerstwo właściwie określa te badania przymusowe, wydaje na nie pieniądze, chociaż, z punktu widzenia lekarzy, czasami są one po prostu niepotrzebne.



I rzecz, która przy tej okazji na pewno się pojawi przy nowelizacji ustawy, to powrót do tego pytania, czy w związku z poszerzeniem kompetencji lekarza rodzinnego państwo nie powinni wrócić do wielokrotnie omawianej sprawy, a więc sposobu przepisywania leków refundowanych. Czy państwo nie zamierzają zaufać jednak lekarzom i dać im szansy przepisywania leków refundowanych zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, a nie wyłącznie ze wskazaniami charakterystyki medycznej danego leku? To tyle. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan poseł Miller.

**Poseł Rajmund Miller (PO):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, ja zasadniczo nie uzyskałem wiedzy – a to byłoby pytanie do pana profesora, konsultanta – jakie mamy słabe strony i jakie mamy mocne strony. Dzisiaj rozmawiamy o poprawie sytuacji, ale czy mamy diagnozę, czego potrzebują lekarze POZ-u czy cała organizacja, żeby ta opieka zdrowotna nad pacjentami była prawidłowo prowadzona.

Jestem chwilę po spotkaniu z przedstawicielem fińskiego zespołu dotyczącego zdrowia. Rozmawialiśmy o tym, jak wygląda opieka zdrowotna w Finlandii. Pierwsze pytanie i pierwsza zasada – być może jest to tylko w moim regionie – czy są kolejki, czy trzeba się zapisywać do lekarza rodzinnego? Innymi słowy, czy pacjent przychodząc dzisiaj do lekarza uzyskuje informację, że będzie przyjęty pojutrze. Bo jeżeli tak jest – a ja wiem, że tak jest w wielu miejscach w kraju – to jest to niezgodne z zasadą prowadzenia praktyki lekarza rodzinnego.

Z czego to może wynikać? W kilku spotkaniach uzyskaliśmy informacje na temat liczby pacjentów, których może mieć lekarz ogólny... U nas rodzinny – w Finlandii nie ma lekarza rodzinnego, nazywa się on lekarzem ogólnym – my tak nazwaliśmy. Otóż, zwykle jest to 1000–1200 osób. U nas często jest to około 2500 na lekarza... Pytanie jest więc tego typu. Jeżeli chcemy mieć prawidłowo realizowane świadczenia i rzeczywistą dobrą pracę lekarza, to czy lekarz może mieć tylu pacjentów zdeklarowanych. Oczywiście tego typu ograniczenia wiązałyby się z koniecznością podniesienia stawki kapitacyjnej.

Drugie pytanie jest takie, bo uważam, że idea lekarza rodzinnego trochę się przez te lata rozmyła. Pozwoliliśmy na to, żeby przy POZ-ach powstawała specjalistyka. Moim zdaniem, specjalistyka... I również w Finlandii, bo o to pytałem, specjalistyka jest w zupełnie innych jednostkach, nie przy jednostkach lekarza rodzinnego. Wynika to z różnych sytuacji. Wynika to z takiej sytuacji, że kontrakty specjalistyczne zostały rozdrobione. Kolejki w sumie się wydłużają. A jest również pokusa, żeby pacjenta nieraz niepotrzebnie kierować do specjalisty, który jest tuż obok, z czymś, co mógłby załatwić lekarz rodzinny, jeżeli poszerzy mu się kompetencje. Wydaje mi się więc, że należałoby się zastanowić nad tym, żeby to wszystko z powrotem postawić na nogi, ponieważ rozdrobienie kontraktów powoduje również spadek jakości świadczeń specjalistycznych.

Jeżeli dany ośrodek specjalistyczny, przychodnia, ma niski kontrakt, to nie jest w stanie ani się doposażyć, ani świadczyć usług na najwyższym poziomie. Często w praktykach przy POZ-ach pracują lekarze, którzy pracują również w szpitalach i mają tam tylko godziny. Wydaje mi się, że to wszystko w sumie powoduje straty dla pacjenta, zbyt duże obciążenie dla lekarza – już nie mówię o tym... Przecież musimy pamiętać, że są wizyty domowe. Kiedy więc ten lekarz, mając 2500 ludzi, ma wykonać wizyty domowe, przyjąc pacjentów i zająć się diagnostyką? Wydaje się, że ta pula 2500 pacjentów powoduje to, że pacjent czeka 1, 2 czy 3 dni do lekarza rodzinnego, czego nie powinno być. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Maciej Orzechowski, proszę bardzo.

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, przejrzałem materiały, które dzisiaj otrzymaliśmy ze strony Ministerstwa Zdrowia. Jakby dokładnie się wczytać w te materiały, to, tak naprawdę, większość postulowanych zadań, które POZ powinna wyko-

nywać, jest tam zapisanych. Mamy zapisane prowadzenie edukacji zdrowotnej, mamy też zapisane prowadzenie bilansów, mamy też realizację programów profilaktycznych. Mamy ewaluację i systematyczną ocenę okresową stanu zdrowia. Mamy również wykonywanie testów i zlecenie wykonywania dodatkowych badań. Tak więc te wszystkie materiały, i te wszystkie propozycje, które dzisiaj padają, o które należałoby rozszerzyć zadania w POZ-cie, w tym ogólnym materiale się znajdują.

Jeszcze ciekawszy jest materiał, który mówi nam o nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej, bo tam, wśród wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, znalazły się takie obowiązkowe rzeczy, jak lodówka czy telefon stacjonarny. Bardziej by mnie interesowała jedna rzecz, na ile jesteśmy w stanie wspomóc lekarza, a w ogóle cały system ochrony zdrowia – bo, tak naprawdę, w wielu debatach to się przewija – narzędziami i systemami informatycznymi. Bowiem to, co dotyka naszą opiekę zdrowotną, to, niestety, wielokrotna powtarzalność badań. Te badania są zlecane na wielu szczeblach – od POZ-u, poprzez specjalistę, a skończywszy na szpitalach, i to też na różnych poziomach. Jestem przekonany, że do wielu z tych badań lekarz rodzinny, czyli ta osoba, która powinna widzieć pacjenta holistycznie, ma dostęp fragmentaryczny czy szczątkowy, bo albo w postaci jakichś wypisów ze szpitala, albo jakiejś części dokumentacji. I chyba narzędzia informatyczne mogłyby bardzo szybko doprowadzić do tego, że spora ilość środków w systemie mogłaby być oszczędzona.

Drugą taką rzeczą jest standaryzacja badań, bo dziś wiemy, że obok profesjonalnie działających i wyposażonych laboratoriów jest sporo takiej diagnostyki, która, niestety, z tą standaryzacją niedużo ma wspólnego. Kolejną rzeczą, która też przewijała się w wypowiedziach moich poprzedników, jest to, kiedy lekarz może kierować na badania, kiedy może konsultować się u specjalisty. To powraca wielokrotnie przy omawianiu innych działów medycyny. To kwestia standardów, opracowania pewnych standardów, którymi lekarze rodzinni łatwo mogliby się posługiwać.

I wreszcie ostatnia kwestia dotycząca planu możliwości udziału w podstawowej opiece zdrowotnej internistów i pediatrów. Tu warto zadać pytanie, czy wynika to z tego, że lekarzy rodzinnych jest za mało – a jak popatrzymy na liczbę lekarzy rodzinnych w systemie w materiałach dostarczonych nam przez Ministerstwo Zdrowia, jest ona na w miarę stabilnym poziomie. A jeśli tak, to zadajmy pytanie, czy w innych miejscach, takich jak szpitale, mamy za dużo internistów i pediatrów, bo każda w ten sposób otwarta furтка może prowadzić do tego, że nagle utracimy specjalistów i z pediatrii, i z interny, którzy mogą dzisiaj pracować w systemie POZ-owskim, w ramach podwykonawstwa, a tak mogą uciec z systemu leczenia szpitalnego i za kilka lat będziemy się zastanawiać, w jaki sposób przywrócić tych ludzi albo stworzyć deficytowe specjalizacje z interny i pediatrii, by znaleźli oni stosowne miejsce w leczeniu zamkniętym. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo za ten głos. Podobnie jak pan przewodniczący mówiła również pani przewodnicząca. Cieszę się, że rzeczywiście rozmawiamy merytorycznie, a nie politycznie, czyli, jeżeli mamy pewne uwagi, pewne wątpliwości, to one są artykułowane bez oglądania się na kwestie polityczne.

Pan poseł Moskal, a następnie pani poseł Gądek. Bardzo proszę.

**Poseł Kazimierz Moskal (PiS):**

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, pewnie każdego z nas cieszy, że chcemy udoskonalić system, który ma działać na rzecz pacjenta. Wiele mówiliśmy o lekarzach, wiele mówimy o pewnych standardach, i dobrze, że dostrzegamy te problemy i chcemy to zmienić. Natomiast, ja mam pytanie do pana ministra. Gdyby był przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia też miałbym pytanie. Co jest z Centralnym Wykazem Ubezpieczonych.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Jest przedstawiciel NFZ-u, tylko na razie nie dawaliśmy mu głosu, bo w tej sprawie rola pana prezesa jest pomocnicza...

**Posel Kazimierz Moskal (PiS):**

To przepraszam i kieruję to pytanie też do przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jak obecnie funkcjonuje Centralny Wykaz Ubezpieczonych i system eWUŚ, bo wiemy, że część ludzi jest pozbawiona opieki POZ-ów między innymi poprzez wadliwość tego systemu? To znaczy, ja bym tego pewnie nie poruszał, gdyby to nie dotyczyło nawet mojej córki, bo... Ja wiem, że uprawiam prywatę, ale jedną z trzech córek w jakimś stopniu pozbawiono... Na czerwono jest „wyrzucana” w eWUŚ-u, i w związku z tym lekarz zwraca się do mnie z pytaniem, dlaczego tak się dzieje.

Szanowni państwo, poszedłem wczoraj sprawdzić, czy rzeczywiście ją zgłosiłem. Okazało się, że zgłosiłem wszystkie córki, natomiast jedna została niewłaściwie potraktowana, chociaż nie podejmowała żadnej pracy – bo wiem, że gdyby podejmowała pracę czy jakieś czynności by zaszły, to można by to tym wytłumaczyć. Pewnie będę zmuszony pójść do Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby to wyjaśnić, ale – jak mówię – na swoim przykładzie wiem, że to nie jest wydumany problem, tylko on istnieje. Dlatego, mam pytanie. Czy w związku z tym, kiedy pracujecie nad ulepszeniem funkcjonowania systemu POZ-u, bierzecie pod uwagę wadliwość obecnego systemu elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniodawców i na czym będzie polegać udoskonalenie, bo tu chodzi o pacjenta? Tutaj możemy mówić, że ważny jest lekarz, ale i pacjent jest bardzo ważny. I w tym duchu, chciałbym dowiedzieć się, panie ministrze czy przedstawicielu Narodowego Funduszu Zdrowia, jaka liczba tych osób jest pozbawiona opieki poprzez wadliwość systemu. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Niech pan poseł zwróci uwagę na to, czy córka powyżej miesiąca nie chorowała, nie była na zwolnieniu lekarskim. Wiem, że wtedy też mogą się zdarzyć różne perturbacje.

Jednak, my się tutaj mądrzymy, a za chwilę oddam głos fachowcowi w dziedzinie polityki rodzinnej, praktykowi, a jednocześnie parlamentarzystce. Bardzo proszę, pani poseł Gądek, która jest tu niejako w podwójnej roli, czyli, z jednej strony jest posłem, a z drugiej strony, praktykującym lekarzem rodzinnym. Bardzo proszę.

**Posel Lidia Gądek (PO):**

Szanowni panie przewodniczący, szanowne prezydium, panie ministrze, drodzy goście, po takiej laudacji pana przewodniczącego, nie dość że mam chrypkę, to w ogóle mi głos zabierze.

Szanowni państwo, przede wszystkim dziękuję za tę dzisiejszą dyskusję. Wnioskowa-łyśmy wspólnie z panią poseł Okragły już jakiś czas temu, żeby jednak na posiedzeniu Komisji Zdrowia mówić o systemie POZ-u jako o całości, bo jest to bardzo ważny element całości systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zbiegło się to czasowo z kilkoma momen-tami. Otóż, generalnie ze strony Ministerstwa Zdrowia dotarł do nas bardzo mocny nie tyle impuls, ile fakt, który zaczniemy realizować, o czym pan minister mówił. Jutro jest pierwsze posiedzenie zespołu roboczego, który ma przygotować nową kompleksową ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej. I dlatego dzisiejsza dyskusja z dwóch powodów jest ważna.

Oczywiście my nie rozmawiamy konkretnie nad tym dokumentem, który będzie się tworzyć. Mówimy właśnie o trendach. I niezmiernie cieszy mnie fakt, że właśnie dzisiaj głosy praktycznie wszystkich dyskutantów są zgodne w jednym. Wszyscy uważają, że rolę lekarza systemu podstawowej opieki zdrowotnej – lekarza, pielęgniarki, położnej – należy wzmocnić. To nie jest odkrywcze, bo cała Europa tak funkcjonuje i większość systemów ochrony zdrowia oparta jest właśnie na systemie lekarza rodzinnego czy mocnym systemie podstawowej opieki zdrowotnej. W związku z tym nie odkrywamy Ameryki, tylko jakby po analizie sytuacji zdrowotnej naszego społeczeństwa, dochodzimy do tego – z czego się cieszę – że naprawdę należy wzmocnić ten system. I mam nadzieję, że to wreszcie się wydarzy i że przed nami jest wspólna praca.

Ja nie będę się odnosić do tego, co tu przed chwilą słyszałam w różnych wypowiedziach. To prawda, jestem lekarzem praktykiem. Nie widzę sprzeczności interesów. Myślę, że staram się na forum parlamentu, głównie w działalności zespołu do spraw

POZ-u, przedłożyć wyłącznie swoje doświadczenie medyczne i przede wszystkim zawodowe. I jest to pewna forma wkładu w pracę parlamentu na rzecz systemu ochrony zdrowia w Polsce. To prawda, że w dotychczasowym dokumencie mamy zapisanych bardzo dużo kompetencji lekarza rodzinnego, generalnie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki, również całego systemu, tylko że sukcesywnie, przez lata, te kompetencje, które tutaj były i są zapisane, zostały i są nadal przycinane poprzez przepisy wykonawcze. Niestety, szczególnie przez płatnika. Bo my oczywiście to wszystko mamy prawo robić. Mamy do tego kompetencje, mamy prowadzić profilaktykę, mamy leczyć pacjentów, mamy diagnozować pacjentów, i to wszystko za 8 zł stawki bazowej. W związku z tym, trzeba sobie wyobrazić, jak naprawdę funkcjonuje lekarz, który stara się zachowywać prawidłowo w stosunku do swoich pacjentów.

Należy zdecydowanie iść w tym kierunku, o którym tutaj była mowa, a więc mieszanego systemu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej, czyli systemu kapitacyjnego jako bazowego w połączeniu z systemem motywacyjnym. Proszę jednak zwrócić uwagę na to – a zgodność środowiska jest bardzo duża w tym zakresie – że system motywacyjny to nie może być dodatkowe płacenie za bilanse, które my i tak wykonujemy. System motywacyjny, jeżeli ma zadziałać prawidłowo i ma odciążyć cały system opieki zdrowotnej, ma zmniejszyć kolejki do droższych form działalności, czyli do AOS-u (ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) i do szpitalnictwa, musi opierać się na tym, że lekarz – to, co pan przewodniczący powiedział, między innymi – ma mieć możliwość skierowania na badania diagnostyczne i wykonać procedury diagnostyczne i lecznicze, za które dostanie dodatkowe środki przesunięte z wyższych pięt systemu, wyższych w znaczeniu specjalistyki i szpitalnictwa. I wtedy to będzie system motywacyjny. I wtedy będziemy mogli się pochwalić tym, że zmniejszamy – według szacunków o około 30% – długość kolejek w poradniach specjalistycznych. Kosztem tego poradnie specjalistyczne powinny przejąć dużą część usług dla pacjentów szpitalnych, tych, którzy niekoniecznie w szpitalu muszą się znaleźć. A jak wszyscy wiemy, jest to najdroższe ogniwo systemu, w związku z czym, należy robić wszystko, żeby ten system w tym kierunku zmieniać. Dlatego, skoro jest taka zgodność na dzień dzisiejszy, jakby i polityczna, i merytoryczna, to rozumiem, że jest pełne zielone światło do tego, żebyśmy wszyscy wspólnie pracowali nad tą nową ustawą.

Jeszcze odniosę się na gorąco do jednej wersji, czyli, pediatra i internista w POZ-ie. Właściwie większość lekarzy pracujących w POZ-ie to są interniści lub pediatrzy, ewentualnie specjaliści innej dziedziny, ale dodatkowo ze specjalizacją z medycyny rodzinnej lub ogólnej. Ktoś ostatnio zadał mi pytanie: „Jak to, to ty jesteś wrogiem tego, żeby to wprowadzić?” Nie. Nie jestem wrogiem ani ja, ani całe środowisko, tylko chodzi o wprowadzenie tego po zrobieniu specjalizacji, ewentualnie krótszą ścieżką szkoleniową, bo nie ma wymogów, żeby powtarzać całą internę czy całą pediatrię, jeżeli ktoś ma specjalizację. W związku z tym, myślę, że ten projekt, który gdzieś tam zaczął funkcjonować, zostanie przeprowadzony albo w ten sposób, albo wycofany, a jednocześnie zwiększymy możliwość kształcenia lekarzy rodzinnych, która dzisiaj – jak pan profesor powiedział – jest zdecydowanie zachwiana i utrudniona. Dziękuję bardzo.

#### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję. Ja oczywiście podzielałam w pełni tę opinię pani poseł. Zresztą, tu powtórzono te pewne rzeczy *à propos* przyszłej nowelizacji, o której będziemy dyskutować. Umówmy się – albo rzeczywiście będzie brakować lekarzy w poradniach specjalistycznych czy w szpitalach, albo to będzie fikcja, nic się nie zmieni, pomijając te uwarunkowania, o których mówiła pani poseł.

O zabranie głosu prosi pan przewodniczący Katulski. Bardzo proszę.

#### **Poseł Jarosław Katulski (PO):**

Dziękuję bardzo. Ja bardzo króciutko, właściwie do wypowiedzi pana posła Moskala, bo padło takie zdanie z pana ust. Wydaje mi się, że wypada, aby ono wybrzmiało i zostało skorygowane. Otóż, jeśli nawet komuś wyświetla się czerwone światełko w eWUŚ-u – tak umówmy się symbolicznie – to wcale nie oznacza, że jest pozbawiony świadczeń. A tak pan powiedział. Chyba jasno trzeba określić, że jest możliwość uzyskania świadczenia

zawsze, tylko faktycznie pewna niedoskonałość powoduje, że trzeba wypisać oświadczenie. Jednak nikt nie jest pozbawiony świadczeń z tego tytułu. Ja tylko tyle, dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Pani poseł Skowrońska. Później pani poseł Okragły.

**Posel Krystyna Skowrońska (PO):**

Państwo mówią o rzeczach, które nie są mi niekiedy tak dobrze znane jak lekarzom praktykującym w POZ-ach, niemniej jednak w ramach problemu związanego z POZ-em, chciałabym dwie sprawy poruszyć.

Wprowadzono system eWUS i na pewno w związku z tym jest weryfikowana lista pacjentów, ta aktywna, czyli tych pacjentów zapisanych do poszczególnego lekarza POZ-u. Poza tym – czy na dzisiaj NFZ zrobił taką weryfikację i jaka, w związku z tym, jest jego ocena? Czy w przypadku, kiedy pacjentów mamy mniej w systemie, nie weryfikowano stawki kapitałowej w tym zakresie? Bo jeżeli mamy mniej pacjentów, określona pula pieniędzy jest przeznaczona na POZ, to warto byłoby się o to pokusić albo zadać sobie taki trud, czy nie zweryfikować aktywnej liczby pacjentów lub wypracować i ocenić, jak wygląda stawka kapitałowa. To jest jedna z najważniejszych rzeczy po wejściu systemu eWUS i liczę na to, że pan minister, we współpracy z prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia, taką pracę wykona, a to dlatego, że lekarze POZ-u zwracają się z tym i wskazują właśnie na istnienie takiego zjawiska.

I z pytań, które są – jeśli chodzi o środki przeznaczone na POZ w strukturze finansowania przez NFZ, w tym przypadku, kiedy liczba pacjentów na listach wykazanych przez system eWUS będzie mniejsza, czy minister wie, iż prezes NFZ przygotowuje się do jakichkolwiek zmian? To, po pierwsze.

Po drugie, lekarze POZ-u wskazują na dużo obowiązków, między innymi na patronaże... – proszę mi pozwolić, proszę państwa, lepiej wicie, to szkoda, że do was nie zwrócili się ci lekarze – ...czy liczbę porad bilansowych, że system wprowadza jedną kwalifikację. W tym przypadku jest prośba, aby można było albo wskazać, albo informacje, które są, tak rozdzielić lub tak próbować ten problem rozwiązać, żeby to wszystko było wykazywane w systemie, a wtedy będziemy mieć prawdziwy obraz pracy lekarza POZ-u. To są moje główne pytania.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. I na koniec wystąpień i pytań posłów, również nasza koleżanka, poseł i jednocześnie praktykujący lekarz rodzinny...

**Posel Janina Okragły (PO):**

Jeszcze lekarz internista...

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

...podobnie jak pani poseł Gądek. Pani poseł Okragły. Zapraszam, proszę bardzo.

**Posel Janina Okragły (PO):**

Dziękuję, panie przewodniczący. Jestem lekarzem internistą, ale już od wielu, wielu lat pracuję w podstawowej opiece zdrowotnej i uważam, że właściwie w POZ powinni pracować przede wszystkim lekarze rodzinni, a jeżeli nie rodzinni, to pediatrzy i interniści, ale po odpowiednim przeszkoleniu, przynajmniej krótką ścieżką. W medycynie opieki podstawowej jest pewna specyfika, która może być obca lekarzom innych specjalizacji, a szczególnie lekarzom pracującym w szpitalach.

Chciałabym jednak, żeby pan minister spojrzął na tabelę nr 5 – to jest stronie 18 – gdzie mamy umowy w zakresie świadczenia lekarza POZ-u. Co ciekawego tu widzę? Lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej mamy prawie 33 tys., a 25,5 tys. to są właściwie lekarze uprawnieni do świadczeń. Mamy więc 7,5 tys. lekarzy nieuprawnionych, może nie do świadczeń, ale do przyjmowania list aktywnych. Średnia liczba pacjentów na jednego lekarza wynosi od prawie 900 do 1400. Moje pytanie brzmi następująco. Czy po analizie tej tabeli Ministerstwo Zdrowia nie zastanawiało się, czy nie powinno się zweryfikować liczby świadczeniobiorców, czyli po prostu pacjentów przypadających na jednego lekarza, żeby to faktycznie było tyle, ile wynika z tych średnich,

bo tylu pacjentów możemy objąć opieką i przyjąć? Bo ci, którzy nie mają list aktywnych, to są po prostu lekarze dodatkowo zatrudniani przez lekarzy pracujących i mających listę aktywną, najczęściej na godziny. Czy nie powinniśmy takiej fikcji zlikwidować? Lekarz pracujący w opiece podstawowej powinien mieć pełen wgląd w odniesieniu do pacjenta i jego rodziny, więc nie powinien przychodzić na godziny. Czy nie powinniśmy ustalić, tak jak tutaj mówił kolega o Finlandii, 1400–1500 pacjentów maksymalnie na jednego lekarza wykonującego świadczenia?

Z tym wiąże się następna historia. Rzeczywiście brak lekarzy, i to zarówno lekarzy rodzinnych, jak i internistów z pediatrami.

Następna rzecz – weryfikacja stawki kapitacyjnej. Od 2009 r. stawka kapitacyjna nie była zmieniana, nie była weryfikowana. To jest 8 zł baza, chyba 10 zł z groszami po wyliczeniu wszystkich... To znaczy średnia ważona. I ponieważ wypadło nam z systemu eWUŚ średnio 7% pacjentów, czy nie powinniśmy jednak podnieść o jakąś kwotę, o tę średnią, na przykład, stawkę kapitacyjną za pacjenta.

Chcę powiedzieć, że pieniądze, te, które były płacone za pacjentów nieubezpieczonych – jak dzisiaj mówimy – były jednak wykorzystywane na leczenie pacjentów tych, którzy przychodzili. Przypominam, że system płacenia to jest stawka kapitacyjna i ci, którzy nie przychodzą, finansują leczenie osób, które są przyjmowane i leczone w poradni lekarza rodzinnego. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę. O głos prosi jeszcze pani przewodnicząca Beata Małecka-Libera.

**Poseł Beata Małecka-Libera (PO):**

Ja chciałabym dopytać, bo mam jednak wątpliwości. Cały czas słyszymy, że lekarz POZ-u przyjmuje średnio 2500 – tylu ma zadeklarowanych pacjentów, a właśnie w tabeli, która jest na stronie 18, jest wyraźnie napisane, że średnia liczba świadczeniobiorców na jednego lekarza zgłoszonego przez świadczeniodawcę do realizacji umowy jest około 1000. Jaka jest więc prawda? Bo z tego, co tu panie posłanki mówią, wynika, że cały czas ta liczba oscyluje wokół 2500.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Bardzo proszę, pani poseł Okragły.

**Poseł Janina Okragły (PO):**

To może ja powiem. Po prostu my nie jesteśmy w stanie zrealizować tej umowy i dodatkowo zatrudniamy swoich kolegów lekarzy, na przykład, ze szpitala.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dobrze. Pan przewodniczący Orzechowski.

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Dobrze. To ja w takim wypadku zapytam resort, a jeśli nie resort, to moje szanowne koleżanki ekspertki, jeśli chodzi o medycynę rodzinną lub też konsultanta krajowego – z tych 7 tys. lekarzy, którzy posiadają kwalifikacje zgodne z warunkami umowy, ilu jest... Lekarze jakich specjalizacji tam przychodzą? Te osoby, które – tak, jak pani poseł przed chwilą mówiła – wykonują takie świadczenia, jakie specjalizacje posiadają? Bo dzisiaj jesteśmy w przededniu tego, żeby stworzyć *lex specialis* dla internistów i pediatrów, a być może okaże się, że to już jest w trakcie realizacji. Czy tak?

**Poseł Janina Okragły (PO):**

Mogę powiedzieć jedną rzecz na przykładzie przychodni, w której bardzo długo pracowałam. Zatrudniliśmy internistów i pediatrów na godziny, ale, przepraszam, czy lekarz, który przychodzi 3 razy w tygodniu na dwie godziny, jest w stanie świadczyć opiekę podstawową? Czy zna rodzinę? On załatwia po prostu doraźne przypadki, zachorowania, z jakimi przyjdą pacjenci, nic więcej. To świadczy o tym, że doba ma 24 godziny, my mamy zrealizować kilka wizyt, i my się w tym czasie nie mieścimy. To robimy w celu zapewnienia dostępności pacjentom.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Myślę, że to jest jasne w tej chwili, co nie zmienia faktu, że... To znaczy, argumenty pani poseł są oczywiste, ale również słuszne jest pytanie pana przewodniczącego (na razie nie mamy jeszcze tego druku w ręce) co w takim razie zmieni ta nowelizacja, skoro w jakimś sensie to już funkcjonuje, w sytuacji, gdzie jest taka potrzeba? Jeżeli oczywiście ktoś taką potrzebę zgłasza, ją widzi, chce to realizować i zatrudnia... Bardzo proszę, jeszcze pani poseł.

**Poseł Janina Okragły (PO):**

Jeszcze jedno. Musimy sobie postawić pytanie, czy chcemy mieć lekarza rejonowego, tak jak było 10–12 lat temu, czy chcemy mieć lekarza opieki podstawowej, czy przede wszystkim lekarza rodzinnego. Jedna z dwóch rzeczy. Jeżeli będziemy zwiększać liczbę pacjentów przypadających na lekarza, to naturalnie, chcąc zapewnić jakąś opiekę, będziemy musieli z tych samych środków dodatkowo zatrudniać lekarzy.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dobrze. Nie wiem, czy pan poseł Szulc też chce teraz zabrać głos w tej sprawie. To bardzo proszę. Później poprosimy o zabranie głosu naszych gości.

**Poseł Jakub Szulc (PO):**

Bardzo serdecznie dziękuję, panie przewodniczący. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, myślę, że jeżeli mamy dochodzić do jakichkolwiek wniosków i określać jakiekolwiek kierunki naszego działania, to warto by było, żebyśmy rozmawiali opierając się na realnych danych, a nie zgadywali i przerzucali się hasłami i stwierdzeniami. Stąd pytanie do pana ministra Neumanna. Czy faktycznie mamy do czynienia z sytuacją taką, jak jest to przedstawione w dokumencie, który pan minister przedłożył na potrzeby Komisji, to znaczy, że liczbę lekarzy zatrudnionych w systemie, a więc wykonujących świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, mamy w tym momencie 33 tys., z czego 25,5 tys. to są lekarze, którzy mają kwalifikacje i kompetencje do tego, żeby prowadzić listy aktywne? Bo jeżeli tak, to w jaki sposób byśmy nie liczyli, nie wyjdzie nam... W żaden sposób nie odnoszę się do tego, co mówiła pani poseł Okragły, to znaczy, czy lekarz rodzinny ma za dużo, czy za mało obowiązków, bo to jest zupełnie inna historia. Rozmawiajmy o rzeczywistości. To oznacza, że lekarz rodzinny w Polsce nie ma zapisanych średnio 2750 dusz, a więc tej maksymalnej liczby, która jest określona przepisami prawa, tylko ma średnio około 1400 pacjentów, i taka jest rzeczywistość. Proszę o potwierdzenie albo o zaprzeczenie w tej kwestii.

Natomiast, wydaje mi się, że jeżeli mamy dyskutować dalej... Dzisiaj, tak naprawdę, informacja przede wszystkim skupia się na przedstawieniu stanu faktycznego, jak on ma się na dzisiaj, i określeniu, że dalszymi krokami będzie włączenie lekarza internisty i lekarza pediatrii w to, żeby lekarze tych specjalności mogli prowadzić listy aktywne, czyli, że to sprowadza się do takiej zmiany. Natomiast chętnie bym usłyszał, jakie są szersze plany Ministerstwa Zdrowia czy też Ministerstwa Zdrowia we współpracy z Kolegium Lekarzy Rodzinnych na okoliczność tego, w jaki sposób docelowo mamy system lekarza rodzinnego udroźnić i spowodować, że on faktycznie będzie funkcjonować w taki sposób, jak to zakładaliśmy 10 lat temu. To jest podstawowa rzecz. Bo oczywiście my pewien problem sobie rozwiązaliśmy tym, że lekarze interniści i pediatrii będą mogli prowadzić listy aktywne, ale nie wszystkie problemy, tym bardziej że z dokumentu, który Ministerstwo Zdrowia przedstawiło, wyraźnie wynika, że głównym problemem nie jest to, że lekarz ma średnio 2750 osób, które prowadzi, bo średnio, statystycznie, ma ich prawie o połowę mniej. W moim przekonaniu, powinniśmy dyskutować o tym, w jaki sposób należy docelowo spiąć system podstawowej opieki zdrowotnej ze specjalistyką i leczeniem szpitalnym. Jaki powinien być przepływ danych, jakie powinien otrzymywać informacje płatnik publiczny, a jakie minister zdrowia, tak, żeby można było powiedzieć, że to wszystko pracuje? Myślę, że tak naprawdę o tym przede wszystkim powinna być rozmowa. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Jeszcze o głos prosi pani poseł Gądek. Proszę uprzejmie.

### **Poseł Lidia Gądek (PO):**

Mam krótkie pytanie, na podstawie wypowiedzi moich szanownych przedmówców. Ponieważ zwrócono uwagę na to, że średnia liczba świadczeniodawców przypadających na jednego lekarza to między 1000 a 1600 w jednym z województw, to mam pytanie czysto praktyczne do pana ministra. Czy w statystyce mamy wykazanych lekarzy, którzy obejmują pacjentów opieką, czyli tych, którzy, mówiąc prostym językiem, mają deklaracje, zbierają deklaracje, czy to są wszyscy lekarze zatrudniani przez świadczeniodawców? Bo to zdecydowanie zmienia postać rzeczy.

Proszę zwrócić uwagę na to, że w POZ-ie jako jeden z produktów nadal jest nocna i świąteczna opieka, która *de facto* już nie jest świadczona w POZ-ie, przynajmniej w zdecydowanej większości przypadków. Czy lekarze zatrudniani tam na dyżury zaniżają nam tę statystykę (wpływają na tę statystykę) czy nie? Jak to generalnie wygląda w skali kraju i poszczególnych województw, bo jako praktyk, ale też kontaktując się z wieloma osobami, które praktykują, wiem doskonale o tym, że jest grupa lekarzy, która ma duże zaufanie pacjentów i ma te 2750 pacjentów, a reszcie musi powiedzieć „dziękuję”, i są tacy, którzy mają te 1200, czasem mniej? Uważa się, że poniżej 1200 zadeklarowanych na lekarza nie daje możliwości utrzymania praktyki, szczególnie, jeżeli jest to praktyka związana środowiskowo albo z osobami starzejącymi się, a więc w centrach miast, ale nie tylko, bo i na niektórych terenach wiejskich, albo z populacją wyjątkowo chorą z różnych względów, na przykład geograficznych, bo są miejsca w Polsce, gdzie zachorowalność na niektóre schorzenia jest dużo wyższa. W związku tym, czy ta statystyka mówi nam o zadeklarowanych i objętych opieką, czy o wszystkich lekarzach, którzy w formie godzinowej, również dyżurowej, pracują w systemie. To zdecydowanie zmienia postać rzeczy, szczególnie w kontekście tego, o co chcę jeszcze zapytać. Mamy obowiązek i staramy się prowadzić profilaktykę, jeżeli więc lekarz ma zadeklarowaną populację, to on musi – i staramy się, żeby to było w jak najlepszym zakresie – wykonać pełną profilaktykę od patronatu noworodka, przez badania bilansowe dzieci małych i badania bilansowe oraz szczepienia dzieci w szkołach, po badania profilaktyczne i programy profilaktyczne u osób dorosłych. W związku z tym jest różnica, czy to jest 1000 osób w populacji, czy 2500, o których mówimy. To jest pierwsza rzecz.

I druga, wynikająca z tego, a właściwie pytanie. Mamy już krążące szeroko informacje o tym, jakoby według statystyk NFZ lekarze podstawowej opieki zdrowotnej nie wywiązywali się w odpowiednim zakresie z tych właśnie badań – chodzi przede wszystkim o bilanse i szczepienia. Z tego, co my wiemy, sytuacja wygląda inaczej. Mam więc prośbę o jednoznaczną odpowiedź, może nie tu, w tej chwili, bo nie wiem, na ile są przygotowani pan prezes i pan minister, ale o odpowiedź pisemną. Jak wygląda statystyka ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, jak wygląda ze strony Ministerstwa Zdrowia poprzez instytuty medyczne, jeżeli chodzi o kwestie wyszczepialności w Polsce, prowadzonej przecież w POZ-ie, i przeprowadzanie badań bilansowych? Generalnie środowisko jest oburzone tym, że poszła w eter informacja, że my nie prowadzimy bilansów dzieci i młodzieży, co w naszym odczuciu nie jest prawdziwe. Jeżeli jednak tak wygląda statystyka, to bardzo prosimy o przedłożenie nam tej informacji. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Myślę, że pan minister już przygotowuje się do odpowiedzi, ale przedtem oddamy głos zaproszonym gościom. Bardzo proszę, kilka zgłoszeń już widziałem. W kolejności, pan prezes Sandauer, bardzo proszę.

### **Honorowy przewodniczący Stowarzyszenia Pacjentów „Primum Non Nocere” Adam Sandauer:**

Proszę państwa, stosunkowo krótko, jeżeli można. Sytuacja wygląda tak, że jest jednak duże społeczne niezadowolenie z funkcjonowania opieki zdrowotnej, a w szczególności z funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, i jest podział na Polskę A – Polskę ludzi bogatych, którzy mogą nie korzystać z ubezpieczeń społecznych, którzy idą leczyć się prywatnie i mają pełen dostęp do opieki zdrowotnej płaconej z własnej kieszeni – i tych, którymi zajmujemy się tutaj, teraz, którzy korzystają z ubezpieczeń zdrowotnych. Lekarz biega pomiędzy prywatnym a publicznym. W jednym miejscu płaci płatnik



publiczny, a w innym płaci pacjent z własnej kieszeni. Pacjent za nim biega i dopłaca, ale nie każdy pacjent. Biega ten pacjent, którego stać na to, a nie każdy, bo znacznej części pacjentów nie stać. I mamy tę Polskę, która musi korzystać z ubezpieczeń publicznych, i tę Polskę, którą stać na to, żeby czasami pójść prywatnie do lekarza. Proszę państwa, ten system działa jednak wadliwie.

Chciałbym zwrócić uwagę na proste dane statystyczne. W momencie wprowadzenia takiego rozliczenia, jakie ono jest, liczba hospitalizacji w naszym kraju wzrosła w pewnym momencie o około 40%. Nie było żadnej epidemii, ale hospitalizacji jest dzisiaj znacznie więcej. Szpitale bardzo często na wstępie – na dzień dobry – wykonują te badania, które powinny być wykonane u lekarza rodzinnego, ale ci sami lekarze rodzinni mają tę wiedzę, że jeżeli idą gdzieś prywatnie do gabinetu czy są zatrudnieni w jakiejś spółdzielni czy poradni, gdzie pacjent płaci, mogą wykonywać te badania, które trzeba – badania w kierunku zaburzeń tarczycy, prostych zaburzeń hormonalnych i często, gdy nie dają sobie rady, odsyłają oczywiście pacjenta do specjalisty, ale znaczną część tego typu rzeczy wykonują samodzielnie. Tego, jeżeli chodzi o ubezpieczenie nie ma. Tych badań nie mogą już robić. Pacjenci potem czekają wiele miesięcy na wizytę u specjalisty, podczas gdy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wiele z tych rzeczy mógłby zrobić.

Myślę, że konieczna jest ponowna analiza tego wszystkiego, jak to działa, bo proszę państwa, powiedzmy otwartym tekstem – działa to dość podłe. Ludzie są niezadowoleni. Tu nie chodzi o to, żeby robić jakiś awantury o to, że to źle funkcjonuje, tylko, po prostu, naprawić.

Proszę państwa, nigdzie na świecie nie ma takiej sytuacji, że lekarze muszą pracować na trzech etatach i pacjenci muszą kilkakrotnie biegać, żeby uzyskać właściwą pomoc lekarską. Proszę państwa, przetnijmy tę szaleńczą fikcję – lekarz biega, żeby zarobić, pacjent biega, żeby się leczyć. Po jasną... przepraszam, tu powinno być brzydkie słowo. Dziękuję. Nie chcę używać brzydkich słów.

#### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę. Proszę też pamiętać o przedstawianiu się do mikrofonu.

#### **Prezes Zarządu Krajowego Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” Jacek Krajewski:**

Dziękuję, panie przewodniczący. Jacek Krajewski, prezes Federacji „Porozumienie Zielonogórskie”. Chciałbym odnieść się do słów pani przewodniczącej Małeckiej-Libery, że w sumie bezprzedmiotowo się tu spotkaliśmy, bo dopiero ustawa będzie tym momentem, kiedy właściwe powinniśmy rozmawiać. Zasadniczo się nie zgadzam, pani przewodnicząca. Dlaczego? Dlatego, że nigdy nie dość mówić o POZ-ie, bo to jest fundament systemu.

Druga sprawa. Jesteśmy w ciekawym momencie, jeżeli chodzi o kontraktowanie świadczeń, bo kilka razy tu już wywołany system eWUŚ ma bardzo zasadnicze znaczenie dla tego, czy my w przyszłym roku w ogóle będziemy pracować. Pamiętajmy, że kontraktowanie świadczeń i zapisy, które są w tej chwili w projekcie zarządzenia Narodowego Funduszu Zdrowia, bardzo mocno ograniczają taką możliwość. My, oprócz tego, że przede wszystkim jesteśmy lekarzami i pacjent jest dla nas najważniejszy – i dlatego pan Adam Sandauer mówił przed nami, i powiedział to, co powiedział, chociaż nie zgadzam się z tą statystyką, panie Adamie, bo są dane wskazujące, że jest trochę inaczej – to jesteśmy także tymi, którzy prowadzą firmy i musimy liczyć, musi się bilansować. Mówiliśmy tutaj o tym, ilu jest lekarzy. Rzeczywiście tak jest, że organizacja własnej firmy, czyli, kiedy lekarz rodzinny jest organizatorem podstawowej opieki zdrowotnej dla pacjentów, to jest to ten lekarz rodzinny, jakiego sobie wyobrażamy w modelu medycyny rodzinnej. Będziemy ten model preferować i uważać za najlepszy dla tego systemu, ponieważ w wielu krajach na świecie właśnie model medycyny rodzinnej, czyli takiej, która jest organizowana przez lekarza będącego jednocześnie opiekunem pacjenta, organizującego zespół opiekujący się pacjentem na poziomie podstawowym zapewnia co najmniej 80% jego potrzeb zdrowotnych. Do takiego modelu będziemy zmierzać. Będziemy o tym mówić w ustawie o POZ-ie, natomiast co jest nie tak teraz?

Przyznam, że brakuje mi trochę czasu, żeby to przedstawić. Myślę, że z panem prof. Windakiem i z innymi obecnymi tutaj moglibyśmy państwu wiele ciekawych rzeczy opowiedzieć na ten temat, jak to powinno funkcjonować i jak to funkcjonuje w świecie, i także w Polsce, drodzy państwo, tylko nie w Warszawie. Dlatego, jeśli mówimy o Polsce A i B, to mówimy o B w Warszawie, z całym szacunkiem dla Warszawy, naszej stolicy. Naprawdę Warszawa nie poznała, co to jest medycyna rodzinna, jak może funkcjonować POZ i jak można opiekować się pacjentami.

Jeżeli mówimy o tych 2750 pacjentach, to jest rzeczywistość. Osobiście znam lekarzy, którzy nie mogą wziąć urlopu od wielu lat, bo mają 3500 pacjentów i nie mają się kim zastąpić. Fajnie się mówi 1400, 1200, niech będzie nawet 2000, ale, drodzy państwo, to jest rozsiane w Polsce bardzo nierówno. Tak naprawdę, w jednym mieście jest tych lekarzy bardzo wielu, i można przebierać jak w ulęgałkach, jeżeli chodzi o zastępstwa, a w innych nie ma możliwości się zastąpić, i ten człowiek pracuje od 8.00 do 18.00, albo wielokrotnie dłużej, bo papiery są jeszcze do wypełnienia. A przecież, jeżeli jest pacjent i czeka kolejka w poczekalni, to nikt nie będzie wypełniać zaświadczeń. A zatem, mówimy o pewnym żywym procesie, o tym, że coś się toczy.

Naszym zdaniem, teraz, w projekcie zarządzenia NFZ, przez to, że oni są zmuszeni, a przynajmniej przedstawiciele NFZ tak twierdzą – a przecież wymieniamy się na co dzień informacjami, jak my to odbieramy, jak oni są zmuszeni do wypełnienia pewnych przepisów ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, którą podjęto tutaj, w Sejmie (art. 50 ust. 6) gdzie eWUS jest jednym z tych, który tak naprawdę weryfikuje status uprawnienia do świadczeń... Pamiętajmy, że status ubezpieczenia to nie jest ubezpieczenie. Słusznie jeden z panów posłów zauważył, że dziecko ubezpieczone wykazane jest jako nieuprawnione.

Co się może stać od przyszłego roku? Na „dzień dobry”, 1 stycznia, stracimy z naszej listy pacjentów, których NFZ uzna za nieuprawnionych do świadczeń. Drodzy państwo, dla wielu z nas to jest cały zysk, a często poniżej zyskowości prowadzona jest ta działalność. Jak już powiedziałem, jako lekarze sprawujemy opiekę holistyczną – zajmujemy się nie tylko pacjentem, ale i jego środowiskiem, znamy całą rodzinę. Przewaga medycyny rodzinnej to jest ta wartość dodana, która polega na tym, że my znamy pacjentów kilkadziesiąt lat – tych samych ludzi – od wieku młodzieńczego, od dziecka, do lat starszych, i ich dzieci także. Jeżeli w tej chwili spowodujemy, że ci, którzy wiele lat pracują w jednym miejscu, nagle stracą sens finansowy funkcjonowania, i to tylko dlatego, że jest nieszczęśliwy przepis w ustawie... Zatem staramy się wybrnąć z tej sytuacji, ale uważamy, że jeżeli te przepisy pozostaną *expressis verbis* tak, jak zostały zapisane w projekcie zarządzenia, to my od przyszłego roku nie pracujemy w podstawowej opiece zdrowotnej, a mówię w imieniu firm, które pracują w podstawowej opiece zdrowotnej. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, po kolei, jeżeli mogą zaproponować. Pan zgłaszał się pierwszy, później pani. Pan profesor, jak rozumiem, na koniec.

**Prezes Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce Tomasz Tomasiak:**

Panie przewodniczący, bardzo dziękuję za zaproszenie. Nazywam się Tomasz Tomasiak. Jestem prezesem Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i chciałbym odnieść się do pewnych kwestii związanych z wizją funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej. Tak naprawdę wizja funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej jest kształtowana w tej chwili. Ustawa będzie mieć stosunkowo małe znaczenie, natomiast znacznie większe znaczenie ma projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej wprowadzający internistów i pediatrów do podstawowej opieki zdrowotnej – wprowadzający świetnie przygotowanych lekarzy do opieki szpitalnej, do diagnozowania i leczenia w szpitalach, do podstawowej opieki zdrowotnej. Dodam, że w ciągu pięcioletniego szkolenia internista i pediatra nie spędzają ani jednej godziny w ambulatoryjnym leczeniu, już nie mówiąc o podstawowej opiece zdrowotnej. Jest to jeden z argumentów merytorycznych, który przemawia przeciwko takiemu rozwiązaniu. Inne argumenty, które były przedstawiane panu ministrowi zdrowia, z uwagi na to, że bardzo ożywiona dyskusja na ten temat toczy się od maja tego roku, to kwestia opieki holistycznej, opieki ciągłej, całości-

wego podejścia do pacjenta, koordynacji opieki, ale te argumenty również, niestety, nie znalazły uzasadnienia.

Były podnoszone również argumenty finansowe. To znaczy, dlaczego lekarza szkolić na rezydenturze pięcioletniej do pracy w POZ-ie, a nie na rezydenturze czteroletniej. Te koszty są co najmniej o 20% wyższe, a przecież koszty przewidziane na rezydentury są w tej chwili obniżane.

Jest jeszcze jeden argument, polityczny. Pan przewodniczący mówił, że należy wrócić do źródeł. Wprowadzając internistę i pediatrę do POZ-u faktycznie wracamy do źródeł, ale z lat 50., kiedy internista, pediatra, ginekolog i chirurg byli wprowadzeni do podstawowej opieki zdrowotnej. W tej chwili, od Lampeduzy po Grenlandię i od Portugalii po Polskę, obowiązuje dyrektywa 36 Unii Europejskiej z roku 2005, która mówi – i tu zacytuje – że każdy z krajów członkowskich uzależnia wykonywanie zawodu lekarza ogólnego – wykonywanie zawodu – od posiadania dokumentu potwierdzającego kwalifikacje. I w tej dyrektywie jako kwalifikacje jest wpisany dyplom lekarza rodzinnego. Co więcej, dyrektywa w innym artykule (art. 28) mówi, że aby praktykować medycynę ogólną, konieczne jest co najmniej sześciomiesięczne praktyczne szkolenie właśnie w podstawowej opiece zdrowotnej.

Do państwa posłów wypłynął 18 października, skierowany przez pana premiera Rostowskiego, projekt ustawy o świadczeniach zdrowotnych, który wprowadza internistów i pediatrów do podstawowej opieki zdrowotnej. Jako obywatel tego kraju i prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych uprzejmie proszę o głęboki namysł, o głęboką refleksję przed głosowaniem, które tego dotyczy. W uzasadnieniu do tego projektu jest napisane, że ustawa jest zgodna z prawem Unii Europejskiej. Dodam tylko, że Minister Spraw Zagranicznych dnia 27 maja wyraźnie pisze, że rozszerzenie definicji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie jest kwestią wewnętrzną danego kraju, ale jest kwestią regulowaną dyrektywą 2005/36 i ten projekt nie jest zgodny właśnie z tą dyrektywą. Dziękuję uprzejmie.

#### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Ja jednak muszę tu kilka rzeczy sprostować i wyjaśnić. Po pierwsze, mówiąc o powrocie do źródeł, miałem na myśli nie coś, co ma się nijak do lekarzy rodzinnych, tylko to, jak miał funkcjonować lekarz rodzinny i co zakładano kilkanaście lat temu. Nie mówię o likwidacji POZ i lekarza rodzinnego oraz o powrocie do przychodni rejonowych. Ja tego bynajmniej nie miałem na myśli. Jeżeli pan doktor tego nie zrozumiał, to w takim razie wyjaśniam. Myślałem, że to było dość jednoznaczne w kontekście całej mojej wypowiedzi. Po drugie, to nie minister Rostowski kieruje nowelizację jakiegokolwiek ustawy zdrowotnej, tylko minister zdrowia, a po trzecie, takiej ustawy w Sejmie jeszcze nie ma. Dopiero będzie coś wpływać. 18 października być może coś gdzieś kierowano, na pewno nie do Sejmu, bo Sejm jeszcze tej ustawy nie ma. To tyle w tej sprawie. Bardzo proszę panią o zabranie głosu.

#### **Prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej STOMOZ Małgorzata Majer:**

Małgorzata Majer, prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej, a jednocześnie dyrektor szpitala wojewódzkiego. Bardzo dziękuję za zaproszenie i możliwość wzięcia udziału w posiedzeniu. Stoimy może nie po drugiej stronie, ale na szczycie tej piramidy, o której państwo mówią. Natomiast jesteśmy żywotnie zainteresowani dobrze funkcjonującym POZ-em i tymi zmianami, o których tutaj pan minister mówił.

W tej chwili nie jest tak dobrze, jak mówił pan dr Krajewski. Gdyby tak było, że faktycznie lekarz rodzinny zajmuje się rodziną i tą populacją, którą ma, to oddziały internistyczne nie miałyby dostawek i nie „ładowaliby” tam pacjenci, którzy są po prostu biedni, zaprzestali brać leki, często mają rozchwianą cukrzycę i właściwie przychodzą do szpitala, bo nikt wcześniej nimi się nie zajmował. To jest olbrzymi problem dla izb przyjęć i dla oddziałów internistycznych. Jednak bardziej chciałabym myśleć i patrzeć w przyszłość i na te propozycje, które tutaj usłyszałam, szczególnie w zakresie prze-

plywu informacji, programu, który miałby powstać, co jest bardzo ważne dla lekarzy rodzinnych, ale również dla każdego elementu systemu, czyli specjalisty i szpitala.

Pacjent w tej chwili troszeczkę się błąka po naszym systemie i oczywiście generuje koszty, co wszyscy wiemy, ale w sposób chaotyczny, dlatego że nie ma informacji. Lekarz wysyłając pacjenta często nie dostaje informacji zwrotnej. Pacjent nie informuje lekarza, do którego przychodzi, o pełnym pakiecie, jaki dostał, o lekach, jakie stosuje, w związku z czym chyba dość popularna jest polipragmazja, która jest niebezpieczeństwem.

Puste kolejki – mówimy o kolejkach oczekujących. Myślę, że państwo również mają takie sytuacje, jak my w specjalistyce czy szpitalu, że pacjent zapisany po postu się nie zgłasza, bo zapisuje się w kilka miejsc, potem może korzystać z opieki niepublicznej, bo nie chce czekać, ale już nie zgłasza się i nie zwalnia tego terminu. W związku z tym, tak naprawdę trudno jest powiedzieć, jaka jest kolejka oczekujących, jakie koszty i gdzie w systemie powinniśmy wskazać. Dlatego wydaje mi się, że program, któryby powstał, byłby może pewnego rodzaju panaceum i pozwoliłby nam ten system uporządkować, a – tak, jak powiedziałam – dobrze działający POZ to również bezpieczny i dobrze działający szpital. I tu, myślę, że mamy wspólny cel. Dziękuję bardzo.

#### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Myślę, że między innymi z tego powodu jest ta dzisiejsza dyskusja i te, miejmy nadzieję, przyszłe zmiany, które będą zaproponowane. Mam wrażenie, że część z tego, o czym pani dyrektor wspomniała, wynika z takiego, a nie innego funkcjonowania systemu, tego, co wolno, a czego nie wolno lekarzowi rodzinemu. I myślę, że między innymi to część tych spraw determinuje. Bardzo proszę, panie profesorze.

#### **Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej Adam Windak:**

Bardzo dziękuję, ja właściwie chciałem *ad vocem*, aczkolwiek tych głosów, które padły na sali, było tak dużo, że muszę powiedzieć, że jestem zbudowany siłą przekazu informacji, bo właściwie wszystko, co tu zostało powiedziane, jest prawdą. Mamy głęboką wiedzę o tym, jak system funkcjonuje, wiemy o jego niedociągnięciach i szczęśliwie jest wola polityczna, żeby ten system wreszcie uporządkować. A że trzeba go uporządkować, to nie ulega wątpliwości. Pan dr Krajewski powiedział, że Warszawa jest przykładem miejsca, gdzie medycyna rodzinna nie funkcjonuje. Oczywiście Warszawa bardzo rzuca na odbiór społeczny. W Warszawie dominują wielkie publiczne ZOZ-y i właściwie od wielu lat niewiele się zmieniło. Dlaczego tak jest? Dlatego, że tak naprawdę samorządy decydują o kształcie podstawowej opieki zdrowotnej. Ja przyjechałem z Krakowa, w którym nie ma już właściwie ani jednego publicznego ZOZ-u funkcjonującego w opiece podstawowej i nie słyszałem w Krakowie o czymś takim jak oczekiwanie na wizytę u lekarza rodzinnego. Tego nie ma.

Szkoda, że wyszedł pan prezes Sandauer, bo to jest przykład, niestety, budowania czasami opinii na temat funkcjonowania medycyny rodzinnej na podstawie pewnych prawd ogólnych, powtarzanych, obiegowych. Wolałbym, żebyśmy bazowali na faktach. Cieszę się, że materiał, który przygotowało ministerstwo, zawiera dużo takich informacji, które może nie zawsze do końca są precyzyjne, ale na wielu informacjach można będzie budować.

Inny fakt, o którym chciałbym powiedzieć. Mam przed sobą wyniki raportu CBOS z ubiegłego roku, które wskazują na słabe i mocne strony systemu ochrony zdrowia w Polsce. Najwyżej, na samej górze tego wykresu jest dostępność do usług lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Musimy wiedzieć, w jakich warunkach funkcjonujemy. Z Eurostatu wiemy, że mamy najmniej lekarzy w całej Unii Europejskiej, dlatego jesteśmy tu, gdzie jesteśmy. Mamy ograniczone możliwości i musimy pewne realia tych ograniczonych możliwości uwzględniać.

Ja jestem także w końcówce realizacji dużego międzynarodowego badania, które pokazuje ocenę funkcjonowania opieki podstawowej widzianego oczami pacjentów. Jak widzą nas pacjenci. Na pewno prześlę wyniki do pana prezesa Sandauera, bo obraz nie jest tak jednoznacznie krytyczny. Nie chcę przez to powiedzieć, że wszystko funkcjonuje świetnie, bo nie funkcjonuje świetnie, ale brakuje nam wielu narzędzi, wielu motywa-

cji i wielu rozwiązań, które mogą poprawić funkcjonowanie tego systemu. Ja wierzę, że ta ustawa, nad którą zaczynamy pracować, właśnie tę lukę wypełni. Bardzo dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję. Bardzo proszę, pani poseł Dąbrowska.

**Poseł Alicja Dąbrowska (PO):**

Szanowni państwo, kilka razy słyszałam wypowiedzi dotyczące POZ-u w Warszawie. Sytuacja w Warszawie jest mniej więcej taka – bo sama pracuję w tym POZ-ie – są POZ-y prowadzone jako samodzielne publiczne zakłady leczenia otwartego i tam pracują lekarze o specjalności medycyna rodzinna albo połączeni lekarze pediatrzy i internści. I ten POZ świetnie działa. My na Pradze-Północ zapewniamy w takim składzie opiekę dla 75 tys. ludzi. Oprócz tych POZ-ów są niepubliczne zakłady, gdzie również jest układ lekarz pediatra-internista albo lekarz ze specjalizacją z medycyny rodzinnej. Nie wiem, skąd państwo mają takie informacje, że w Warszawie czeka się miesiącami. Od rodzin. To nie wiem, w której dzielnicy, bo może chodzi o to, że można się zapisać na termin przyjęcia planowego, natomiast do mnie – a 30 lat w tym siedzę – nie doszły informacje, żeby do POZ-u trzeba było 2 tygodnie czekać.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dobrze. Dziękuję uprzejmie. Jeszcze tylko jedna uwaga, bo wywołano tu też kwestię szkolenia poddyplomowego, specjalizacji lekarzy pediatrów czy lekarzy internistów. Jak się dowiedziałem, nie ma w tej chwili już kontaktu lekarzy z poradnią. Myślę, że to może źle. Może w ramach specjalizacji by się to jednak przydało – nie mamy tu oczywiście konsultantów krajowych w tych dziedzinach. Może dobrze dla funkcjonowania lekarzy byłoby wrócić do czegoś, co było kiedyś i przez jakąś część specjalizacji – kilka miesięcy – mieć kontakt z poradnią. Bardzo proszę, pani prezes Janicka.

**Prezes Zarządu Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:**

Dziękuję serdecznie. Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia. Panie przewodniczący, szanowni posłowie, zaproszeni goście, panie ministrze, panie prezesie, oczywiście zostało poruszonych bardzo dużo spraw i na wstępie odpowiem tak. Mam nadzieję, że to nie jest tylko kolejna dyskusja. W tym zakresie podzielałam opinię pani poseł Małeckiej-Libery, że nie mamy dokumentów, a właściwie mówimy o czymś, co może kiedyś będzie. Ja, jak państwo wiedzą, bywam tutaj u państwa bardzo często i już długo, i nie mogę zliczyć na palcach moich obu rąk, ile takich debat odbyliśmy w Sejmie, ale nie ostatnio, zgadza się, panie przewodniczący. Chcę jednak powiedzieć o czymś, na co wskazywała pani poseł Małecka-Libera. Czy teraz to jest tylko rozmowa o przyszłości, bo takie rozmowy prowadzę od dziesięciu lat i efektów tych rozmów nie ma? Efekty idą w drugą stronę.

Odnośnie do projektu przyszłościowego, pan minister wie, że ja zawsze mam jakieś „ale”, i mam „ale”, panie ministrze. Pan wie i się uśmiecha. Problem jest jeden. Czy sobie napiszemy („sobie”, przepraszam, że tak mówię, ale jestem lekarzem POZ-u) ustawę POZ-owską, która będzie oderwana od wszystkiego, czy też – i to jest clou programu – piszemy ustawę, która jest częścią ustawy zdrowia publicznego? Dlatego że nie ma reformy podstawowej opieki zdrowotnej bez reformy szpitalnictwa i AOS-u. Jeżeli chcemy coś oderwać i nawet przyjąć i napisać najpiękniejsze założenia, to zdawajmy sobie sprawę z tego, że jeżeli nie poprawimy systemu w całości, to pozostanie to nadal na papierze. To jest pierwsza rzecz. Oczywiście, byłoby zdecydowanie lepiej, gdybyśmy mieli zręby ustawy i mogli o tym mówić, i oczywiście o ustawie o zdrowiu publicznym, czyli, żeby ten POZ nie był oderwany.

Druga sprawa. Padające liczby – 1100 na głowę. Szanowni państwo, panie i panowie posłowie, miejmy odwagę mówić, z czego to się bierze. Nie, pani poseł Gądek, nie mamy średnio 1200 z tego powodu, że tak da się utrzymać. Ja znam POZ-y, które mają 400 deklaracji, 600 deklaracji na doktora, a są tworzone przy szpitalu, przy AOS-ie. To jest to, co powiedział pan poseł Miller, że nie odcina się pewnych układów. A dlaczego one są tam potrzebne, przy szpitalu, przy AOS-ie? Dlatego (żałuję, że wyszedł pan prof. Sandauer) że trzeba wyrobić kontrakty. Trzeba zapewnić przebieg pacjenta w systemie.

Mówmy o tym, jak jest. Hospitalizacje nie wzrosły dlatego, że była plaga albo „doktry rodziny” przestały pracować, tylko dlatego, że taką możliwość dawał system. To jest pierwsza sprawa. Czyli, jeżeli chodzi o ilość, wcale mnie nie dziwi, że w statystyce tak wyszło, bo sama znam takie POZ-y, które są tworzone dla 400–600 osób na lekarza. Proszę? One nie mają się utrzymać, one mają być źródłem do utrzymywania innych. Ale, mówmy o tym otwarcie, że tak jest. System trzeba zmieniać nie tylko w POZ-ie.

Oczywiście, jak jest z podziałem, to już państwo mieli zasygnalizowane. Nie wiem, czy powinna być siatka przychodni, tak jak w systemach niemieckich, że na danym terenie w jakiś sposób zabezpieczamy liczbę pacjentów, bo dzisiaj nie mamy zabezpieczenia miejscowego, szczególnie chodzi o powiaty i gminy. Ja już nie mówię o 3500, jak tu padło. Ja mam w Wielkopolsce gminy, w których jest 5000–6000 osób na doktora i bronią się tam rękami i nogami, i proszą, żeby ewentualnie spróbować coś z tym zrobić. Dlaczego? Dlatego, że zdecydowanie łatwiej jest w dużym mieście. Nie ma woli, bo nie ma się jak utrzymać z małej ilości lub ewentualnie tworzenia sieci, żeby w tych gminach to było. Tak więc, odnośnie do systemu, mam nadzieję, że w tych założeniach ustawowych zdrowia publicznego, nie tylko ustawy o POZ-ie, ta kwestia również będzie poruszona.

Druga sprawa – internści i pediatrzy. Myślę, że jeśli na dzień 1 stycznia informacja się nie zmieni, to ani internista, ani kolejny pediatra nie będzie mieć nic do zrobienia w POZ-ie, dlatego że tak naprawdę zniknie finansowanie z NFZ około 10–11 tys. etatów lekarzy rodzinnych – bardzo proste przeliczenie. Jeżeli mamy mieć „wyciętych” 8% pacjentów dorosłych (jest to w granicach 2,5-3 mln) i jeżeli na lekarza przypada średnio 2500 pacjentów, to w tym momencie tych pacjentów mamy „powycinanych” znacznie więcej. I w tym momencie będzie mniej etatów w POZ-ie.

Czy internści i pediatrzy? W tym zakresie są pytania, które będziemy zadawać ministerstwu, bardzo proste, a o których, w związku z ustawami i projektami – zgadzam się z panem przewodniczącym – będziemy tu rozmawiać. Czy lekarz internista będzie zbierać deklaracje od pacjentów od 18 roku życia? Czy u pediatry, po skończeniu 18 roku przez pacjenta, wygasa deklaracja? Tutaj jest problemów bardzo wiele.

Bilanse i szczepienia. Pani poseł poruszyła tu tę sprawę. Ja przesłałam do szanownej Komisji, na ręce pana przewodniczącego, i również do pana ministra, pismo w sprawie dotyczącej bilansów. Posłowie kiwają głowami – rozumiem, że doszła też do posłów informacja Instytutu Matki i Dziecka na temat wykonywalności bilansów w podstawowej opiece zdrowotnej. Jak mówiłam, od wielu miesięcy poszukiwaliśmy potwierdzenia naszej wizji wykonywanych bilansów. Zwróciliśmy się do Instytutu Matki i Dziecka dlatego, że oni tworzą właściwie zręby polityki opieki nad dzieckiem, czy te informacje posiadają. Dostaliśmy kilka dni temu odpowiedź od dyrektora Instytutu Matki i Dziecka, w której pan dyrektor wyraźnie poinformował, że, po pierwsze, złożył do NFZ pismo o tym, że z wieloma punktami przedstawianej propozycji się nie zgadza. Natomiast, co istotne, bilanse wykonywane w szkołach, przede wszystkim w miastach, czyli szkoły ponadpodstawowe, to jest 78% (tak podał nam Instytut Matki i Dziecka) a tak zwane bilanse w regionach wiejskich, czyli podstawowa opieka zdrowotna, wykonywana jest, panie i panowie posłowie, w 95%. Tak więc, jeżeli chodzi o bilanse i szczepienia, to są rzeczy, które w POZ-ie są od zawsze.

Na koniec, podsumowując, powiem tak. Po pierwsze, oczywiście potrzebna jest zmiana systemu ochrony zdrowia, gdzie podstawą ma być podstawowa opieka zdrowotna. Zmiana ustawowa powinna dotyczyć nie tylko ustawy o POZ-ie, ale ustawy całościowej. Natomiast, jeżeli chodzi o sprawy systemu eWUŚ – bo tym muszę zakończyć – chcę powiedzieć, że mam nadzieję, że ministerstwo i NFZ w tej sprawie znajdą rozwiązanie, dlatego że może... Chcę uspokoić pacjentów, nie będzie tak, że my pacjentów pozostawimy bez opieki.

Chcę powiedzieć fundamentalną rzecz. Ja jestem przede wszystkim lekarzem, potem jestem przedsiębiorcą, a nigdzie, w żadnych moich naczelnych ustawach, czyli w ustawie o zawodzie lekarza czy w innej, nie jest wpisane, że ja mam przymus czy obowiązek kontraktować z NFZ-em. Sygnalizuję więc to. Oczywiście lekarz ma prawo wykonywać, ale nie musi, i nie ma takiego przymusu, przyjmować informacji od NFZ bezwarunkowo. Sygnalizujemy to i myślę, że to będzie czas, żeby tę sprawę załatwić. Czekamy na ustawy,

czekamy na zmiany prawne i czekamy, panie przewodniczący, na dalsze prace. A dzisiaj, dziękujemy za tę debatę, bo myślę, że padło bardzo dużo bardzo istotnych głosów, wiele rzeczy, które da się w tym czasie wykorzystać, ale myślę, że wagą tej rozmowy jest nie te 10 lat, kiedy prowadzimy rozmowy o edukacji, ilości lekarzy i czymkolwiek innym, ale to, że może gremia Sejmu zajmą się tym tak, żebyśmy to prawo faktycznie wdrożyli, a nie tylko przez 10 lat o tym mówili. Dziękuję serdecznie.

### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Myślę, że właśnie po to spotkaliśmy się dzisiaj, aby w związku z pracami nad ustawą w ministerstwie pewne nasze uwagi przekazać. Natomiast, z drugiej strony, przyjmuję te głosy krytyczne, również ten ostatni, jak rozumiem. Nie ukrywam, że chciałem zaproponować, że być może wrócimy do rozmowy na wiosnę, ale, jak rozumiem, mamy nie wracać do rozmowy, dopóki nie będzie ustawy. Ja to oczywiście przyjmuję. Możemy czekać na ustawę, i tyle. Bo kilka takich głosów słyszałem – po co rozmawiać, jeśli nie ma ustawy. W takim razie, państwo sami sobie zaprzeczają.

Teraz bardzo proszę o odpowiedź. Może w pierwszej kolejności poprosiłbym pana prezesa, a później pana ministra. Tylko, szanowni państwo, proszę o krótkie wypowiedzi, bo jak przed chwilą się dowiedziałem, salę mamy do dyspozycji do godziny 18.00. Może uda się kilka minut przedłużyć.

### **Sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Joanna Walewander:**

Szanowny panie przewodniczący, panie ministrze, zaproszeni goście, państwo posłowie, sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Joanna Walewander. Jak najbardziej, proszę państwa, w pełni popieramy dzisiejszą debatę na temat funkcjonowania lekarza rodzinnego i tego, w jaki sposób należy poszerzyć zakres, ponieważ zwiększy to dostępność pacjentów do opieki. Natomiast nie wyobrażam sobie rozmów prowadzonych o instytucji lekarza rodzinnego bez pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Środowisko pielęgniarek i położnych nie ma takiego problemu jak państwo, jeżeli chodzi o przygotowanie kadry, bo przygotowanie jest dobre. Pielęgniarki są przygotowane do sprawowania opieki, posiadają odpowiednie kwalifikacje, niemniej jednak jest problem z wiekiem, bo średnia wieku w podstawowej opiece zdrowotnej to ponad 52 lata. W związku z tym, będziemy szykować młode kadry, które powoli powinny wstępować do tego systemu i zastępować te koleżanki, które będą odchodzić.

Chciałabym zwrócić szczególną uwagę na to – ponieważ są tu przedstawiciele NFZ – że obecnie obowiązujące przepisy, to jest koszyk gwarantowanych świadczeń i obecnie projektowane zarządzenie prezesa Funduszu, jeśli chodzi o medycynę szkolną, są nie-spójne. I gorąca prośba, proszę państwa, żebyście to w końcu „kopiuj/wklej” naprawili tak, jak powinno być, bo jest to niedopuszczalne, żeby takie przepisy kłóciły się ze sobą (koszyk gwarantowanych świadczeń z zarządzeniem prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia), a chodzi tu przede wszystkim o medycynę szkolną.

Chciałabym również zwrócić uwagę na martwy przepis dotyczący opieki nad kobietą po zabiegach onkologicznych i ginekologicznych, ponieważ jest stawka, jest możliwość podjęcia opieki, tylko nikt, proszę państwa, nie daje skierowań do tej opieki. Wielokrotnie apelowaliśmy. Nie możemy pozostawiać, i położne nie pozostawiają bez opieki kobiet, które do nich są zadeklarowane, niemniej jednak apelujemy – jest to w pismach, które kierujemy do Narodowego Funduszu Zdrowia – aby ten problem uporządkować, ponieważ są to zatrzymane środki w NFZ, gdzie jest zagwarantowana kwota, a państwo tego nie wypłacają, niestety, jeżeli nie ma skierowania. Położna udzielająca świadczeń mimo wszystko ich udziela, jednak tych środków nie otrzymuje, ponieważ jest problem ze skierowaniem. Zaproponowaliśmy, w jaki sposób można to rozwiązać bez skierowania, bo jeżeli ktoś jest chory, przeszedł zabieg, to jest to wszystko odnotowane i można by było ewentualnie bez skierowania...

Na dzisiejszym spotkaniu wyrazili państwo tę informację, co nas spotka od 1 stycznia 2014 r. w przypadku unieważnienia deklaracji. Jest to niedopuszczalne, żeby w ten sposób... Ani pielęgniarka, ani lekarz nie są winni, że system w tym momencie nie zadziała, a pacjent, który do nas się zadeklarował, będzie automatycznie wyrzucony z systemu i ta deklaracja nie będzie funkcjonować. Dlatego, oprócz tych na szybko zgłoszonych

problemów, na pewno jest problem finansowy podwyższenia stawki kapitałowej dla pielęgniarki, dla lekarza i dla pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. W medycynie szkolnej jest to cały czas monitorowane przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, niemniej jednak w tym roku jest jakby propozycja zwiększenia stawki w medycynie szkolnej, ale, proszę państwa, ta kwota, która jest zaproponowana naprawdę nie jest wystarczająca do zabezpieczenia świadczeń. Proszę zobaczyć, jak jest zmniejszona liczba dzieci, bo nie ma już tylu uczniów, ilu było w poprzednich latach. Jeżeli niepubliczny zakład medycyny szkolnej – informują pielęgniarki – miał 20 tys. dzieci, a teraz jest 10 tys., to jest to szalona różnica. Zatem pewne zaoszczędzone środki mogą pozwolić na to, żeby państwo dokonali zwiększenia stawki finansowania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, jeśli chodzi o pielęgniarkę. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. To rzeczywiście ważny głos, bo problemy środowiska pielęgniarskiego to osobny ważny temat w POZ-ie czy w gabinetach lekarzy rodzinnych.

Bardzo proszę, może najpierw pan prezes odpowie, bo było mniej tych pytań, a na koniec podsumuje pan minister. I jeszcze mam prośbę do pana prezesa. Ponieważ tu parokrotnie poruszane były kwestie kwot, finansowania takich czy innych działań w ramach POZ-u, gdyby pan mógł również to nam wyjaśnić i przybliżyć.

**Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Marcin Pakulski:**

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, może zacznę od uwag i pytań pana posła Piontkowskiego. Otóż, NFZ nie karze lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Następuje weryfikacja osób zadeklarowanych i w przypadku, kiedy okazuje się, że osoba nie żyje, to wtedy NFZ występuje o zwrot środków wypłaconych od momentu uzyskania informacji o śmierci osoby wcześniej zadeklarowanej. Nikt nie wysyła nikogo na przymusowe badania. Taką uwagę chciałem wyrazić.

Będę mówić po kolei. Realna stawka. Było wiele takich pytań, między innymi od pana posła Millera, od pana posła Orzechowskiego, pani poseł Małeckiej-Libery. Faktycznie jest tak, że realna średnia liczba osób, które pozostają w opiece lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku lekarzy, którzy mają prawo zbierania deklaracji, to jest 1455 osób, w przypadku wszystkich lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej – 1131.

Pan poseł Moskal pytał o CWU (centralny wykaz ubezpieczonych) i uprawnienia. Bazy CWU zasilają różni udziałowcy tego procesu – pracodawca, osoby składające deklaracje, ZUS. W związku z powyższym to, że gdzieś pali się czerwone światło, to, po pierwsze, co było powiedziane – bardzo dziękuję panu posłowi Katulskiemu – nie jest przeciwskazaniem do udzielenia świadczeń, a jedynie jest sygnalizowaniem, że należy wyjaśnić swój status. Jeśli taka osoba wie o tym, że jest uprawniona do świadczeń, składa oświadczenie. To ułatwia sprawę. Ciężar wyjaśnienia tej kwestii przejmuje na siebie Narodowy Fundusz Zdrowia. Jeśli nie wie, ma wątpliwości, to powinna to wyjaśnić w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych. Błąd może wynikać z tego, że są błędnie wpisane dane do formularzy, co już powoduje pewien problem, ale to jest tak, jak wszędzie, jak z zakładaniem konta w banku, gdzie również takie błędy się zdarzają. To pociąga za sobą odpowiednie komplikacje.

Jeśli chodzi o kwoty, padło stwierdzenie, że pieniądze na podstawową opiekę zdrowotną od lat nie wzrastały. Otóż, chciałbym państwu powiedzieć, że efektywna składka zdrowotna roczna – kapitałowa, przepraszam – w 2009 r. wynosiła 133 zł 31 gr., średnio, rzecz jasna. W 2010 r. – 133,19 zł, w 2011 r. – 133,13 zł, w 2012 r. – 137,87 zł, w 2013 r. – 139,16 zł. To wynika z tego, że zmienia się struktura demograficzna osób objętych opieką, a za tym postępuje również wzrost finansowania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Czy mógłby pan wyjaśnić, co składa się na tę średnią kwotę, bo to też będzie ważne dla posłów, jak myśleć? Proszę pamiętać, że nie każdy pracuje w POZ-ie, bo jest to tylko kilka koleżanek. Reszta może tego nie widzieć.



**Kierownik Sekcji POZ i STO Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ  
Krzysztof Klichowicz:**

Krzysztof Klichowicz, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeżeli mówimy o efektywności stawki, to wychodzimy z następujących założeń. Roczna bazowa stawka kapitacyjna, wynosząca 96 zł, jest w stosunku do każdego zadeklarowanego na listy lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej korygowana w zależności od wieku, ewentualnie od pewnych zdarzeń epidemiologicznych lub miejsca przebywania pacjenta.

W stosunku do dzieci do 6 roku życia, współczynnik, który podwyższa tę stawkę roczną, wynosi w tej chwili 2, w stosunku do dzieci pomiędzy 7 a 19 rokiem życia młodzieży ten współczynnik wynosi 1,2, a w stosunku do osób powyżej 65 roku życia wynosi 2. W stosunku do osób, które zostaną zidentyfikowane jako chorujące na cukrzycę lub przewlekłe choroby układu krążenia, niezależnie od wieku pacjenta, ta stawka jest podwyższana współczynnikiem 3. Pozostaje również pewien współczynnik dla pensjonariuszy domów pomocy społecznej i pogotowia opiekuńczego dla dzieci – ta stawka również jest podwyższana. Tak więc efektywność tej stawki wynika z przeliczenia populacji tych współczynników, które podbijają, za przeproszeniem, stawkę bazową.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Bardzo proszę kontynuować. Niezależnie od, za przeproszeniem, stawki bazowej, proszę mówić dalej.

**Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:**

Padają również pytania (zwracała na to uwagę pani poseł Skowrońska, ale i wiele innych osób, pan prezes Krajewski, pani prezes Janicka) o kwestię eWUŚ-a i o osoby nieuprawnione. Otóż, NFZ nikogo nie wycina z list, co chciałbym wyraźnie powiedzieć, nie odcina pacjentów od swoich lekarzy rodzinnych, natomiast, zgodnie z przepisami ustawy, finansuje świadczenia dla osób uprawnionych. NFZ ma obowiązek finansowania świadczeń wyłącznie dla osób uprawnionych. Ze względu na to, że w tej chwili mamy bardzo precyzyjne narzędzie do tego, żeby sprawdzać uprawnienia tych pacjentów, my tę bazę zasialamy codziennie, natomiast w przypadku POZ-u ta baza jest weryfikowana w trybach miesięcznych. Problem polega na tym, że rozpiętość pomiędzy poszczególnymi województwami w zakresie osób nieuprawnionych sięga od 5,45% do 11%, a więc, po pierwsze, mimo naszej wielokrotnie zadeklarowanej woli, nie ma możliwości, aby jednym prostym ruchem czy odgórnym procentowym zwiększeniem stawki, w sposób uczciwy i prawidłowy skompensować, mówiąc krótko, tego typu ubytek. Stąd nasza propozycja, aby wprowadzić produkt, którego wartość, mimo pojawiających się tu opinie, ma swoje ugruntowanie w nauce, na co chciałbym wrócić uwagę. Wczoraj nawet poprzedni i obecny prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego podkreślali konieczność wykonywania badań profilaktycznych, w tym badania poziomu cukru u osób powyżej 45. roku życia – to na marginesie. Natomiast, ten ubytek nie wynika również z tego – i proszę zwrócić na to uwagę – że mamy defekt w systemie eWUŚ. System eWUŚ działa dobrze. Proszę jednak wziąć pod uwagę, że mamy sytuację, że części osób po prostu już nie ma u tych lekarzy, u których my tego nie widzimy. A nie ma ich z powodu tego, że one przestały w ogóle płacić składki zdrowotne z tytułu, na przykład, emigracji. I powiem szczerze, że nałożenie wykresu emigracji, który mamy z GUS-u, na procenty osób nieuprawnionych, bardzo ładnie się pokrywa. Rzecz w tym, że w tym momencie NFZ finansuje część osób, których nie ma w kraju, które nie płacą składek zdrowotnych w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Jeśli by były jeszcze pytania dotyczące szczegółów związanych z funkcjonowaniem systemu eWUŚ, to pani dyrektor Trojanowska może bardziej precyzyjnie to wyjaśnić.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Myślę, że nie. Widzę, że pani poseł Okragły chciałaby jeszcze o coś zapytać. Bardzo proszę, tylko krótko, bo naprawdę mamy niewiele czasu.

**Poseł Janina Okrągły (PO):**

Dziękuję bardzo. Mam bardzo krótkie pytanie. Czy analizowali państwo również strukturę wiekową tych, którzy wypadli z systemu eWUŚ, jeśli jedno na drugie tak się nakłada? Bo wyemigrowali przede wszystkim ci ze stawką 1. Czy tak samo jest w systemie i wśród list aktywnych? To po pierwsze. Pan powiedział, że zmieniała się stawka, średnia ważona stawka wzrosła z powodu struktury wiekowej. Czyli, rozumiem, że społeczeństwo się zestarzało i mamy w tej chwili bardziej kosztochłonna populację. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę, panie prezesie.

**Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:**

Tak, potwierdzam. Głównie wyemigrowali ci ze stawką 1.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, proszę o odpowiedź na pytanie i podsumowanie dyskusji, którą – mam nadzieję – wykorzystają państwo w toku dalszych prac w ministerstwie.

**Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:**

Dziękuję, panie przewodniczący. W kilku zdaniach chciałbym odnieść się do pewnych kwestii i podsumować, jeśli można. Na początek chciałbym wyjaśnić, odnośnie do tych głosów, czy dyskutować dzisiaj, czy nie, bo nie ma ustawy. Chciałbym jasno powiedzieć, że to nie jest inicjatywa Ministerstwa Zdrowia, żeby to spotkanie Komisji dzisiaj się odbyło, tylko Komisji. Myśmy te prace zgodnie z harmonogramem zaczęli i uważamy, że takie spotkania są potrzebne i ta wymiana poglądów i dyskusja są potrzebne na wielu płaszczyznach, także w trakcie prac nad tymi rozwiązaniami.

Odnośnie do samych rozwiązań ustrojowych, o których mówimy, które chcemy budować na przyszłość, to oczywiście jest, że nie jest to żadne wyważanie otwartych drzwi czy wymyślanie prochu. Podstawowa opieka zdrowotna ma być fundamentem ochrony zdrowia i pierwszym miejscem, do którego pacjent zmierza. To jest chyba oczywiście w większości krajów świata i Polska nie będzie ewenementem, czyli krajem, który się wylamie czy wylamuje z tej filozofii. Natomiast chodzi też o to – i w tej dyskusji wyraźnie to widać – żeby wady systemu, które są dzisiaj, wyeliminować i żeby rzeczywiście było tak, jak ktoś kiedyś w planie założył, że lekarz rodzinny będzie rzeczywistym lekarzem rodzinnym, a więc będzie znać tę populację, którą się zajmuje.

Teraz przechodzimy do kolejnego elementu – liczby lekarzy rodzinnych w systemie i tego, czy internści i pediatrzy mogą pracować, czy nie i czy na lekarza przypada 2700, czy 1400 pacjentów. Wszystkie dane są prawdziwe. Możemy oczywiście nimi się przerzucać. Średnia to 1400. Są przypadki, że jest 2700, bo też jest taka możliwość. One nigdy nie są równomiernie rozłożone, bo nie ma takich cudów, żeby w całym kraju było równo. Wszystkie te dane warto brać po uwagę w dyskusji, bo ten system musi być racjonalny i sensownie ułożony. Jeżeli nie będziemy brać pod uwagę wszystkich danych i zmiannych, to możemy popełnić błąd w układaniu tego systemu. To jest niezmiernie ważne. Jako że mamy za mało lekarzy rodzinnych, to musimy w pracach nad zmianami systemowymi zastanowić się także nad szkoleniem lekarzy rodzinnych i nad tym, żeby ta profesja medyczna była bardziej popularna w przyszłości wśród studentów medycyny, którzy mają potem robić specjalizacje, bo dzisiaj nie jest, o czym wiemy wszyscy. Te prace muszą więc być prowadzone na kilku płaszczyznach. Można się zastanawiać nad tym, czy ta, czy inna specjalizacja powinna trafiać do lekarzy rodzinnych.

Dzisiaj wiemy, że internści i pediatrzy pracują. Sami państwo mówią, że zatrudniają lekarzy na godziny. Z drugiej strony mówicie, że lekarz rodzinny powinien się zajmować tylko własnymi pacjentami, bo ich wtedy zna. Jak widać, ta sytuacja nie jest jednoznaczna i takie en bloc odrzucanie lekarzy internistów i pediatrów w systemie jest chyba przedwczesne. Warto może zastanowić się nad tym, jak ich przyjąć i jaką ścieżkę im zaproponować, żeby rzeczywiście oni pracowali nie na godziny, tylko po prostu mieli swoich pacjentów. Bo to jest chyba idea lekarza rodzinnego. Jednak o samej ustawie „pediatra i internista do POZ-u” będziemy rozmawiać na jednym z kolejnych posiedzeń Komii

sji. Tylko, żeby była jasność – ta ustawa jest zgodna z prawem europejskim i mówienie o tym, że jest inaczej, jest prezentowaniem nieprawdziwej tezy. Ten projekt jest zgodny – ma pozytywną opinię Ministerstwa Spraw Zagranicznych. Nie powtarzajmy więc takich tez, bo są one nieprawdziwe.

W dyskusji były zgłaszane uwagi, żeby podwyższyć stawkę kapitacyjną. To jest moje zdanie, nie ministerstwa, bo jeszcze o tym nie dyskutowaliśmy. Jestem zdecydowanym przeciwnikiem podnoszenia stawki kapitacyjnej, ponieważ cała ta zmiana ma polegać na tym, że zmieniamy system finansowania. Czyli, będziemy mieć system mieszany – stawkę kapitacyjną i płacenie za efekt. Podnoszenie stawki kapitacyjnej, według mnie, nie rozwiąże żadnego problemu. Nie daje motywacji. Jednym z elementów takiej sytuacji, jaka jest w systemie POZ-u, jest też to, że jedyną formą finansowania jest właśnie stawka kapitacyjna. Z tym, że potrzeba zmiany, i z tym, że ta zmiana wymaga więcej pieniędzy, więcej nakładów na POZ, zgadzamy się wszyscy, ale nie w formule czystej stawki kapitacyjnej. Może państwo przekonają potem w dyskusji, ale na tę chwilę na pewno uważam, że to byłby błąd. Lepiej wprowadzić system mieszany, bo on rzeczywiście da potem efekt, o którym mówimy, czyli lepszą wyleczalność, ale i lepsze efekty ekonomiczne dla całego systemu.

Pan poseł Szulc zadał pytanie dość zaskakujące – czy te dane, które zmieściliśmy, są prawdziwe. Oczywiście, one wynikają ze sprawozdań. Nie byłibyśmy przecież tak lekkomyślni, żeby na posiedzenie Komisji Zdrowia przesyłać dane, które są nieprawdziwe. To jest oczywiście pewnie dla wszystkich, także dla pana posła.

Jeszcze odniesie do wystąpienia pani prezes Janickiej. Czy POZ powinien być częścią ustawy o zdrowiu publicznym? My prowadzimy zmianę systemu modułowo, tak bym powiedział. Te moduły do siebie pasują. One są elementem całości, tak jak klocki lego. Ustawa o POZ-ie jest oddzielną ustawą. Ona wpisuje się w cały system, nie tylko zdrowia publicznego, ale też ten, o którym mówimy, że chcielibyśmy także nanieść korekty w AOS-ie, przerzucając ze szpitali to, co możliwe, do specjalistyki, bo to też jest systemowo sensowne. Jednak jest to jak gdyby oddzielny element, który w całości daje oczywiście pewne zmiany strukturalne w całym systemie, bo takie jest założenie. Nie planujemy wyrывkowego działania, bo ono nie rozwiąże problemów systemowych, ale zajmujemy się pojedynczymi elementami tego systemu po to, żeby je równolegle naprawiać. O tym rozmawiamy, licząc na to, że na wiosnę uda nam się rzeczywiście przedstawić założenia do projektu. Wtedy, panie przewodniczący, jeżeli będzie wola, my bardzo chętnie w tej dyskusji będziemy dalej brać udział, ale już nad dokumentem, który będzie, bo uważam, że o takich zmianach należy dyskutować szeroko i wcześniej, żeby przedyskutować wszystkie zagrożenia, które mogą nas czekać. Myślę, że ta zmiana będzie budować system czy zmieniać go na wiele lat, i lepiej wcześniej znaleźć słabe punkty, słabe strony czy ryzyka, jakie mogą istnieć, niż potem naprawiać system znowu w trakcie działania, chociaż wiemy doskonale, że każda taka zmiana wymaga monitoringu i bieżącej analizy, ponieważ modele teoretyczne nie zawsze w praktyce działają tak, jak założyli ci, którzy je wymyślili. Jesteśmy otwarci na tę dyskusję. Po to spotykamy się ze środowiskiem lekarzy rodzinnych czy szerzej, POZ-u, żeby... Także o pielęgniarce nie zapomnieliśmy na tym spotkaniu. Zaprosiliśmy pielęgniarki i położne, bo to jest jeden z elementów systemu. Zatem tę pracę bierzemy na siebie. Myślę, że razem będziemy w stanie przedstawić założenia projektu, który ten system utrwali jako podstawowy system w ochronie zdrowia. Ten pierwszy kontakt pacjenta z systemem to ma być lekarz rodzinny, i to lekarz rodzinny, który naprawdę zna swoich pacjentów, i oczywiście będzie dyskusja nad liczbą pacjentów, których powinien mieć, czyli ograniczenie tej liczby, żeby nie było sytuacji takiej, że on rzeczywiście nie jest w stanie zajmować się swoimi pacjentami, bo wtedy jest to po prostu nieefektywne. I to chyba wszystko, w dużym skrócie, panie przewodniczący, bo rozumiem, że nasz czas w tej sali się kończy.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. W takim razie, myślę, że wyczerpaliśmy porządek dzienny. Dziękuję wszystkim państwu. Zamykam posiedzenie.