

VII kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

#### **■ KOMISJI ZDROWIA**

**(NR 170)**

z dnia 9 stycznia 2015 r.



---

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

## Komisji Zdrowia (nr 170)

9 stycznia 2015 r.

Komisja Zdrowia, na posiedzeniu zwołanym w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu na wniosek grupy posłów, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała wstępujący porządek dzienny:

**„Rozpatrzenie informacji o stanie zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej obywatelom w związku z konfliktem, do którego doszło na przełomie roku między Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia a lekarzami zrzeszonymi w Porozumieniu Zielonogórskim”.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Bartosz Arłukowicz** minister zdrowia, **Sławomir Neumann** sekretarz stanu, **Igor Radziejewicz-Winnicki** i **Piotr Warczyński** podsekretarze stanu w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikami, **Krystyna Kozłowska** rzecznik praw pacjenta wraz ze współpracownikami, **Tadeusz Jędrzejczyk** prezes oraz **Julita Jaśkiewicz** i **Zbigniew Teter** zastępcy prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ze współpracownikami, **Piotr Wasilewski** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Teresa Sulik** starszy specjalista w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Zyta Kaźmierczak-Zagórska** wiceprezes i **Konstanty Radziwiłł** sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej wraz ze współpracownikami, **Grzegorz Kucharewicz** prezes oraz **Alina Fornal** i **Marek Jędrzejczak** wiceprezesi Naczelnej Rady Aptekarskiej wraz ze współpracownikami, **Danuta Miłkowska-Mendrek** członek Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Paulina Miśkiewicz** dyrektor Biura WHO w Polsce oraz **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie.

W posiedzeniu udział wzięły pracownice Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Maria Taurogińska-Kopec** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

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

Witam państwa bardzo serdecznie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam panie i panów posłów. Witam pana ministra wraz ze współpracownikami, pana prezesa, przedstawicieli Porozumienia Zielonogórskiego i wszystkich zaproszonych gości.

Szanowni państwo, zanim przejdziemy do realizacji porządku obrad, poproszę o ciszę. Proszę wszystkich o powstanie. Szanowni państwo, w dniu dzisiejszym zmarł były marszałek polskiego Sejmu, osoba bardzo zasłużona dla polskiego parlamentu, pan Józef Oleksy. Chciałbym, abyśmy jako Komisja uczcili jego pamięć chwilą ciszy. Bardzo dziękuję, proszę zająć miejsca.

Szanowni państwo, posiedzenie Komisji zostało zwołane na wniosek grupy posłów, zgodnie z art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu, a sprawa jest związana z problemami na początku roku. Pozwolą państwo, że odczytam porządek dzienny: „Rozpatrzenie informacji o stanie zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej obywatelom w związku z konfliktem, do którego doszło na przełomie roku między Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia a lekarzami zrzeszonymi w Porozumieniu Zielonogórskim”.

Szanowni państwo, jak wszyscy wiemy, 7 stycznia doszło do podpisania porozumienia między tymi dwiema stronami. Oczywiście, bardzo się z tego cieszymy, dlatego, że pacjenci przed dwa dni robocze tego roku nie mogli być przyjmowani w normalnym trybie we wszystkich przychodniach, placówkach prowadzonych przez lekarzy rodzinnych. Dobrze więc, że doszło do tego porozumienia – bardzo się z tego cieszymy. Niemniej

jednak musimy posiadać pewną wiedzę – stąd to dzisiejsze posiedzenie – która dotyczy genezy tego sporu.

Po pierwsze, ponieważ tak się składa, że obie strony przerzucały się informacjami o mówieniu nieprawdy, chcielibyśmy dowiedzieć się, jak to naprawdę było. Po drugie, chcemy wiedzieć i mieć pewność – i może to jest najważniejsze – że sytuacja jest w tej chwili opanowana, jest pod kontrolą i nie dojdzie do podobnych problemów, na przykład, za miesiąc dwa lub trzy.

Chcielibyśmy także dowiedzieć się czegoś o tej części tajnej czy niejawnej, bo przy okazji podpisywania tej umowy na konferencji prasowej takie stwierdzenia padły. Mam nadzieję, że jest to jakieś niefortunne określenie i dowiemy się wszystkich szczegółów tego porozumienia. Jest to naszym obowiązkiem jako Komisji Zdrowia, reprezentującej polski Sejm, ciało ustawodawcze, które ma obowiązek kontrolowania podmiotów i ciał wykonawczych. I wreszcie – myślę, że już ze strony Porozumienia Zielonogórskiego – dowiemy się, jak to było w kontekście informacji, które były przekazywane przez pana ministra, że rzekomo w nocy jechały tutaj autokary, żeby wzmóc presję, czy też, że decyzja o zamknięciu gabinetów została podjęta wcześniej niż zerwano negocjacje. O tym wszystkim dowiemy się.

Teraz, na początek, oddaję głos panu ministrowi. Panie ministrze, bardzo proszę.

#### **Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:**

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, rozmowy na temat zmian w podstawowej opiece zdrowotnej, na temat zmiany struktury finansowania podstawowej opieki zdrowotnej, ale także wysokości tego finansowania, rozpoczęły się w maju. Pierwsze spotkanie z Porozumieniem Zielonogórskim odbyło się 15 maja. Potem odbywały się spotkania także z innymi organizacjami zrzeszającymi lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, takimi jak Kolegium Lekarzy Rodzinnych czy Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia pani Janickiej. Spotkania odbywały się w dniach: 15 maja, 8 i 30 października, 4, 5, 6, 12, 13, 26 listopada, 10, 11, 15, 17 i 29 grudnia, a następnie 6 stycznia.

My ze swojej strony zaproponowaliśmy na początku procesu negocjacyjnego takie rozwiązania, aby w podstawowej opiece zdrowotnej wreszcie, po latach, rozpocząć budowę systemu dającego wsparcie motywacyjne dla lekarzy, którzy chcą wykonywać badania dodatkowe pacjentom, chcą ich diagnozować. Chodzi o to, żeby nagradzać tych lekarzy, którzy pracują efektywniej. W związku z tym, zaproponowaliśmy, aby na początek zbudować system czterech stawek kapitacyjnych X, Y, Z i Q. Stawka X dla lekarzy, którzy nie są do końca przygotowani do sprawozdawania, dla tych lekarzy, którzy z powodów technicznych, organizacyjnych nie mogą jeszcze wejść do tego systemu sprawozdawczego i wykonywania badań. Stawka Y dla tych lekarzy, którzy zaczynają sprawozdawać do NFZ wykonywane badania. Stawka Z dla tych lekarzy, którzy osiągają próg wysokości badań wyliczony ze wskaźnika prezesa NFZ, a stawka Q dla lekarzy pracujących w najtrudniejszej populacji, która wymaga od nich szczególnego zaangażowania diagnostycznego, wykonywania określonej liczby badań.

Zaproponowaliśmy także, aby zwiększyć liczbę badań dla lekarzy rodzinnych. Rozpoczęliśmy od tego, że w pierwotnym projekcie rozporządzenia ministra znalazło się 26 badań. W toku negocjacji, różnych debat z ekspertami, profesorami, lekarzami i naukowcami liczba tych badań ulegała zmianie – zmniejszaliśmy ich liczbę.

W czasie negocjacji oczekiwano od ministra zdrowia tego, aby zmieniono rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie zakresu tych badań. My zadeklarowaliśmy publicznie, że dokonamy tego i postaramy się, aby to rozporządzenie zostało upublicznione przed 1 stycznia. Tak się stało. 29 grudnia opublikowane zostało na stronach RCL rozporządzenie ministra zdrowia zmieniające liczbę badań, które lekarz rodzinny powinien wykonywać.

W toku negocjacji, które prowadziliśmy z trzema organizacjami skupiającymi lekarzy rodzinnych, doszło także do zwiększenia finansowania. Ustaliliśmy 17 grudnia na spotkaniu, między innymi z Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia pani prezes Janickiej, że to finansowanie będzie oscylować w okolicy 1,1 mld zł. I to było jasno deklarowane przez resort zdrowia, że jest to absolutnie końcowa granica wydolności finan-

sowej NFZ, jeśli chodzi o wzrost finansowania POZ. Przypomnę, że od 2008 r. stawka kapitacyjna w POZ nie ulegała zmianie – wynosiła 96 zł – i przez lata była właściwie na tym samym poziomie. Zmieniały się oczywiście wskaźniki korektorów wiekowych, zmieniały się także mnożniki. To oczywiście się działo. Skutkowało to wzrostem finansowania POZ od roku 2008 o ponad miliard zł.

Te negocjacje, które toczyły się przez wiele miesięcy – przytaczałem państwu daty – były bardzo merytoryczne. Muszę przyznać, że w czasie tych rozmów naprawdę było 90% merytoryki, a 10% innych czynników – może politycznych, nie chcę ich oceniać. 29 grudnia doszło do spotkania kierownictwa resortu zdrowia z Porozumieniem Zielonogórskim. Doszło wtedy do zmiany negocjatora. PZ wytypowało do negocjacji jako szefa zespołu negocjacyjnego pana dr Marka Twardowskiego. Doszło wtedy do rozmowy merytorycznej na temat wysokości i sposobu finansowania POZ. Nie doszliśmy do porozumienia i, niestety, lekarze z PZ poinformowali nas, że być może dojdzie do takiej sytuacji, że przychodnie po 1 stycznia będą zamknięte. Tak też się stało, w związku z czym uruchomiliśmy przygotowany plan B – bo musieliśmy rozważać także taką sytuację.

NFZ podpisał umowy ze szpitalami na udzielanie świadczeń medycznych pacjentom, którzy nie mogą skorzystać z podstawowej opieki zdrowotnej, w izbach przyjęć i w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Tak się stało. Stworzyliśmy mechanizm finansowy, aby płacić w izbach przyjęć i SOR za każdego pacjenta, który zjawi się tam po pomoc lekarską. Uzgodniliśmy także z prezesem NFZ – i to znalazło się w zarządzeniu – że za pacjenta, który znajdzie się u innego lekarza POZ, który pracuje, lekarz ten będzie mieć jeden raz sfinansowaną taką wizytę.

W ciągu dwóch dni strajku – dwóch dni roboczych – z tych porad skorzystało 10,3 tys. ludzi. Statystyki te na bieżąco analizowaliśmy. Współpracowałem bardzo blisko z innymi ministrami, a szczególnie z ministrem administracji oraz wojewodami, którzy nadzorowali i raportowali do resortu na bieżąco codzienny stan, z jakim mamy do czynienia.

6 stycznia, kiedy mieliśmy dzień wolny od pracy – było święto – podjąłem decyzję o ponownym zaproszeniu Porozumienia Zielonogórskiego na rozmowy. Tak się też stało. Przedstawiciele PZ przyszedli na rozmowę do resortu na godzinę 16.00. Nie zakładałem, że spędzimy ze sobą tyle czasu, ale spędziliśmy razem czas rozmawiając o systemie finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. Byliśmy razem do 8 rano. Tuż przed 8 rano doszło do porozumienia – za chwilę opowiem o jego szczegółach. Ze strony władz PZ zostało wydane polecenie uruchomienia przychodni w związku z podpisaniem porozumienia z Ministerstwem Zdrowia. I tak się stało – trzeba oddać kolegom rację. Z tego miejsca chcę też podziękować za to, że od momentu wydania decyzji przez kierownictwo POZ do czasu otwarcia przychodni minęło kilkadziesiąt minut. To wydarzyło się w całym kraju i nie odnotowaliśmy informacji o żadnej przychodni, która by dalej protestowała.

Na czym polegało porozumienie? Chcę państwu przekazać informację, że Porozumienie Zielonogórskie zaakceptowało to, że nie jesteśmy w stanie przeznaczyć większych środków finansowych niż 1,1 mld zł na cały system. PZ oczekiwało od resortu przesunięć organizacyjnych w ramach tej sumy. PZ wnosiło o to, żeby przesunąć w czasie moment wchodzenia stawki Y, co pozwoliło nam na zwiększenie stawki kapitacyjnej X. Pozostaliśmy na tym samym poziomie finansowania ogólnego w wysokości 1,1 mld zł zwiększając stawkę kapitacyjną X do wysokości 140 zł. Stawka Y od 1 sierpnia roku 2015 – 142 zł i ostatnia stawka Z, która wchodzi w życie w ostatnim kwartale roku 2013, czyli 1 października, na poziomie 144 zł.

Uzgodniliśmy z Porozumieniem Zielonogórskim, że Porozumienie uznaje to, co uznało 85% lekarzy rodzinnych, którzy wcześniej zaakceptowali warunki finansowe, że zlikwidujemy wskaźnik 3, czyli potrójne rozliczanie pacjentów z dwóch grup chorobowych. To także się wydarzyło. Uzgodniliśmy kilka udogodnień biurowatycznych, z którymi borykała się podstawowa opieka zdrowotna. Chodzi o biurowatyczny kontakt z NFZ – został uproszczony – dotyczący między innymi rachunków kont bankowych. Uzgodniliśmy także to, że przy resorcie zdrowia powstanie specjalny zespół złożony z onkologów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ekspertów, który zajmie się analizą wdrażania zmian sposobu finansowania podstawowej opieki zdrowotnej, a także analizą funkcjonowania pakietu onkologicznego. Taki zespół, oczywiście, zostanie powołany w najbliższych

dniach. Chodzi o to – również wyrażaliśmy taką intencję – aby na bieżąco przyglądać się, tak, jak było z ustawą refundacyjną, w przypadku której informowałem publicznie, że jeśli będzie wymagana korekta, to taka korekta będzie. Tak samo deklaruje dzisiaj publicznie, że jeśli będzie wymagana jakakolwiek korekta organizacyjna czy finansowa dotycząca pakietu onkologicznego czy pakietu kolejkowego, nie będzie się od tego uchylać, jeśli ten zespół taką potrzebę stwierdzi. My będziemy na bieżąco pracować z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, aby analizować wprowadzenie tych zmian.

Chciałbym też państwa poinformować, że do dzisiaj wydano 3300 kart szybkiej diagnostyki onkologicznej. Cieszy to nas niezwykle dlatego, że pacjenci – jak widać – korzystają z tej drogi. Na bieżąco analizujemy przebieg tego procesu. Mamy to raportowane w trybie codziennym.

Odnośnie do tych pogłosek o tajnym porozumieniu, panie przewodniczący, to ma to banalne wyjaśnienie i dobrze, że pan o to zapytał. Chciałbym od razu odpowiedzieć, żeby już nie wracać do tego tematu. Drodzy państwo, my spisywaliśmy porozumienie po 16 godzinach ciągłej pracy właściwie bez żadnej przerwy. Faktycznie, pan Marek Twardowski użył takiego stwierdzenia na konferencji prasowej. W mojej ocenie – i z naszej strony było to tak zrozumiane – było to po prostu stwierdzenie robocze, dlatego, że to porozumienie były spisywane bardzo szybko, ponieważ chcieliśmy uruchomić przychodnie od 8 rano. To był nasz cel. A tak naprawdę, efektem tego porozumienia, czyli dokumentem, który to konsumuje, jest zmiana zarządzenia prezesa NFZ, które zawisło na stronach w sposób formalny o godzinie 18.00, i to jest sedno porozumienia z lekarzami Porozumienia Zielonogórskiego. Pan Marek Twardowski użył tego stwierdzenia prawdopodobnie dlatego – oczywiście, nie chcę za niego mówić, ale tak mi się wydaje – że ten dokument był tworzony bardzo szybko, po to, żeby PZ miało gwarancję, że ustalenia są aktualne i na piśmie, żeby mogli uruchomić przychodnie, co się stało. Podkreślam to i bardzo serdecznie za to dziękuję, że ta decyzja została tak szybko zrealizowana fizycznie i przychodnie zostały otworzone. I to cała tajemnica tego chyba nieporozumienia. Zarządzenie prezesa jest oczywiście jawne, wisi na stronach NFZ i obowiązuje. Dokonałiśmy w nim korekty takiej, jaką uzgodniliśmy z PZ.

Jestem do państwa dyspozycji. Jestem gotowy udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania, panie przewodniczący. Bardzo dziękuję.

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

Dziękuję bardzo. Już widzę pierwsze zgłoszenia. Zanim otworzę dyskusję, po pierwsze, chciałbym nadrobić niedopatrzenie i przywitać pełnomocnika premiera Ewy Kopacz w Ministerstwie Zdrowia, do niedawna naszą koleżankę z prezydium Komisji Zdrowia, Beatę Małecką-Libere. Witam serdecznie.

Chciałbym, dla pełnego obrazu sytuacji, poprosić przedstawiciela Porozumienia Zielonogórskiego o informację w tej samej sprawie. Bardzo proszę.

#### **Ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie Joanna Zabielska-Cieciuch:**

Szanowny panie ministrze, szanowni państwo posłowie oraz szanowni goście, Joanna Zabielska-Cieciuch. Jestem ekspertem Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie. Od prawie dziesięciu lat uczestniczę w pracach sejmowej Komisji Zdrowia. Staramy się robić to w miarę aktywnie – opiniujemy wszystkie akty prawne wydawane przez ministra zdrowia. Niestety, lekceważenie naszego głosu, i nie tylko naszego, ale również całego środowiska medycznego – siedzi tu obok mnie przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej, która również stara się aktywnie dbać o interesy naszego środowiska i naszych pacjentów – doprowadza do takich skrajnych i tragicznych sytuacji, do jakich doszło.

11 lat temu wydawało się nam, że nigdy więcej w naszym kraju nie dojdzie do takiej sytuacji, w której minister zdrowia zamyka drzwi gabinetów przed pacjentami. Państwa nawoływania do tego, abyśmy otworzyli te gabinety nie posiadając umów... Nie wiem, czy w innych dziedzinach również tak jest, że pracownicy idą do pracy nie posiadając umów. Byliśmy poddani presji zastraszania, mówienia półprawd, manipulowania wycin-

kami z naszych dyskusji i komunikatów. W takiej atmosferze oczekiwaliśmy na podjęcie rozmów.

Punktem spornym i zapalnym był pakiet onkologiczny. Lekarze w Polsce zawsze leczyli pacjentów i diagnozowali. Staraliśmy się to robić jak najlepiej potrafimy, ale pewnego dnia premier i minister zdrowia postanowili zrobić coś, żeby jedna grupa pacjentów była leczona szybciej. Nam jako lekarzom nie zależy na tym, żeby nasi pacjenci byli leczeni szybciej. My chcemy, żeby byli leczeni dobrze. Tanio, drogo, szybko – myślę, że to nie są właściwe słowa. Wszystkim nam powinno zależeć na tym, żeby pacjent był leczony dobrze.

To, że powstała idea pakietu onkologicznego, jest efektem niedofinansowania, jakie mamy w polskiej ochronie zdrowia. Gdybym jako lekarz rodzinny miała możliwość kierowania pacjentów na badania wysokospecjalistyczne, tak jak nasi koledzy w Szwecji – rezonans, tomografię, histopatologię – niepotrzebny byłby kolejny etap kierowania do specjalistów. Nasi pacjenci muszą iść tam po to, żeby uzyskać skierowania na te badania, ponieważ one są limitowane brakiem środków finansowych.

W tej chwili pacjenci zostali podzieleni na dwie grupy. Na grupę szybkiej diagnostyki, czyli tych, którzy z „bloków startowych” startują na 100 metrów, i tych, którzy idą długą ścieżką i startują na 1000 metrów, a liczy się czas. W pierwszej i w drugiej grupie będą chorzy na nowotwory. Lekarz podejmuje decyzję, w który blok startowy ustawi pacjenta. My nie chcemy stawiać się w takiej roli. My chcemy leczyć wszystkich jednakowo.

Nie zerwaliśmy rozmów 29 grudnia. Poszliśmy tam z nadzieją, że może spędzimy całą noc, a może dwa dni lub trzy doby, jak z ministrem Sikorskim w Poznaniu, gdzie zakończyliśmy to porozumieniem. Pan minister od dłuższego czasu przygotowywał plan nie naprawy systemu, tylko zniszczenia organizacji.

Nie będę tu tego wymieniać, bo wszyscy państwo oglądali konferencje prasowe i widzieli, jak wyglądała sytuacja. Pan minister nie chciał rozmawiać nie tylko z nami. Nie chciał rozmawiać z najważniejszym lekarzem w kraju, którym jest prezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Nigdy nie usiadł do debaty przy jednym stole ani z nami, ani z samorządem lekarskim. Przejdzie do historii samorządu lekarskiego jako pierwszy minister, który nie pojawił się na Krajowym Zjeździe Lekarzy. Do takiego zdarzenia nigdy wcześniej w historii samorządu polskiego nie doszło.

Pan minister przymuszony tragiczną sytuacją, ponieważ okazało się, że plan B, czyli zabezpieczenie w izbach przyjęć, SOR-ach, dowożenie samochodami, a nawet wozami strażackimi nie daje efektów, co grozi uruchomieniem wszelkich procedur, które uruchamia się w przypadku stanu wyjątkowego, klęski żywiołowej, bardzo słusznie podjął decyzję o tym, żeby usiąść i prowadzić rozmowy w sposób skuteczny. Znalazły się pieniądze, dogadaliśmy się odnośnie do ich podziału. W toku negocjacji ustąpiliśmy z wyższego finansowania chorych na cukrzycę i nadciśnienie. Te środki zostały przesunięte w kierunku leczenia pacjentów onkologicznych. Niestety, w tym wszystkim na pierwszym miejscu są statystyki, a nie pacjent.

Nie zgodziliśmy się na wprowadzenie wskaźnika wydawania 30 kart i oceniania trafności rozpoznań, ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia posiadając narzędzia informacyjne w każdej chwili może oceniać tę skuteczność. Nie wyrażaliśmy zgody na karanie lekarzy szkoleniami o bliżej nieznannej treści i formie organizacyjnej. Zgodziliśmy się na sprawozdawanie badań dodatkowych, włącznie z peselem pacjenta, ponieważ te dane statystyczne są bardzo potrzebne do tego, aby rzetelnie ocenić to, co dzieje się w polskim systemie ochrony zdrowia.

Mamy nadzieję, że porozumienie, które zawarliśmy, będzie służyć nie tylko pacjentom, ale również lekarzom. Jesteśmy nie bandą szantażystów, nie grupą szantażystów, która zastrasza pozostałych lekarzy. Jesteśmy lekarzami, ludźmi inteligentnymi i profesjonalistami. Będziemy krytykować każdego ministra, każdego prezesa. Będziemy wytykać to, co jest złe, co jest nieprawidłowe. Będziemy wskazywać to, co jest potrzebne, aby nasz system był bardziej przyjazny dla pacjenta i wykorzystywał te środki finansowe, które posiada.

Nadal będziemy walczyć o to, aby nasi pacjenci mieli dostęp do usług nie tylko lekarzy opieki podstawowej, ale również specjalistycznej i szpitalnej. Będziemy walczyć o jakość

wizyty dlatego, że nie ma naszej zgody na to, aby lekarz rodzinny poświęcał na pacjenta 4, 5 czy 7 minut, bo nie ma to nic wspólnego z jakością i z rzetelną pracą lekarza. Będziemy walczyć o takie warunki, aby lekarze mogli prawidłowo dbać o poprawę zdrowia swoich pacjentów. Mamy nadzieję, że „efekt Arłukowicza” odbije się pozytywnie w środowisku lekarskim, ponieważ takiej konsolidacji wszystkich sił i solidarności wśród lekarzy nigdy do tej pory nie było.

Nie oceniam, kto wygrał, kto przegrał. Jesteśmy usatysfakcjonowani jako środowisko lekarzy Porozumienia Zielonogórskiego, naszych pacjentów i współpracowników. Jesteśmy bardzo zadowoleni z porozumienia, które zawarliśmy. Dziękuję.

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

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Szanowni państwo, ponieważ już jest bardzo dużo zgłoszeń ze strony posłów, a zakładam, że będą również zgłoszenia ze strony zaproszonych gości, ograniczam czas wypowiedzi do trzech minut.

Bardzo proszę, pan poseł Hoc. Następną osobą będzie pan poseł Chmielowski.

**Poseł Czesław Hoc (PiS):**

Panie ministrze, panie prezesie, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, przed chwilą wysłuchaliśmy dwóch zgoła odmiennych narracji. Pierwszą, pana ministra, można streścić – Polacy, nic się nie stało, państwo po raz kolejny zdało egzamin. I drugą narrację, ze strony Porozumienia Zielonogórskiego, w której opisywano opresję, wręcz dramat, a nawet niszczenie organizacji.

Rozpocznę od takiej metafory. Panie ministrze, dotychczas pan kopał studnie, kiedy paliło się w ochronie zdrowia. Tym razem pan rozniecił ogień i to – jak bym powiedział – w całej Polsce, w wielu miastach. Ten ogień, co prawda, został ugaszony, ale nie do końca. On jeszcze się tli i w każdej chwili na nowo może wybuchnąć. A dlaczego? Mam konkretne pytania do pana ministra.

Panie ministrze, czy pan może wskazać konkretnie ten 1,1 mld zł. 18 grudnia na moje pytanie, gdzie jest zapisana ta kwota 1,1 mld zł dla podstawowej opieki zdrowotnej, pan powiedział dokładnie, cytuję „jak się pojawią w systemie, jak będzie wzrost gospodarczy”. To jest pierwsze pytanie. Czyli, na razie jest taki efekt, że są to środki wirtualne.

Po drugie, jeśli nawet one się pojawią w systemie, to czy pan minister zdaje sobie sprawę z tego, że za 2014 r. są nadwykonania na sumę ponad 2,5 mld zł i za te rodzaje świadczeń, które ratują życie, musi pan zapłacić. Skąd na to pieniądze?

Po trzecie, szpitale. Czy pan minister i państwo wiedzą, że szpitale nie dostały ani złotych więcej w swoich budżetach? Co więcej, w każdym budżecie na ten rok zamrożono 10% na tak zwany pakiet onkologiczny. Czyli, właśnie w aspekcie takiej informacji możemy domniemywać, że zaraz na nowo wybuchnie pożar w szpitalach, bo nie będzie środków, bo muszą one być zabrane z innych oddziałów. Co więcej, szpitale też nie otrzymały żadnej złotówki na zakontraktowanie koordynatorów do pakietu onkologicznego.

Następne pytanie, bo mamy mało czasu. Dlaczego pan upiera się przy skierowaniach do lekarza dermatologa i lekarza okulisty, co dodatkowo obciąża lekarza rodzinnego?

I jeszcze bardzo istotne pytanie, którym pan epatował cały czas opinię publiczną. Chciałbym się dowiedzieć konkretnie, czy rzeczywiście Porozumienie Zielonogórskie żądało w swoich kryteriach, żeby za każde wejście do przychodni pacjent był zobowiązany uiścić opłatę. Czy to jest prawda i czy pan potwierdza, że było takie żądanie, żeby za każde wejście do placówki służby zdrowia pacjent zapłacił? To na razie tyle. Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, oprócz zgłoszeń posłów, mam też zgłoszenia ze strony zaproszonych gości. Będę więc pilnować przestrzegania dyscypliny czasowej. Zgodnie ze zwyczajem, udzielię głosu zaproszonym gościom po wypowiedziach posłów. Mam zgłoszenia, chociażby ze strony Naczelnej Rady Lekarskiej.

Bardzo proszę, pan poseł Chmielowski. Następnie, pan poseł Krupa. Bardzo proszę.



**Poseł Piotr Chmielowski (SLD):**

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze na początku pan usiłował wytłumaczyć, co jest z niejawnym protokołem negocjacji. W tej sytuacji chciałbym zapytać, gdzie będziemy mogli odsłuchać, względnie przeczytać stenogram z całości tego 16-godzinnego posiedzenia z dnia 6 stycznia. Tu nie chodzi o to, że mamy się zapoznawać potem z komunikatami i danymi, które NFZ będzie kierować w postaci nowych umów czy aneksów do tych umów, tylko chodzi o to, w jaki sposób, która strona i co negocjowała. Myślę, że posłowie, a tym bardziej społeczeństwo, powinni detale tych negocjacji poznać, chyba że one były niejawne. Czy zostało to ustalone? Pan zaprzeczył.

Drugie pytanie dotyczy pewnego rodzaju postępowania, które nastąpiło między 29 grudnia a 6 stycznia ze strony organów państwa, z pana strony, wtedy, kiedy pan podczas swojej konferencji stwierdził, że stawia pan w gotowość lekarzy MSW i MON, którzy mają niewiedzieć co zrobić. Przecież oni zawsze są w gotowości, tak, jak każdy lekarz. To jest pierwsza sprawa. Jednak bardziej kompromitujące było stwierdzenie rzecznika praw pacjenta, że będzie skarżyć lekarzy, którzy nie otworzą gabinetów, za brak dostępu do lekarza. Myślę, że rzecznik powinien wykazać trochę więcej empatii i skarżyć urzędników NFZ, kiedy bezpodstawnie rozwiązują umowy z lekarzem, bo wtedy w sposób kompleksowy zabraniają dostępu do lekarza.

Czy negocjatorzy ze strony Porozumienia Zielonogórskiego omawiali z panem kwestię kontroli rozwiązań umów? To znaczy, czy zostały przyjęte rozwiązania – no bo nie znamy tego protokołu – w których urzędnik NFZ nie może rozwiązać umowy – wprost po kontroli – z POZ-em, lekarzem specjalistą, tylko musi przejść drogę sądową? Czy w tym protokole, który został przyjęty nad ranem, bodajże 7 stycznia, jest zapis, że do podmiotów sfery leczniczej nie będą kierowane aneksy bez wcześniejszych uzgodnień i negocjacji?

Prosiłbym również w imieniu pacjentów, żeby podał pan pełny katalog dodatkowych obciążeń, które są związane ze wzrostem stawki kapitałowej, bo skoro pan minister daje pieniądze, to znaczy, że są one za coś. Myślę więc, że jest tu miejsce i pora, żeby pan był łaskaw powiedzieć, za co była aż tak duża podwyżka.

Na zakończenie chciałbym, żeby pan zdefiniował pojęcie ostrzeżenia, które pojawia się w systemie komputerowym rozliczeń NFZ i masowo napływa do różnych podmiotów, a pojawiło się w pana rozporządzeniu. To jest bardzo ciekawy temat, dlatego, że wielu podmiotom leczniczym grozi to, że nie będą otrzymywać pieniędzy za te usługi, które wykonały wcześniej.

Kończąc, chciałbym podziękować Naczelnej Izbie Lekarskiej za to, że stanęła po stronie lekarzy w tych negocjacjach. Ta pomoc niewątpliwie zmiekkczyła stanowisko ministerstwa i doszło do porozumienia. Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję bardzo. Teraz pan przewodniczący Krupa, a następnie pan przewodniczący Orzechowski.

**Poseł Łukasz Krupa (TR):**

Dziękuję. Szanowni państwo, pan minister na początku w swojej wypowiedzi mówił o mnogości spotkań w zeszłym roku, począwszy od maja – ostatnie było w styczniu – czyli, przez kilka miesięcy. Wymienił 15 dat, kiedy spotykał się z przedstawicielami lekarzy. W ostatniej fazie – w ostatnich dniach poprzedniego roku – mówił pan o tym, że Porozumienie Zielonogórskie, które reprezentuje część lekarzy, reprezentuje własne interesy. Mówił pan o wolnym rynku, o formie szantażu z ich strony, że dla własnych korzyści chcą więcej pieniędzy i że to wcale nie do końca jest w interesie pacjentów. Tymczasem fakty są takie, że przy okazji procedowania nad pakietem onkologicznym od wielu miesięcy słyszeliśmy uwagi ze strony samych zainteresowanych lekarzy, że pakiet onkologiczny w takiej formie, bez dodatkowych środków – elementem tego pakietu jest zwiększenie kompetencji i uprawnień lekarzy pierwszego kontaktu – nie sprawdzi się. Wszyscy znaliśmy te obiekcje już od dawna, można więc było przewidzieć – moim zdaniem – że będzie problem z podpisaniem tych kontraktów.

Do czego zmierzam? Fakt jest taki, że nie zostały podpisane wszystkie umowy. Część przychodni nie została otwarta. Były miejsca w Polsce, gdzie pomimo tego, co pan mini-

ster zapowiadał, że jeżeli nie podpiszą tych porozumień, to ich karty będą przeniesione do innych placówek, było to niemożliwe, ponieważ były takie obszary, gdzie był bardzo duży procent zamkniętych placówek i fizycznie, gdyby nie doszło do tego porozumienia, nie byłoby możliwości, aby pacjenci leczyli się gdzieś indziej. Jednak prawo do powszechnej opieki zdrowotnej jest prawem pacjenta, więc, tak naprawdę, po co pacjenta ma interesować pański konflikt z Porozumieniem Zielonogórskim czy jakimkolwiek porozumieniem lekarzy i niepodpisaniem kontraktów na nowy rok w stosownym terminie.

I moje pytanie. Dzisiaj rzeczywiście trudno powiedzieć, kto wygrał, a kto przegrał, bo ja wierzę, w to, że lekarze, którzy byli tak zdeterminowani do walki o swoje argumenty, kierowali się w dużej mierze – zdecydowanie większej – interesem polskiego pacjenta, a nie własnych przychodni czy placówek. Moje pytanie jest techniczne, systemowe. Co stoi na przeszkodzie, aby, chcąc w przyszłości uniknąć takich sytuacji, wyznaczyć termin zakończenia negocjacji, na przykład, na 30 listopada, żeby był jeszcze miesiąc na ewentualne ruchy? Jeżeli dzisiaj mamy do czynienia poniekąd z wolnym rynkiem podpisywania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, to, aby uniknąć licznych konferencji na przełomie roku, i to ze strony ministra, i ze strony zainteresowanych, takich politycznych teatrów- bo część tego na koniec przybierała już formę politycznego teatru – jak doniesienia na policję o zaginięciu pani premier Kopacz, czy ze strony pana ministra, w formie szantażu, postawa szeryfa, który stoi na straży interesu pacjentów i nie ugnie się, a ostatecznie do porozumienia i tak dojść musiało, bo pacjenci muszą się gdzieś leczyć... Ponawiam pytanie – dlaczego nie można wyznaczyć tego terminu, na przykład, na miesiąc przed zakończeniem starego roku, aby był jeszcze miesiąc na dogadanie pewnych wątpliwości i szczegółów, czy przeniesienie kart pacjentów, gdyby oczywiście ilość lekarzy pierwszego kontaktu na to pozwalała, choć wiemy, że to nie jest możliwe? Trzeba więc to ująć w odpowiedzi na pytanie. Dziękuję.

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

Dziękuję. Teraz pan przewodniczący Orzechowski, a następnie pani poseł Zalewska.

**Poseł Maciej Orzechowski (PO):**

Panie przewodniczący, szanowni państwo, ja mam przed oczami obraz szefa Porozumienia Zielonogórskiego, który wychodzi z negocjacji – z negocjacji, nie z wojny, nie z zastraszania – i pokazuje znak Victorii, czyli zwycięstwa. Jestem przekonany, że przyszliśmy na posiedzenie Komisji w zupełnie innym celu – żeby dowiedzieć się, jakie były efekty twardych negocjacji i porozumienia właśnie dla pacjentów, ale też dla obu stron. Ja tak odczytałem dzisiejsze słowa ministra zdrowia, który nie mógł zakończyć negocjacji w listopadzie, bo, tak naprawdę, umowy wchodzi w życie 1 stycznia, a nie 30 listopada, więc zawsze można by z jakichś powodów te negocjacje, które kończą się 30 listopada, czy 30 maja – tych spotkań było wiele, jak mówił minister – podważyć lub w jakiś sposób zanegować.

Minister mówił tu o wielu różnych aspektach – o tym, że ten pakiet wszedł w życie, że wydawane są karty onkologiczne, że doszło do porozumienia – natomiast, z przykrością stwierdzam, że druga strona, podobno wygranych negocjacji czy tego sporu, mówi, że to państwo ustąpili. Myślę, że ustąpiły obie strony, o czym mówił minister.

Ja też nie przypominam sobie, żeby ktokolwiek, a zwłaszcza minister zdrowia, używał wobec lekarzy takiego sformułowania, które dzisiaj padło „banda szantażystów”. Nie przypominam sobie czegoś takiego. Unikałbym tego typu ostrych oskarżeń, tym bardziej, że dzisiaj beneficjentami państwa bardzo trudnych i długich negocjacji są pacjenci. Przychodnie są otwarte, pacjenci są przez państwa przyjmowani. Resort zdrowia i płatnik płacą za wszystkie wizyty. Co więcej, mamy perspektywę, po pierwsze, powołania zespołu – i o to chciałbym dopytać ministra – który będzie oceniać działalność pakietu po kwartale, o co apelowaliśmy – apelowała spora grupa lekarzy, ale też polityków... O współpracy, czyli o porozumieniu i kooperacji z państwem, i wreszcie o zespole, który zostaje powołany w resorcie, żeby na bieżąco to monitorować.

Pragnę też wyjaśnić – bo padło takie sformułowanie, że ktoś zastraszał brakiem dostępu do dokumentacji medycznej – że pani rzecznik powiedziała, że jest to funda-

mentalne prawo. Pacjent ma prawo do otrzymania takiej dokumentacji, nie mógł mieć ograniczonego dostępu.

I wreszcie, padło sformułowanie ze strony pani z Porozumienia Zielonogórskiego, że pacjenci są w jakiś sposób podzieleni. Nie. Idea tego, żeby pakiet onkologiczny wchodził w życie, a jednocześnie istniała stara ścieżka, była taka, że gdyby jakimś cudem ktoś nie chciał tego realizować czy, na przykład, nie wypisywał tego typu kart, pacjenci nie byli bezbronni. Cały czas są w systemie i, po pierwsze, mogą wystąpić do innego lekarza i tam otrzymać taką kartę, ale mogą też iść starą drogą. Jestem przekonany, że wszyscy w dobrej woli będą raczej kierować pacjentów na tę szybką ścieżkę niż diagnozować ich w dotychczasowym trybie.

W związku z tym dzisiejsze nasze spotkanie starałbym się raczej plasować w kontekście tego, że obie strony odbyły bardzo trudne negocjacje, a nie wojnę. Oczywiście, zostały użyte różne argumenty i różne decyzje zostały podjęte, ale chcę też przypomnieć, że kiedy mieliśmy ten trudny moment, przeważająca część gabinetów była otwarta. Z drugiej strony, resort zdrowia na tyle, na ile państwo potrafi – bo państwo też ma swoją wydolność i możliwości – zabezpieczył pacjentów, bo o każdej porze dnia i nocy mogli być przyjęci do szpitala, na szpitalne oddziały ratunkowe, mogli korzystać z usług pogotowia ratunkowego i jeśli ja miałbym komuś podziękować, to tym wszystkim osobom, które w tym momencie, kiedy dwie strony prowadziły bardzo trudne negocjacje, wzięły na siebie odpowiedzialność za to, żeby pacjenci byli pod stałą opieką.

Tak więc, trzy pytania odnośnie do oceny pakietu, czyli jego efektów – kiedy to będzie następować i w jakim trybie? Odnośnie do zespołu – kto będzie wchodzić w jego skład, na czym będzie polegać praca tego zespołu negocjacyjnego czy współpracującego z Porozumieniem Zielonogórskim czy lekarzami rodzinnymi generalnie i jak będzie wyglądać ta współpraca? Dziękuję.

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

Dziękuję. Pani poseł Zalewska, a następnie pani poseł Kłosin.

#### **Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Dziękuję bardzo. Państwo przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni goście, postaram się mówić uzupełniająco, bo myślę, że każdy z nas ma powtarzające się pytania czy oceny, które wynikają zarówno z ostatnich dni, jak i z zapisów ustawy i rozporządzeń.

Po pierwsze, pan minister mówiąc, że rozmowy z podmiotami zainteresowanymi rozpoczęły się w maju powiedział o rozmowach dotyczących ewentualnego brzmienia ustawy, a nie twardych negocjacji. Pan minister dobrze wie, kiedy została przyjęta ustawa i od którego momentu ewentualnie mogły się rozpocząć już negocjacje dotyczące szczegółów, tym bardziej, że większość rozporządzeń była pisana na przełomie listopada i grudnia. One uszczegółowiły różnego rodzaju sformułowania i kryteria, na bazie których można było cokolwiek negocjować i poddawać dyskusji. Zatem bardzo bym prosiła, żeby pan minister był precyzyjny. I chcę przypomnieć panu ministrowi, bo nie na wszystkich posiedzeniach Komisji był – raz został właściwie karnie wezwany i posiedzenie było przerwane – że wszystkie podmioty, oprócz Porozumienia Zielonogórskiego, podawały w wątpliwość zapisy ustawy w trosce o pacjenta. Podkreślały, że pakiet onkologiczny jest nieprzygotowany i zagraża życiu i zdrowiu pacjenta. To, po pierwsze.

Po drugie, z wypowiedzi pana ministra, być może niedokładnie i wprost, jak i Porozumienia Zielonogórskiego – próbował to oczywiście tłumaczyć pan minister – wynikało, że nie będziemy jeszcze upubliczniać treści porozumienia. Natomiast, przypominam, że to porozumienie dotyczy pieniędzy publicznych i musi zostać przeniesione na wszystkie podmioty. W związku z tym, pytanie – kiedy zostanie upublicznione to porozumienie? Kiedy zostaną wprowadzone kolejne aneksy do umów zawartych ze wszystkimi POZ-ami, szpitalami, jeżeli oczywiście chodzi o kwestie dotyczące chociażby sposobu i trybu wypowiedzania umów. Przypominam, że we wcześniejszych zapisach była mowa o tym, że umowy jednostronnie będzie wypowiadać Narodowy Fundusz Zdrowia. W tej chwili, w art. 14 mowa jest o tym, że każda ze stron może rozwiązać umowę z 45-dniowym wyprzedzeniem.

Poza tym, w tych uzgodnieniach z PZ – jest ich kilkanaście – mowa jest o stawkach, o okresie trwania umowy. Pytam więc, kiedy Narodowy Fundusz Zdrowia roześle podobne zapisy i aneksy wynikające z tego porozumienia do wszystkich pozostałych podmiotów. Przypominam, że mówimy o równości pacjentów, o tym, że są to publiczne pieniądze – każdy ma takie same prawa.

Po trzecie, pan przewodniczący Orzechowski mówił, po co dyskutujemy tutaj w kategoriach wojny, walki. To pan minister mówił o wojnie i walce – uruchomił wojsko i policję, a również zarządzenie kryzysowe u wojewodów, ale, nie o tym mowa. To była drobna złośliwość. Bardzo proszę, żeby pan minister przedstawił dane finansowe, bo myślę, że je ma, ponieważ cały czas podkreśla – co mnie cieszy, bo nie robił tego w ogóle – że codziennie coś raportuje i codziennie coś sprawdza. Bardzo więc proszę o informacje na temat tego, ile kosztował plan B.

Jednocześnie bardzo proszę o precyzyjną i szczegółową informację, kiedy zostały podpisane porozumienia, jeżeli chodzi o plan B, między innymi z SOR-ami. Z moich informacji wynika, że był to już 29 dzień trwania jeszcze niezerwanych negocjacji, a projekt tego porozumienia był przygotowany 23-24 grudnia, czyli, zanim pan minister wiedział, że zerwie negocjacje 29.

Oczywiście, powtarzam pytanie – proszę o precyzyjne wskazanie, kiedy zostanie zmieniony plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia – w których miejscach znajduje pan 1,1 mld zł. Pojawiające się głosy martwią, dlatego, że mowa jest o tym, że będzie to z ustawy transgranicznej, jak i z zaoszczędzonych pieniędzy z leków – mówiąc już bardzo prosto i kolokwialnie.

Przedmówcy pytali o zespół monitorujący – kto? Ja pytam o harmonogram prac. Jak pan minister to sobie wyobraża. Informacja, że zespół powstanie na dniach jest niewystarczająca. Składam wniosek, żeby ten zespół został powiększony o przedstawicieli Komisji Zdrowia, dlatego, że mówimy o bardzo wrażliwym miejscu i o bardzo enigmatycznych jeszcze zapisach ustawy.

Deklaracja pana ministra i Porozumienia Zielonogórskiego po tych morderczych negocjacjach była następująca – że nastąpią zmiany w ustawie. Oczywiście, chodzi między innymi o skierowania do okulisty i dermatologa. Natomiast ja będę się jeszcze upominać o hospicja, które wypadły z pakietu onkologicznego. Uważam to za absolutne nieporozumienie, skandal i właściwie pozbawianie hospicjów dopływu i tak bardzo mizerynych środków. W związku z tym, pytanie – na kiedy pan minister przygotowuje zmiany w ustawie i jak one będą brzmieć?

Kolejne pytanie, siódme. Czy kontrole, które pan minister zarządził w noc...

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

Bardzo bym prosił zmierzać do kropki...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

...a właściwie nie pan minister, tylko Narodowy Fundusz Zdrowia... Już pointuję... To znaczy, cały czas zadaję pytania – już dwa ostatnie. Czy te kontrole będą kontynuowane? Przypominam, że Najwyższa Izba Kontroli mówiła, że NFZ może trafić z kontrolą do przychodni raz na 15 lat. Pytam więc, czy wszystkie oddziały NFZ zostaną zamknięte w najbliższym czasie?

Po ósme – karta pacjenta. Nie będę wnikać w to, jak wygląda procedura. Dlaczego AOS i szpitale nie mają w procedurze opłaty za wypełnianie tej karty pacjenta? W osobnym zapytaniu – interpelacji – zwrócę się o pełną i szczegółową informację na temat szkoleń i tego, dlaczego Ministerstwo Zdrowia podpisało jakąś niefinansową umowę z Centrum Onkologii w Warszawie. Jeżeli bowiem mówimy o przeszkoleniu prawie 25 tys. lekarzy – to są spore kwoty, płaci się wybitnym fachowcom – to tak naprawdę powinien odbyć się przetarg. Informacja, że Centrum Onkologii nie bierze za to pieniędzy, że ministerstwo to zleciło, a płaci się wykładowcom....

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

Naprawdę bardzo proszę zmierzać do kropki...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

...to znaczy, że skądś te pieniądze są wzięte. Chcę zapytać, skąd, z jakich innych projektów? Dyscyplinowana, muszę kończyć. Dziękuję.

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

Bardzo proszę – ponieważ, wierzcie mi państwo, mam bardzo dużo zgłoszeń ze strony posłów i zaproszonych gości – trzymajmy się tych trzech minut. Nie może to być 7-8 minut, tylko niech to rzeczywiście będą 3 minuty. Pani poseł Kłosin, a następnie pan poseł Sprawka.

**Poseł Krystyna Kłosin (PO):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Bardzo się cieszę z podpisania porozumienia w dniu 6 stycznia. Chcę powiedzieć, że w tym czasie, kiedy przychodnie były zamknięte, jako członek sejmowej Komisji Zdrowia miałam okazję spotykać się z lekarzami, i to zarówno z lekarzami reprezentującymi tych, którzy zamknęli przychodnie, jak i lekarzami, którzy w większości tych przychodni nie zamknęli. Miałam też okazję obserwować reakcje pacjentów, i muszę powiedzieć, że trudno było pacjentom zrozumieć przyczynę zamknięcia przychodni. Z reguły pacjenci wyrażali wielki żal, rozżalenie. Spotkałam się z głosami, że pacjenci nie będą więcej korzystać z opieki tego lekarza, przepiszą się do innego itd. Nie wiem, jaki będzie tego skutek, ale taka jest reakcja pacjenta. Pacjent zadeklarowany u lekarza domagał się opieki. Dlatego bardzo dziękuję wszystkim za to, że to porozumienie zostało zawarte i pacjenci mają zapewnioną opiekę.

Druga rzecz. Chcę powiedzieć, że zawsze uważałam, że wprowadzenie pakietu onkologicznego, o którym dyskutowaliśmy przez ostatnie pół roku bardzo wiele, ma na celu przede wszystkim poprawę sytuacji pacjenta poprzez wprowadzenie szybkiej ścieżki diagnostycznej. Dlatego z wielkim zdziwieniem przyjmuję wypowiedź pani doktor z Porozumienia Zielonogórskiego, która powiedziała – zanotowałam to – że państwo nie chcą decydować o tym, których pacjentów wprowadzać na szybką ścieżkę, że nie chcecie podejmować takich decyzji, że chcecie leczyć dobrze, ale przecież... No tak, właśnie... Ale, co to znaczy „na szybką ścieżkę”? Pakiet onkologiczny ma na celu właśnie wprowadzenie szybkiej ścieżki dla pacjenta, żeby on nie błąkał się od specjalisty do specjalisty zupełnie bezradny, nie wiedząc... To właśnie ma na celu pakiet. Ja tak to przyjmowałam, i myślę, że większość obecnych na tej sali tak samo to przyjmuje.

Dlatego chciałabym zadać panu ministrowi kilka pytań, które najczęściej padały w czasie tych spotkań z lekarzami. Te pytania już tutaj padały, ale chciałabym je doprecyzować, ponieważ mnie o to wielokrotnie pytano. Mam więc pytania zarówno do pana ministra, jak i do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, bo lekarze zaglądną w projekty planów finansowych. Na POZ w roku 2014 mieliśmy kwotę 7,707 mld zł, co potwierdziłam teraz u pani dyrektor finansowej. W bieżącym roku mamy 7,781 mld zł. Pan minister potwierdził tę kwotę 1,1 mld zł. Chciałabym więc zapytać, kiedy możemy się spodziewać konkretnych decyzji dotyczących zmian w określonych pozycjach planu finansowego i jak przewiduje się rozwiązać tę sprawę, żeby to dla wszystkich było jasne, precyzyjne i czytelne.

Druga rzecz. Lekarze Porozumienia Zielonogórskiego, z którymi miałam okazję rozmawiać, bardzo mocno podkreślali, że najczęściej tracą na wskaźniku chorób układu krążenia – to ten słynny CHUK, który miał współczynnik 3,0. Pan minister powiedział, że państwo doszli w tym zakresie do porozumienia i porozumienie zostało zawarte. Chciałabym więc zapytać, w jaki sposób zostało to rozwiązane. I w związku z tym, pytanie dodatkowe – jakie i czy w ogóle będą obowiązywać wskaźniki przeliczeniowe dla poszczególnych grup wiekowych, jak było poprzednio? Jak one będą się kształtować? Czy tu też nastąpiły jakieś zmiany i czy to dotyczy tylko wskaźników CHUK i diabetologicznego?

Następna rzecz. Panie ministrze, bardzo często pytano mnie o ten tak zwany wskaźnik skuteczności. Myślę, że dla wielu lekarzy jest to problem mocno niezrozumiały...

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

Pani poseł, również proszę o dyscyplinę...

**Poseł Krystyna Kłosin (PO):**

Już kończę. Chciałabym króciutko zapytać, jaki będzie algorytm budowania tego wskaźnika, jak on będzie konstruowany i przede wszystkim, od kiedy będzie obowiązywać.

I już ostatnie pytanie, raczej do NFZ. Kierowano do mnie pytania i skargi, że system sprawozdawczości w poszczególnych oddziałach jest niewydolny, nie działa. Czy pan dyrektor mógłby powiedzieć, jakie zostaną przyjęte rozwiązania w tym zakresie i czy tu wszystko działa właściwie i sprawnie? Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję. Teraz zabierze głos pan poseł Sprawka, a następnie pan poseł Sztolcman. Bardzo proszę, panie pośle.

**Poseł Lech Sprawka (PiS):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, w swojej wypowiedzi odnoszę się do całego zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ponieważ słuchając wypowiedzi pana ministra z ostatnich kilku-kilkunastu dni odnoszę wrażenie, że skonstruował pan finansowe perpetuum mobile w zakresie POZ. Jak wskazała moja przedmówczyni przed chwilą, koszt zadań zrealizowanych w POZ w 2014 r. to 7,729 mld zł, natomiast w planie finansowym na 2015 r., już po grudniowej zmianie, w tej pozycji jest 7,782 mld zł, czyli wzrost o około 60 mln zł. Natomiast, gdyby uwzględnić tylko trzy grupy nowych zadań, które przypisywane są do podstawowej opieki zdrowotnej, a więc badania związane z pakietem onkologicznym, które – jak pan zaklinał i wielokrotnie powtarzał w swoich wypowiedziach – to 1,1 mld zł. Około 80 mln zł to koszt wydawania kart onkologicznych. Stwierdził pan w niedzielę, po wyjściu od pani premier, że zwiększone zadania związane ze świadczeniami i z wydawaniem skierowań do dermatologów i okulistów, to koszt około 320 mln zł. Proszę zwrócić uwagę na to, że wzrost w planie finansowym w pozycji B 2.1 o około 60 mln zł, pokrywa w tym momencie wyłącznie koszt wydawania kart onkologicznych. A gdzie jest 1,4 mld zł?

I powtórzę to pytanie, które dzisiaj już dwukrotnie padło. Czy będzie wzrost w planie finansowym w pozycji B 2.1 o kwotę 1,4 mld zł? Jeśli tak, to kiedy i skąd te pieniądze będą pochodzić, ponieważ, na przykład, rezerwa ogólna to jest tylko 668 mln zł, a potrzeba 1,4 mld zł. Chyba że – o tym pan nie informuje – zmniejszył pan inne zadania w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Jeśli tak, to proszę je wskazać. A może uważa pan, że nadpłacał dotychczas te 18% – bo to jest mniej więcej taka wartość – i dlatego w tym momencie pan jakby urealnia swoje wydatki. Która z tych trzech możliwości, panie ministrze, jest prawdziwa? Mam nadzieję, że ta pierwsza, czyli wzrost planu finansowego. Jednak bardzo proszę o odpowiedź na pytanie, kiedy i dlaczego nie zrobił pan tego w grudniu, wtedy, kiedy była zmiana planu finansowego, a równocześnie było podpisywane rozporządzenie 19 grudnia, które było podstawą do kontraktowania w POZ-ach? Dziękuję.

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

Dziękuję bardzo. Pan poseł Sztolcman. Następną osobą będzie pan poseł Moskal. Bardzo proszę.

**Poseł Grzegorz Sztolcman (PO):**

Dziękuję, panie przewodniczący. Wysoka Komisjo, panie ministrze, na początek chciałbym wyrazić zadowolenie z tej sytuacji, że doszło do rozwiązania konfliktu i gabinety lekarzy POZ zostały wreszcie otwarte. Chciałbym pogratulować panu ministrowi determinacji i podziękować za wolę rozwiązania tego konfliktu, którego – w mojej ocenie – w żaden sposób nie jest winien.

Jednocześnie chciałbym wyrazić zdumienie i żal z powodu słów, które tu dzisiaj usłyszałem z ust przedstawicieli Porozumienia Zielonogórskiego, że oto pan minister zamknął gabinety lekarzy rodzinnych z PZ i nawoływał ich do łamania prawa. Chcę przypomnieć państwu, że mieli państwo umowy obowiązujące do końca 2014 r. i dostali propozycję podpisania nowych umów, i to państwo świadomie zamknęli swoje gabinety. Powtarzam – świadomie.

Zdumienie i żal budziły również słowa, które właściwie były mottem protestujących lekarzy zrzeszonych w Porozumieniu Zielonogórskim, że ich protest wynika wyłącznie z troski o zdrowie, życie pacjentów i jakość ich leczenia. Czy to znaczy, że te 85% lekarzy z gabinetów, którzy podpisali umowy, 100% lekarzy w szpitalach, igrało ze zdrowiem i życiem pacjentów? Powiem szczerze, że osobiście poczułem się dotknięty tymi słowami. Sam jestem lekarzem czynnie uprawiającym zawód i proszę mi wierzyć, że tak samo od 1 stycznia tego roku, czyli w nowych warunkach, staram się pomagać pacjentom według swej najlepszej wiedzy i umiejętności jakie posiadam oraz możliwości, jakie zapewnia mi świadczeniodawca. Czyli, należałoby rozumieć, że to, iż państwo odwrócili się plecami do pacjentów, zamknęli drzwi swoich gabinetów, to było działanie na rzecz pacjentów, a działanie innych lekarzy było przeciw pacjentom. Dalibóg, bardzo trudno mi to zrozumieć.

Chciałbym też skierować kilka gorzkich słów w stronę opozycji, która przy każdej okazji kryzysowej sytuacji podnosi straszliwy lament, że służba zdrowia się sypie, że pacjenci za chwilę będą umierać pod drzwiami szpitali, ale dotyczy to nie tylko służby zdrowia. Szanowni państwo, jest waszym niezbywalnym prawem krytykowanie rządzących, ale tak, jak jest to waszym niezbywalnym prawem, tak jest waszym obowiązkiem podanie innych, lepszych rozwiązań – społeczeństwu, nie nam. Państwo mają obowiązek, jeśli chcą krytykować, przedstawić lepsze rozwiązania. Państwo nie przedstawiają żadnych rozwiązań. Dlatego pozwalam sobie na te gorzkie słowa.

Proszę mi wierzyć, że momencie, kiedy po raz pierwszy minister zdrowia proponuje pakiet onkologiczny, który – w mojej ocenie – poprawi rozpoznawalność, przyspieszy rozpoznawanie chorób nowotworowych, usłyszenie... Pacjent, jeżeli słyszy, że ma chorobę nowotworową czy jej podejrzenie, to dla niego najważniejsze jest, aby jak najszybciej rozpoznać tę chorobę i jak najszybciej wdrożyć leczenie, ale wtedy dla pacjenta naprawdę inaczej zaczyna biec czas. Tu olbrzymią rolę gra też czynnik emocjonalny, i o tym nie możemy zapominać.

Mam propozycję dla opozycji...

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

Również prosiłbym o dyscyplinę...

**Poseł Grzegorz Sztolcman (PO):**

Już kończę. Państwo podnoszą tu argument, że minister za późno zaczął negocjować z Porozumieniem Zielonogórskim. Szanowni państwo, jeśli jeszcze kiedyś będziecie rządzić, to proponuję, abyście powołali ministra czy ministerstwo do spraw negocjacji czy kontraktowania z PZ. On wtedy będzie mógł spokojnie przez cały rok konferować telefonicznie z prezesem PZ i dopytywać, czy może już zacząć protest, czy może za miesiąc i w odpowiednim czasie zacząć negocjować.

Do ministra mam tylko jedno pytanie. Kiedy, w jakim czasie, pan minister przewiduje weryfikację pakietu onkologicznego, aby ewentualnie wprowadzić jakieś poprawki? Dziękuję.

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

Dziękuję. Ponieważ w ostatnich dniach wielokrotnie mówiłem w mediach o propozycjach Prawa i Sprawiedliwości, prostuję, panie pośle – były takie informacje również o innych możliwych rozwiązaniach. Oczywiście, uwagi odnośnie do opozycji przyjmuję, jak na ogół, niezależnie od kadencji Sejmu.

Po panu pośle Sztolcmanie, pan poseł Moskal, bardzo proszę. Następnie pani minister Skowrońska. Bardzo proszę.

**Poseł Kazimierz Moskal (PiS):**

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni zaproszeni goście, na pewno zacznę od wypowiedzi mojego poprzednika i kolegi. Ja reprezentuję opozycję, panie pośle. Proszę mi nie odbierać prawa do krytyki i do analizy. Panie pośle, możemy uznać, że nic się nie stało, możemy powiedzieć, że głos opozycji jest niepotrzebny, ale jest on konieczny i potrzebny. Jeżeli dobrze rozumiemy demokrację, to trudno tu nawet o taką wypowiedź. Panie pośle, niech pan to zweryfikuje i przeprosi opozycję.

Natomiast, mam pytanie przede wszystkim do pana ministra Arłukowicza. Panie ministrze, dzisiejsze pana wystąpienie było spokojne, wytonowane. Mówił pan o kompromisie, natomiast kilka wcześniejszych konferencji... Panie ministrze, co się stało? Niech pan powie, czy prawdziwe, uczciwe i rzetelne jest to, co pan mówił dzisiaj, czy te wcześniejsze wystąpienia, wcześniejsze konferencje? Ja jestem za tym, żeby rzeczywiście w sposób kompromisowy załatwić sprawy, natomiast dzisiejsze wystąpienie mogę tak potraktować, że tak wyglądało, natomiast kilka dni, kilka tygodni temu wyglądało zupełnie inaczej. To pan był tą osobą, która prowokowała. Pan był osobą, która rzeczywiście grzmiała i nie widziała problemów tego złego systemu, który funkcjonuje.

Był plan A, był plan B, mówiło się o planie C. Panie ministrze, czy mógłby pan coś powiedzieć na temat planu C, bo to z pana ust padało, że jest i taki plan C. Czy ten konflikt, który tutaj trwał, czegoś pana nauczył, panie ministrze? Czy nauczył pana, ministerstwo, i czy Narodowy Fundusz Zdrowia też dostrzegł, że są jakieś błędy? Jakie wnioski na przyszłość są wyciągnięte ze strony pana ministra i ze strony prezesa NFZ?

I na koniec, często ktoś odnosi wrażenie – ja też takie odnosiłem – że to może była „ustawka”, że, z jednej strony, jest niezadowolony minister, a z drugiej – niezadowoleni lekarze, ale w końcu to porozumienie zostało zawarte, z czego dzisiaj wszyscy jesteśmy zadowoleni. Jednak najważniejszy jest pacjent. Sądzę, że od początku do końca powinniśmy myśleć przede wszystkim o pacjencie. Czy była jakaś „ustawka”, czy jej nie było? Bo odnoszę wrażenie, że i lekarze, i minister są dzisiaj w pełnej zgodzie, a pewnie pacjent będzie najważniejszy. Dziękuję.

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

Dziękuję. Pełnomocnik pani premier, pani poseł Skowrońska, bardzo proszę. Następna jest pani poseł Gądek. I to jest ostatnia osoba z zapisanych przeze mnie parlamentarzystów. Widzę, że zgłasza się jeszcze pani poseł Szczypińska. Później oddam głos zaproszonym gościom. Bardzo proszę.

#### **Poseł Krystyna Skowrońska (PO):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Poseł Skowrońska. Chciałabym rozpocząć od tego, że pan przewodniczący zwołał to posiedzenie Komisji, a Porozumienie Zielonogórskie... Wielokrotnie uczestniczyłam w takich spotkaniach. Przesiedziałam kilka nocy, kiedy były konflikty z ministrem zdrowia dotyczące między innymi stawek, i innych spraw, które podnosili lekarze POZ. I było to za rządów SLD, za rządów PiS i teraz, kiedy mieliśmy ostatni konflikt z lekarzami POZ zrzeszonymi w PZ.

Na początek chciałabym serdecznie przyłączyć się do podziękowań dla ministra zdrowia, dotyczących, między innymi, zorganizowania zabezpieczenia dla pacjentów tam, gdzie nie było podpisanych umów. Jestem z miasta, gdzie taką umowę podpisał jeden lekarz POZ. Wszystkie pozostałe gabinety stały. W szpitalu zorganizowano zabezpieczenie, pogotowie jeździło. Chciałabym też bardzo serdecznie podziękować rzecznikowi praw pacjenta, bo rolę rzecznika w tym czasie było to, żeby pacjent wiedział, gdzie ma się zwrócić i że ma swojego przedstawiciela, który w tych sprawach będzie go reprezentować.

Proszę pana ministra o przedstawienie sposobu finansowania POZ od 1999 r., kiedy rozpoczynaliśmy ze stawką kapitacyjną w wysokości 39 zł. Wtedy będziemy wiedzieć, ile więcej środków trafiało w kolejnym roku do POZ. Nie wiem, czy resort ma taką informację, ile jest aktywnych pacjentów, a ile jest pacjentów tam, gdzie płaci się lekarzowi POZ stawką ryczałtową, bo ta informacja i takie wskazanie pokazałoby, ile pieniędzy przeznaczonych jest w ramach tego systemu solidarnościowego, ryczałtowego dla POZ. To jest dla nas rzecz niezwykle ważna, bo jeszcze w 2005 r. stawka kapitacyjna wynosiła 60 zł, w 2007 r. – 76 zł, w 2008 – 96 zł, ale mieliśmy również programy, które realizowała POZ w zakresie kardiologii i diabetologii ze stawką 3,0. I pamiętam rok 2009, kiedy dla POZ z tego tytułu w ciągu jednego roku były przeznaczone większe środki w wysokości 1,5 mld zł. Chodzi o to, abyśmy rozmawiając o finansowaniu mieli tę wiedzę i poruszali się w sferze sposobu finansowania POZ.

Ja życzę panu ministrowi, ale i tym wszystkim pacjentom, którzy trafią do gabinetów POZ, aby jak najlepiej był zrealizowany pakiet onkologiczny. Doskonale wiemy, że jest więcej chorych, że rozpoznania są trafniejsze i im szybciej ten pacjent trafi do lekarza,



a później do specjalisty, tym szybciej będzie wyleczony. Myślę, że w tym sporze ministrowi o to chodziło, żeby pacjent, a szczególnie pacjent onkologiczny, był dla nas najważniejszy. Dziękuję.

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

Dziękuję bardzo. Teraz proszę o zabranie głosu panią poseł Gądek. Następnie pani poseł Szczypińska.

**Poseł Lidia Gądek (PO):**

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, drodzy goście, przede wszystkim, jako praktykujący lekarz z otwartym przez ten czas gabinetem, chciałabym podziękować obu stronom sporu za to, że ten spór jednak stosunkowo szybko został rozwiązany, bo powiem państwu, że dla pacjenta, nawet tego, który miał świadomość zabezpieczenia podstawowej opieki zdrowotnej, medialna informacja o tym, że jest zagrożenie, był to bardzo wielki problemem. Nie powiem, że dyskomfort, bo to był naprawdę wielki problem. Za to bardzo dziękuję. I nie ma potrzeby ironicznie mówić o tym, co się działo i jak włączyli się do akcji strażacy, samorządy, policja i wojsko. Im też trzeba podziękować, proszę państwa, bo to była sytuacja nadzwyczajna, w której trzeba było zabezpieczyć dostęp do świadczeń zdrowotnych, szczególnie tym najbardziej potrzebującym, którzy nie mogą poruszać się sami, własnym środkiem lokomocji na dalekie odległości. Natomiast – zamykając już temat podziękowań – wracam do meritum.

Powiem tak, panie ministrze. Dobrze się stało, że pan pierwszy wyciągnął rękę – bardzo dobrze – ale jednocześnie chciałabym zwrócić uwagę na to, że być może nie byłoby całej tej sytuacji – mówię, być może, bo biorę pod uwagę, że intencje protestujących miały na celu wyłącznie dobro funkcjonowania systemu i pacjenta – gdyby na wszystkie spotkania zespołu parlamentarnego do spraw podstawowej opieki zdrowotnej i profilaktyki, na które regularnie przyjeżdżali przedstawiciele wszystkich negocjujących ze strony POZ... Pan minister, niestety, nie przedstawił projektów rozporządzeń. Gdybyśmy zaczęli to we wrześniu, to prawdopodobnie w listopadzie byśmy to zakończyli i nie byłoby tego typu sytuacji kryzysowej.

A z pytań, odnośnie do zmian, które zostały wynegocjowane, jedno nurtuje mnie bardzo – ale nie tylko mnie, bo i przedstawiciele wielu środowisk POZ, którzy podpisali umowy, a których w całym kraju – jak wiemy – było blisko 80%. Czy zapis o tym, że umowy i aneksy będą podpisywane terminowo na rok, który został wprowadzony, jeśli mi dobrze wiadomo, był konsultowany z pozostałymi uczestnikami systemu, którzy te umowy podpisali, ponieważ do mnie docierają bardzo liczne sygnały, że ta zmiana jest niekorzystna z punktu widzenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej niezależnie od tego, w jakiej formie prowadzą swoją działalność, czy to jest pojedyncza praktyka, czy to są praktyki grupowe, czy dane struktury ZOZ. Stąd moje pytanie – czy ten zapis był konsultowany z pozostałymi?

I druga sprawa, dotycząca już finansowania pakietu onkologicznego. Ciągłe krążą informacje medialne, nie do końca zgodne z prawdą, że wzrost stawki i wzrost obciążeń związane są głównie z tym, że mamy większe zadania z zakresu onkologii – rozpoznawania nowotworów i diagnostyki. Proszę państwa, nieprawda. Nowotwory diagnozuje każdy z nas, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, każdy lekarz rodzinny, odkąd zaczął pracować w swojej praktyce. Robi to zawsze, na bieżąco. Zwiększył się w tej chwili pakiet badań, które są w kompetencjach lekarza rodzinnego, ale nie wyłącznie w związku z pakietem onkologicznym, tylko w związku z tym, że od lat staraliśmy się o rozszerzenie kompetencji lekarza rodzinnego. Uważam, że ten trend, który w tej chwili w niewielkim stopniu, ale jednak się rozpoczął, należy zdecydowanie kontynuować. Chcemy być lekarzami, którzy nie są wypisywaczami recept, zwolnień, a szczególnie recept ze zlecenia specjalisty. Mając wiedzę medyczną i uprawnienia chcemy pacjentów diagnozować i leczyć do momentu, do którego nasza wiedza medyczna i możliwości na to pozwalają. W związku z tym, uważam, że to jest dobra ścieżka i wyłącznie kwestia zabezpieczenia odpowiedniego finansowania.

Mówimy natomiast o bezlimitowym traktowaniu pacjenta onkologicznego, a nie do końca tak jest. Proszę więc odpowiedzieć na pytanie. Ponieważ w ambulatoryjnej

opiece specjalistycznej jest jednak rozdzielone kontraktowanie na tak zwane wizyty zachowawcze, zabiegowe i onkologiczne, w umowie z daną palcówką jest określona wysokość kontraktu z zakresu pakietu onkologicznego. Może być taka sytuacja, że dana poradnia w tym finansowaniu...

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

Proszę o dyscyplinę czasową, pani poseł.

**Poseł Lidia Gądek (PO):**

Kończę już, panie przewodniczący. Muszę dokończyć tę myśl. Dana poradnia może się w tym zakresie finansowania nie zmieścić. Co wtedy? Czy będzie to traktowane jako świadczenia bezlimitowe i Narodowy Fundusz Zdrowia zapłaci za jakby nadwykonania w tym zakresie, czy trzeba będzie pacjenta przesyłać do innej placówki, która ma wolne środki w zakresie pakietu onkologicznego, co już nieco wypacza ideę tego pakietu? Bardzo proszę o odpowiedź na te dwa konkretne pytania. Dziękuję.

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

Dziękuję. Pani poseł Szczypińska, a następnie pan poseł Hok.

**Poseł Jolanta Szczypińska (PiS):**

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, szanowni państwo, właściwie większość pytań, które chciałam zadać, zadali moi koledzy i koleżanki posłowie. One dotyczą przede wszystkim zmiany planu finansowania, bo pan minister mówi tutaj o środkach finansowych przeznaczonych dodatkowo na podstawie tego porozumienia dla POZ. Na razie nie wiemy, skąd te środki będą, komu będą zabrane i w jaki sposób to wszystko będzie regulowane. A to jest *clou* sprawy. Ja przyłączam się również do apelu, ale też żądam w imieniu swoim i pacjentów, aby podać do publicznej wiadomości pełną treść porozumienia między panem ministrem a Porozumieniem Zielonogórskim, bo to dotyczy środków publicznych i to się należy tym pacjentom, którzy zostali pozostawieni bez opieki i potraktowani w ten sposób przez ministra zdrowia, jaki obserwowaliśmy.

Panie ministrze, to było zupełnie niepotrzebne, co pan uczynił wcześniej, a w ostatniej chwili podpisał porozumienie z PZ. Należy podziękować przede wszystkim pacjentom i potencjalnym pacjentom oraz ich rodzinom, że wytrzymali psychicznie to, co się działo w czasie tych dni.

Koleżanki i koledzy posłowie, szanowni państwo, kuriozalnie to brzmi, gdy państwo dziękują ministrowi zdrowia za to, że podpisał porozumienie. Przypomnę tylko, że minister zdrowia jest zobowiązany do zapewnienia bezpieczeństwa życia i zdrowia pacjentów, obywateli. Jest do tego zobligowany Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej. Wobec tego, możemy również sobie podziękować za to, że tu jesteście, ale chyba nie o to chodzi.

I jeszcze jedno, panie ministrze. Tak, jak już tutaj powiedziano, dzisiaj pan spokojnie, w sposób wyważony, mówi, rozmawia. Czyli, można. Dlaczego nie można było w ten sposób rozmawiać w czasie tych niezliczonych pana konferencji prasowych, wtedy, kiedy to było potrzebne? Dziękuję bardzo, i proszę o odpowiedź dotyczącą środków finansowych – czy pakiet onkologiczny, który niewątpliwie jest potrzebny, ale nie jest dopracowany, odbędzie się kosztem chorych na inne choroby, na przykład, na cukrzycę, o czym pan wspomniał, albo na choroby układu krążenia? Dziękuję.

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

Dziękuję bardzo. Pan poseł Hok, proszę bardzo.

**Poseł Marek Hok (PO):**

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, przez półtorej godziny wysłuchaliśmy bardzo dużo wypowiedzi na temat finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. Mówiliśmy o konflikcie pomiędzy ministrem rządu polskiego, publicznym płatnikiem, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia, a prywatną opieką zdrowotną. Przecież 95% lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej to lekarze prywatni.

Myślę, że w całym tym konflikcie zapomnieliśmy o tym, że to była rozmowa ministra rządu polskiego z prywatnym przedsiębiorcą. I to, że 85% lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – prywatnych lekarzy – to podpisało, to oczywiście jest sukces i pana mini-

stra, i tych lekarzy. Wszystkie szpitale publiczne i wszystkie poradnie specjalistyczne, których właścicielami czy organami prowadzącymi są wójt, burmistrz, prezydent, starosta czy marszałek, podpisały te porozumienia. Myślę, że najważniejszym elementem w tym sporze było to, że w tych tygodniach mało mówiło się o pacjencie, a doniesienia medialne, prasowe, telewizyjne pokazywały, jakie dramaty odbywają się w przychodniach, gdzie nie ma dostępu do lekarza POZ. Jednak większość miała to zabezpieczenie, myślę więc, że należy podziękować tym lekarzom, tym szpitalom publicznym i tym ośrodkom, które były gotowe i otwarte.

Myślę też, że to, co powiedziała pani poseł Gądek, czyli powrót do pełnych kompetencji lekarza POZ... 20 lat temu lekarz POZ miał dużo więcej kompetencji, dużo więcej odpowiedzialności i spisywał się naprawdę doskonale, jeżeli chodzi o opiekę nad pacjentem. Pierwszym elementem, który spowodował zachwianie tej opieki, było odebranie, na życzenie różnych środowisk, świątecznej i nocnej pomocy. Od tego momentu zaczęła się degradacja znaczenia lekarza rodzinnego. Jest to moje odczucie – lekarza, który również pracował w szpitalu. Sądzę, że powrót do pełnych kompetencji, oczywiście, z finansowaniem, może naprawić tę ochronę zdrowia. Dlatego prosiłbym, abyśmy o pakiecie onkologicznym mówili wyłącznie jako o elemencie, który może spowodować poprawę dostępności pacjenta onkologicznego do naprawdę dobrej opieki, którą możemy zorganizować.

Chciałbym przypomnieć państwu, że kilka, a może kilkanaście lat temu, byliśmy na szarym końcu w Europie jeśli chodzi o pomoc dla chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi, z ostrymi zawałami mięśnia sercowego. Po kilku latach, kiedy wprowadzono dość drogi system powoływania pracowni hemodynamicznych i kardiologii interwencyjnej, możemy chwalić się w Europie, że jesteśmy w czołówce, jeśli chodzi o opiekę w momencie wystąpienia zagrożenia, i tej złotej godziny. Dajmy szansę naszym pacjentom na ten pakiet, bo może on spowodować, że za kilka lat, kiedy wszystko się poukłada i będzie działać tak, jak byśmy oczekiwali, też pochwalimy się w Europie, że mamy system rozpoznawania i leczenia chorób onkologicznych na wysokim europejskim poziomie. Bez wprowadzenia tego pakietu, bez tego sporu, który dzisiaj toczyliśmy na temat finansów, nie uda się nam tego zrobić. Należy go wprowadzić, naprawiać skutecznie i powodować, żeby pacjent miał dostęp i doskonale leczenie. Jeszcze raz dziękuję tym wszystkim, którzy 2 stycznia przystąpili do normalnej pracy, do której są zobowiązani. Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję. I na koniec rundy pytań posłów, zanim oddam głos zaproszonym gościom, jeszcze ja zabiorę głos.

Panie ministrze, jak widać, można było się porozumieć i szkoda, że te rozmowy zostały zerwane 29 grudnia, że ich nie było 30 i 31 grudnia. Jak widać, po kilkunastu godzinach, owszem, trudnych negocjacji, to porozumienie udało się zawrzeć. Gdyby więc te rozmowy kontynuowano, nie byłoby tej gehenny 2 i 5 stycznia. To, po pierwsze.

Po drugie, jeżeli pan mówi – a mówi pan dość dużo o tej kwestii – że szpitale podpisały umowy, przypominam, że ustawowo wprowadzono aneksowanie umów. W zasadzie, te szpitale nie za wiele miały do gadania. Musiały po prostu przyjąć te warunki, które były, albo by zostały z niczym. Trudno nawet mówić o jakimś okresie przejściowym, nawet o tych możliwościach, jakie mają małe gabinety. W przypadku dużych szpitali było aneksowanie przyjęte ustawą, i koniec.

Dalej. Pan, a właściwie, nie pan, bo pana nie było na posiedzeniu Komisji Zdrowia, ale w pana imieniu był pan minister Neumann... Pytałem o to co najmniej dwukrotnie – są stenogramy z posiedzeń Komisji. Zapewnialiście nas, że gdy wszystko będzie gotowe, będzie stosowna zmiana planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2015. Mamy sytuację następującą – bardzo dobrze to pokazał pan poseł Sprawka. Mamy wydatki, które były ponoszone i plan finansowy z roku 2014. Mamy aktualnie obowiązujący plan finansowy na rok 2015. Wprawdzie państwo mówią coś o jakichś dodatkowych środkach, które wpłyną, to podpisują umowy na dobrą sprawę, z punktu widzenia finansów publicznych, bez pokrycia. Bo jeżeliby to wszystko miało być zrobione poważnie, to trzeba by zrobić korektę planu finansowego o ten ponad miliard, i wszystko

byłoby zrobione tak, jak należy. Zgodziłbym się nawet, gdyby państwo tę kwotę podzielili, i część byłaby, na przykład, w rezerwie, choć w zasadzie, w momencie podpisania ze wszystkimi, to już nie ma takiego powodu. Jest to więc dla mnie niezrozumiałe. Czekamy cały czas na korektę planu finansowego.

Dalej. Panie ministrze, mówimy o pakiecie onkologicznym, o sytuacji udroźnienia systemu – ktoś będzie to koordynować, pilnować, aby termin 9 tygodni był zachowany. Ja już panu dzisiaj daruję kolejne moje pytanie o możliwości szybkiej diagnostyki, na przykład, zrobienia badania rezonansu magnetycznego. O to pytałem już parokrotnie, mówiłem w mediach.

Oczywiście nadal aktualne jest pytanie, czy będą pacjenci lepsi i gorsi, czy kogoś wypchniemy z tej kolejki, a jeżeli nie wypchniemy, to jaką rolę będzie mieć do wykonania rejestratorka, która będzie musiała decydować – pan z udarem, drogi panie, poczeka do lipca, a pan nie będzie czekać, bo pana gdzieś dodatkowo wciśniemy. Zostawmy to – mówiłem o tym wielokrotnie, ale, w zasadzie, nie dostałem żadnej odpowiedzi.

Jednak, panie ministrze, mamy inną sytuację. Mamy pacjenta, u którego już stwierdziliśmy nowotwór lub jest to stwierdzone z bardzo dużym prawdopodobieństwem, ale ten pacjent jest w podeszłym wieku, po dwóch zawałach, wymagałby więc pilnej oceny kardiologa. I co? Przepraszam bardzo, czy te zasady bezkolejkowe będą dotyczyć, na przykład, kardiologa, endokrynologa czy być może jeszcze innych specjalistów, do których ten pacjent onkologiczny przed rozpoczęciem leczenia będzie musiał trafić. Czy tam też będzie obowiązywać ta „zielona karta”, że pójdzie ktoś do diabetologia i powie – ja bez kolejki, ponieważ jestem podejrzewany o nowotwór i lekarze nie będą wiedzieć, jaką terapię można mi wdrożyć, zaordynować, czy można mnie operować, czy nie?

I na koniec, panie ministrze, największe pretensje mam o coś, co nie padło w tej dyskusji, mimo wielu pytań. Mam do pana pretensje o zmarnowaną szansę. Nieco ponad rok temu rozmawialiśmy o przyszłości POZ, ponad podziałami politycznymi. Proszę mi wierzyć, zajrzeć do stenogramów, wszyscy się zgadzaliśmy – zwiększyć finansowanie, zwiększyć kompetencje, przebudować ten system, bo on jest najslabiej finansowany w Unii Europejskiej. Niestety, ten rok został zmarnowany. To nie zostało zrealizowane, choć była na to szansa. Dziękuję bardzo.

Teraz proszę o zabranie głosu pana prezesa Radziwiłła. Proszę uprzejmie.

### **Sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej Konstanty Radziwiłł:**

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, panie ministrze, szanowni państwo, po pierwsze, chciałbym powiedzieć, bo tutaj niektórzy mówili o zasługach samorządu w tej sprawie, do której doszło w pierwszych dniach stycznia tego roku, że samorząd lekarski zarówno tym razem, jak i w ogóle, działa oczywiście w imieniu lekarzy i lekarzy dentyków, ale działa też na rzecz pacjentów. Zgodnie z ustawą o izbach lekarskich, działamy na rzecz ochrony interesu publicznego i w jego granicach. Trudno sobie wyobrazić, żeby w systemie, w którym jakość i bezpieczeństwo pacjentów były zagrożone z powodu złej organizacji i niedofinansowania, nie zwracać na to uwagi w sposób dramatyczny. I tak postrzegam naszą rolę na początku tego roku.

Oczywiście, samorząd lekarski popierał negocjujących lekarzy z Porozumienia Zielonogórskiego, ponieważ mieliśmy pełną świadomość, że właśnie tam jest mowa o jakości i bezpieczeństwie leczenia, a nie tylko o wynagrodzeniach dla lekarzy, chociaż oczywiście te wynagrodzenia też są ważne. Padało tutaj już wiele słów na ten temat, nie warto tego roztrząsać.

Proszę państwa, mieliśmy do czynienia z dramatycznymi negocjacjami. Media miały naprawdę dużo roboty na początku roku. Podpisano porozumienie i wydaje się, że niektórzy są skłonni traktować sytuację jako posprzątaną, mówiąc kolokwialnym językiem. Otóż, sytuacja nie jest posprzątana, jest daleka od tego. Myślę więc, że warto wrócić w tym momencie... Właściwie szkoda, że takie posiedzenia Komisji muszą państwo odbywać. Podobne posiedzenie odbyło się w połowie grudnia i chyba trochę szkoda państwa czasu. Myślę, że byłoby znacznie lepiej, gdyby państwo jako parlamentarzyści, a być może wcześniej rząd, po prostu wysłuchali apeli płynących, między innymi, ze strony samorządu lekarskiego, o zawieszenie tego pakietu i danie sobie trochę czasu, zwłaszcza

że już kilka osób tutaj mówiło o tym, że nie mamy w Polsce do czynienia z jakimś kataklizmem, nie ma wojny, trzęsienia ziemi, i można było to wszystko przygotować trochę lepiej.

Niestety, jeżeli chodzi o najpierw nieporozumienie, a potem porozumienie z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, to jesteśmy dalecy od „posprzątania”, dlatego, że jest to w sumie bardzo mały fragment całości pakietu onkologicznego, którego ocena merytoryczna dokonana przez ekspertów jest druzgocąca – także przez tych ekspertów, którzy byli „twarzami” tego pakietu od początku. Wysłuchali tego państwo na grudniowym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Wydaje się, że naprawdę jest w tym zakresie jeszcze dużo do powiedzenia. Jeżeli padają argumenty, że 100% kontraktów już dzisiaj zostało podpisanych, a w jakimś momencie 85% w podstawowej opiece zdrowotnej, to – co tu też już kilka osób powiedziało, przecież większość z państwa porusza się w systemie ochrony zdrowia – trudno znaleźć jednego dyrektora szpitala w Polsce, który by powiedział, że podpisał ten kontrakt w nadziei, że szpital będzie się mieć lepiej i że ten kontrakt – mówię o aneksie onkologicznym – daje większe szanse itd. Jest dokładnie na odwrót. Większość dyrektorów boi się, że sytuacja finansowa tych szpitali będzie zdestabilizowana. Już dzisiaj widać, że kontrakty w niektórych oddziałach są okrojone o 1/3, i nie wiadomo, jak się uda tę brakującą 1/3 zrealizować, zwłaszcza w kontekście różnych znaków zapytania, na które odpowiedzi nikt nie ma, jak na przykład kwestia tak zwanych starych chorych onkologicznych czy dawnych chorych onkologicznych, jak sytuacja chorych onkologicznych, w przypadku których nie ma jeszcze wyniku histopatologicznego – a takich jest bardzo wielu na oddziałach onkologicznych – którzy są przyjmowani, operowani, wypisywani, a wynik badania histopatologicznego przychodzi po dziesięciu dniach albo dwóch tygodniach, kiedy sprawa jest już rozliczona. Jak to będzie wyglądać? Nikt nie potrafi na to pytanie odpowiedzieć, czy będą to pacjenci onkologiczni w rozumieniu pakietu onkologicznego. To są rzeczy bardzo niedobre, wydaje się więc, że trzeba będzie jeszcze wiele nad tym dyskutować.

Karta onkologiczna jako przejaw zupełnie skrajnej biurokracji nałożonej na nas jest złym rozwiązaniem w sytuacji, kiedy informatyzujemy dokumentację medyczną. Jest wiele różnych aspektów, o których w tej chwili nie ma czasu mówić od strony merytorycznej. Natomiast, proszę państwa, ja myślę, że mamy do czynienia z jakimś wielkim problemem w systemie ochrony zdrowia – a być może nie tylko w systemie ochrony zdrowia. To jest kwestia sposobu pracy nad rozwiązaniami, które się wprowadza. Cały pakiet onkologiczny wprowadzony w ciągu kilku miesięcy – jak można powiedzieć – a rozporządzenia wykonawcze praktycznie w ciągu niecałych dwóch miesięcy, to naprawdę przejaw bardzo złej praktyki. Brak dialogu, już nie mówię społecznego, ale z ekspertami, z organizacjami reprezentatywnymi dla różnych uczestników systemu ochrony zdrowia. Tak nie może być. Prowadzi to do bardzo złych rozwiązań, które będziemy, niestety, konsumować w ciągu najbliższych miesięcy – my, jako pracownicy systemu ochrony zdrowia, ale przede wszystkim, jako pacjenci.

W jakimś sensie kropką nad „i” w tym dialogu, albo braku dialogu, było to, co działo się w ciągu ostatnich dni, wtedy, kiedy te negocjacje najpierw się odbywały, a potem już się nie odbywały, a nawet potem, kiedy pan minister wyszedł po podpisaniu porozumienia. Proszę państwa, jest mi naprawdę bardzo przykro. Rozumiem, panie ministrze, że jest pan młodym człowiekiem i czasem ponoszą pana nerwy, ale jest pan lekarzem i ministrem konstytucyjnym, więc po prostu pewnych rzeczy nie wypada mówić. A tyle złych słów w stosunku do swoich kolegów, przedstawicieli zawodu, którzy starali się jak najlepiej i wytrzymywali to, nie powinno było paść. Nawet dzisiaj, podczas tego posiedzenia, użył pan słowa, które jest zupełnie nieadekwatne i odbieram je jako manipulację. Użył pan słowa „strajk”. Przecież nie było strajku. Po prostu nie podpisano umów – tak jak już tu wielokrotnie wyjaśniano – nie było podstawy do tego, żeby pracowały przychodnie, które umów nie podpisały. Dlaczego pan używa takiego słowa, które jest transmitowane na cały świat? Tak nie można. Panie ministrze, proszę pana, naprawdę powstrzymajmy czasem swoje języki, bo w ten sposób nie zajdziemy daleko. Po prostu kopujemy rowy, zamiast budować mosty. Namawiam do tego, żeby to odbywało się troszkę inaczej.

Wreszcie, proszę państwa, wśród efektów tego porozumienia, które – mam nadzieję – rzeczywiście do końca będzie ujawnione, jest taki element, o którym była dzisiaj mowa, a mianowicie, powołanie zespołu. Bardzo proszę pana ministra, żeby, mimo napiętej sytuacji na linii między Ministerstwem Zdrowia a samorządem lekarskim, znalazło się w tym zespole miejsce dla przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej, ponieważ NRL z mocy ustawy powinna być zaangażowana w debaty na temat organizacji systemu ochrony zdrowia.

Proszę państwa, niestety, to wszystko... Ostatnia refleksja, już kończę. Mam wrażenie, że to wszystko, z czym mamy do czynienia w tej chwili, jest konsekwencją już nie tylko decyzji z ostatnich dni, ale pewnej koncepcji, z którą wszyscy nie dajemy sobie rady. Odpowiedzialność państwa za ochronę zdrowia w Polsce jest systematycznie redukowana. Jest redukowana na rzecz rozwiązań rynkowych, gospodarczych. Zarzut w stosunku do lekarzy, którzy z mocy prawa, tak jak państwo chcieli, są przedstawicielami przedsiębiorstw podmiotów leczniczych – tak to się nazywa w tej chwili – że oni zabiegają o równowagę finansową swoich przedsiębiorstw, jest paradoksalny. Trzeba być konsekwentnym. To znaczy, ja ubolewam, że właśnie tak się stało, że dzisiaj w medycynie nie rozmawiamy o lekarzach, pacjentach, szpitalach, leczeniu i zobowiązaniach, tylko mówimy o kontrakcie, procedurach, świadczeniodawcach, świadczeniobiorcach – o zgrozo! – o świadczeniach ponadlimitowych etc.

Proszę państwa, wydaje mi się, że naprawdę przyszedł czas na to, żeby poważnie porozmawiać na temat tego, jak ten system ma być zorganizowany. Te zmiany, odnośnie do których pani doktor Zabielska-Cieciuch przed godziną, czy półtorej, powiedziała, że są bardzo zadowoleni z efektu negocjacji, z porozumienia... Proszę państwa, na miłość boską, na przykład, odejście od specjalnej opieki nad pacjentami cukrzycowymi i kardiologicznymi to nie jest sukces. I dobrze wiemy o tym wszyscy. Pan minister nawet kiwa głową w tej chwili. To nie jest sukces. Państwo się zgodzili, bo trzeba było zmieścić się w określonych kwotach pieniędzy, ale przecież to nie jest dobre rozwiązanie. Prawda? Dlaczego w ten sposób, właśnie w takich okolicznościach, mamy rozwiązywać najważniejsze problemy Polaków? A to są najważniejsze problemy Polaków. Dziękuję.

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

Dziękuję bardzo. Teraz pan prezes Włodarczyk, a następnie pani prezes Janicka.

#### **Członek NRL Andrzej Włodarczyk:**

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, chciałbym kontynuować w tonie, który narzucił – i gratuluję mu tego – pan prezes Radziwiłł. Chciałbym przypomnieć wszystkim państwu przede wszystkim to, że w marcu ubiegłego roku prezes Rady Ministrów, pan Donald Tusk, zlecił ministrowi zdrowia zrobienie czegoś, żeby zmniejszyć kolejki. My teraz mówimy o pakiecie onkologicznym, a przecież jednym z głównych powodów, dla których w ogóle rozpoczęto rozmowy i prace nad tą ustawą, było ograniczenie kolejek pacjentów i chorych ludzi do lekarzy i lekarzy specjalistów.

Na temat pakietu powiedziano tyle... Ja powiem tylko tak – za trzy miesiące zobaczymy, czy rzeczywiście zmniejszyły się kolejki do specjalistów. Jedynym ogniwem systemu, w którym do tej pory kolejek nie było, była podstawowa opieka zdrowotna. Wydaje mi się, że teraz, od 1 stycznia, będziemy obserwować również kolejki w podstawowej opiece zdrowotnej, i to będzie sukces tej ustawy.

Natomiast mam pytanie do pana ministra. Panie ministrze, mam przy sobie Kodeks Etyki Lekarskiej. Na pierwszej stronie tego Kodeksu jest tak zwana przysięga Hipokratesa, czyli Przymierzenie Lekarskie, które podobno i pan składał. W tym przymierzeniu napisane jest: „...w pełni świadomy (...) przysięgam: (...) służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu; według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak...” i tu są wymienione różne „...i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro...”. „Przysięgam dochować tajemnicy lekarskiej”.

Panie ministrze, dlaczego zmusza nas pan do łamania naszej przysięgi lekarskiej. „Zielona karta”, to, według wielu ekspertów, niedochowanie tajemnicy lekarskiej, jeśli nie ma na to zgody pacjenta, ponieważ ujawniamy w ten sposób podejrzenie choroby

nowotworowej i stygmatyzujemy pacjenta, a nie wszyscy pacjenci nowotworowi chcą zdradzać swoją chorobę, tak, jak ja.

Dlaczego podzielił pan pacjentów nowotworowych na takich jak ja, którzy mieli postawione rozpoznanie dwa lata temu, na takich jak ci, którzy dopiero będą mieć postawione rozpoznanie i będą w lepszej sytuacji niż ja, i na takich, którzy są u schyłku swojej choroby i znajdują się w hospicjach? To też jest złamanie przysięgi lekarskiej.

Natomiast, panie ministrze, chciałbym panu pogratulować jednej rzeczy – tego, że wykonał pan mistrzowską operację w celu uratowania stołka ministra zdrowia. 29 grudnia przerwał pan – w moim odczuciu, z premedytacją – rozmowy z Porozumieniem Zielonogórskim po to, żeby przeprowadzić PR-owsko opracowaną akcję, którą obserwowaliśmy przez 7 dni, a która miała na celu uratowanie pana stanowiska ministra zdrowia, i to się panu udało. Gratuluję panu tego.

I na koniec, mam pytanie, bo czasu jest mało. Ile milionów płaci pan firmom PR-owskim? Ile ich pan zatrudnia w ministerstwie, skoro brakuje pieniędzy, między innymi, na leczenie kardiochirurgiczne najmniejszych pacjentów? Dziękuję.

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

Dziękuję. Teraz pani prezes Janicka, a następnie pani minister Kozłowska.

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

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Szanowni państwo posłowie, panowie ministrowie i wszyscy zaproszeni goście, zacznę od tego, że od połowy września trwały bardzo twarde negocjacje z Ministerstwem Zdrowia. Prawdą jest, że spotykaliśmy się wielokrotnie. Było wiele załamań i wiele poprawek. Prawdą jest, że w ciągu tych wielu miesięcy doszło do wynegocjowania porozumienia, które zostało podpisane 17 grudnia. To nie minister dał 1,1 mld zł, tylko środowisko – lekarze pokazali potrzeby. I w drodze negocjacji, wskazując te potrzeby, z 750 mln zł uzyskaliśmy 1,1 mld zł. To jest zapisane w porozumieniu.

W tym samym dniu byli na rozmowach również przedstawiciele Porozumienia Zielonogórskiego. Dzięki przekazaniu na stronie ministerstwa porozumień i uzgodnień, które trwały, dowiedzieliśmy się, że PZ w tym dniu, kiedy my podpisaliśmy porozumienie, tak naprawdę zgadzało się ze wszystkimi naszymi ustaleniami. Jedyńm punktem niezgody w tym porozumieniu był wskaźnik 3,0, czyli cukrzyca i „krążeniówka”. To jest w dokumentach.

My wielokrotnie analizowaliśmy to, a biorąc pod uwagę, że było to kierowane tylko do pacjentów z cukrzycą i chorobami krążenia, a jednocześnie odbierało to dodatkowe finansowanie innym chorym pacjentom, często w miejscowościach wiejskich – są to, na przykład, rolnicy z chorobami kości i stawów, chorobami reumatycznymi – stwierdziliśmy, że trzeba budować wysoką stawkę dla wszystkich chorych. Zgodziliśmy się, że ci wszyscy chorzy mają prawo do takich samych badań, dodatków, tak jak ci, którzy mają cukrzycę i choroby krążenia.

Chcę podkreślić, że wszystkie środki z cukrzycy wliczone w roku 2014 zostały wliczone przez nas do stawki bazowej. Nie zostały zabrane i dane, jak było słychać. Są przeznaczone. Dodatkowe pieniądze – z 750 mln zł do 1,1 mld zł – były wynikiem potrzeb zarówno na badania diagnostyczne, w przypadku których zeszliśmy do sześciu, na rozbudowę informatyzacji w ochronie zdrowia, co jest opisane szczegółowo w protokole, a także na zabezpieczenie sprawozdawczości.

W naszym porozumieniu, w grudniu, ustaliliśmy również dalsze prace – jako zespół – jeżeli chodzi o legislację, konieczne zmiany w ochronie zdrowia. Już w grudniu to wszystko było spisane.

Chcę powiedzieć, że 17 grudnia zostało również ogłoszone zarządzenie prezesa, które rozpoczęło kontraktowanie. 85% lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej – podkreślam, prywatnej działalności, bo około 90% POZ jest w rękach prywatnych... Panie przewodniczący, jako przedstawicielowi tych 85% proszę mi dać powiedzieć to, co powiedzieć muszę. Jeżeli chodzi o stawkę 3,0, nie zgadzaliśmy się z nią, bo uznaliśmy, że trzeba budować wysoką stawkę. Dlatego poszliśmy w stronę wysokiej stawki, którą dalej chcemy pod-

nosić poprzez rozszerzanie badań diagnostycznych i kompetencji lekarza, oczywiście, mówiąc również o kadrach.

Jeżeli chodzi o dalsze sprawy, finansowanie POZ musi opierać się na kolejnych rozmowach. Ważną rzeczą było też to, że pakiet onkologiczny – podobnie, jak wiele zapisów prawnych – budził nasze wątpliwości, i budzi. Co prawda, pakiet nie w POZ, ale umówiliśmy się, i ustaliliśmy, że to będzie monitorowane w najbliższych miesiącach. Dlatego przed podpisaniem porozumienia jako cały zespół zastanawialiśmy się, czy to podpisać i czy jest coś, co moglibyśmy postawić po drugiej stronie bezpieczeństwa pacjenta, czyli coś, co spowoduje zamknięcie gabinetów w naszych palcówkach. Stwierdziliśmy, że środki finansowe, zabezpieczenia prawne, zabezpieczenia legislacyjne, umowa zawarta na 10 miesięcy, dają nam bezpieczeństwo i prawo do dalszych negocjacji. Dlatego aż 85% podpisało – nie dlatego, że to są takie złe warunki, ale właśnie dlatego, że chcemy dalej rozmawiać, chcemy dalej pracować. A finansowanie w wysokości 1,1 mld zł było już w grudniu.

Myślę, że dzisiaj jest to wyzwanie dla wszystkich, żeby mówić właśnie o tym, co mamy do zrobienia dalej, ile kadry medycznej potrzebujemy, i nie wystawiać jej dalej na szwank – w imię Kodeksu Etyki Lekarskiej, w imię bezpieczeństwa pacjenta i zebranych deklaracji, których mamy obowiązek bronić. Dziękuję za to porozumienie zarówno ministerstwu, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, jak i kolegom z PZ, że usiedli, porozmawiali i warunki, które właściwie były określone w grudniu, przyjęli. Dziękuję. Jesteśmy gotowi do dalszych rozmów, bo lekarz ma leczyć, natomiast w wolnym czasie przychodzi bronić prawa, rozmawiać o tym prawie, i to właśnie będziemy robić. Dziękuję.

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

Dziękuję bardzo. Zanim oddam głos pani minister, będę mieć prośbę o wyjaśnienie później przez pana ministra, czy w takim razie dla tych 85% będą potrzebne aneksy, czy nie. Wprawdzie usłyszeliśmy, że stawka się zmieniła ze 136 na 140, ale przed chwilą usłyszeliśmy też, że nic się nie zmieniło. Istotna więc będzie informacja, czy będzie potrzeba aneksowania, czy też Porozumienie Zielonogórskie będzie mieć swoje umowy, a reszta te, które podpisała wcześniej. Bardzo proszę, pani minister.

**Rzecznik praw pacjenta Krystyna Kozłowska:**

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, chciałabym odnieść się do błędnej informacji przekazanej przez pana posła Piotrowskiego w kontekście tego typu sytuacji, że w stosunku do przychodni, które zamknęły...

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

Pana posła Chmielowskiego, najprawdopodobniej.

**Rzecznik praw pacjenta Krystyna Kozłowska:**

Chmielowskiego. Przepraszam bardzo. W kontekście informacji, że rzecznik praw pacjenta będzie nakładać kary na tych świadczeniodawców, którzy zamknęli drzwi przed pacjentami. Jest to niezgodne z prawdą. Żadna moja wypowiedź w ten sposób nie brzmiała.

Przekazuję prawidłową informację. Ponieważ były zamknięte drzwi przychodni, pacjenci mieli utrudniony dostęp do dokumentacji medycznej. Są to praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów. A ponieważ tego typu zgłoszeń było dużo, na wniosek pacjentów wszczęłam postępowania w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Sytuacja wygląda w ten sposób, że rzecznik po przeprowadzeniu postępowania wydaje decyzję. Jednak tu mamy do czynienia z zaniechaniem tego typu działań, co oznacza, że rzecznik nie ma podstawy do nałożenia kar, ponieważ świadczeniodawcy odstąpili od utrudniania pacjentowi dostępu do dokumentacji. Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że *ad vocem*. Panie pośle, ponieważ padło dużo pytań, proponuję, żeby odpowiedzieli pan minister i Porozumienie Zielonogórskie, a później pan poseł będzie mieć okazję odnieść się nie tylko do tego stwierdzenia, ale i być może do czegoś jeszcze, co padnie w toku dyskusji... Tylko do pani rzecznik. Dobrze. Bardzo proszę.



**Poseł Piotr Chmielowski (SLD):**

Dziękuję, panie przewodniczący. Pani rzecznik, moje pytanie, a właściwie stwierdzenie, odnosiło się do dwóch aspektów. To, co pani powiedziała, wszyscy wiemy. Jest nagrane na taśmach, więc nie ma problemu, żeby to odtworzyć. Natomiast, mnie interesowało to, czy będzie pani „strzelać” w stosunku do urzędników NFZ, podejmować postępowania podobne do tych, jakie pani chciała wszczynać w stosunku do lekarzy za bezpodstawne rozwiązywanie umów. To jest najistotniejsze, bo praktycznie wszystkie rozwiązania są bezpodstawne.

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

Zostawmy może tę polemikę na inną okazję. Dobrze, ponieważ mniej uwag i pytań było do przedstawicieli Porozumienia Zielonogórskiego, może najpierw pani doktor, a później pan minister. Byś może potem będą jeszcze dodatkowe pytania. Bardzo proszę.

**Ekspert FZPOZ PZ Joanna Zabielska-Cieciuch:**

Żeby zakończyć kwestie finansowe – tak, proszę państwa. Akceptowaliśmy globalną kwotę, którą pan minister przeznaczył na opiekę podstawową i w dniu 29 grudnia również ją akceptowaliśmy. Proponowaliśmy inne przesunięcia, inny podział tych środków, i to było kwestią sporną.

Cieszymy się z porozumienia, które zawarliśmy. Jesteśmy nim usatysfakcjonowani. Stawka 136 zł została zwiększona do 140 zł. To jest stawka roczna, nie miesięczna. Stawka miesięczna z 8 zł została zwiększona o 3 zł z groszami.

W stosunku do badań, których...

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

Przepraszam, od razu mam pytanie do pani doktor. Rozumiem, że jest to zmiana w stosunku do tego, co proponowano wcześniej wszystkim lekarzom rodzinnym, niezależnie, czy podpisali, czy nie podpisali...

**Ekspert FZPOZ PZ Joanna Zabielska-Cieciuch:**

Tak, ona polega na innym podziale środków...

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

Chodzi o to, żeby była jasna sytuacja, bo słyszymy od pani przewodniczącej, że się nie zmieniło, albo, że się zmieniło...

**Ekspert FZPOZ PZ Joanna Zabielska-Cieciuch:**

Stawka podstawowa została podwyższona ze 136,80 zł do stawki rocznej 140 zł. Natomiast, był inny podział tych środków. Odstąpiliśmy od zwiększonego finansowania leczenia pacjentów z cukrzycą i nadciśnieniem. To był nasz warunek w negocjacjach stawiany już dużo wcześniej, że odstąpimy od tej stawki, od finansowania 3,0, jeśli otrzymamy stawkę 140 zł. Był to wynik naszych analiz finansowych. Posiadamy dane finansowe z tysiąca praktyk, z różnych regionów Polski, z różnej struktury wiekowej. Te analizy pan minister miał i dlatego przekonaliśmy pana ministra do naszych racji.

Chcę zadeklarować naszą współpracę, bo wszyscy tu wiemy, że będą potrzebne zmiany, będzie potrzebne monitorowanie. Mamy jednak nadzieję, że to monitorowanie i wprowadzanie zmian dotyczących pakietu onkologicznego nie będzie wyglądać tak, jak monitorowanie i wprowadzanie zmian w przypadku ustawy refundacyjnej, na które również czekamy. Deklarujemy, że nadal będziemy krytykować, wskazywać, co trzeba poprawiać, i chcemy współpracować ze wszystkimi środowiskami lekarskimi, z Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia.

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

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, bardzo proszę.

**Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:**

Panie przewodniczący, szanowni państwo, postaram się króciutko odnieść do tego. Jak już deklarowałem, przy resorcie powstanie zespół, którego zadaniem będzie analiza skuteczności wprowadzania zmian w strukturze i wysokości finansowania podstawowo-

wej opieki rodzinnej. Nikt z nas nie ma wątpliwości, że podstawowa opieka rodzinna powinna być głównym filarem systemu ochrony zdrowia.

Odnosnie do zmian warunków finansowych, wydaje się, że zostały one zaproponowane lekarzom w sposób niezwykle uczciwy, dlatego, że policzyliśmy bardzo dokładnie, ile pieniędzy wydał płatnik publiczny w roku 2013 na te wszystkie badania, które przekazaliśmy do kompetencji lekarza rodzinnego. One kosztowały niecałe 200 mln zł.

Ja rozumiem intencję wielu różnych wypowiedzi. Nie będę się do nich odnosić politycznie. Chciałbym tylko zwrócić się do pani doktor z taką informacją. Mam przyjemność widzieć panią po raz pierwszy, bo nie uczestniczyła pani w negocjacjach...

**Ekspert FZPOZ PZ Joanna Zabielska-Cieciuch:**

Nie zdążyłam...

**Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:**

Nie wiem, z jakiego powodu, bo dzisiaj pani precyzyjnie relacjonuje. Cieszę się, że mogłem panią dzisiaj zobaczyć po raz pierwszy i chciałem powiedzieć, że to lekarze...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Do rzeczy!

**Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:**

Pani poseł Zalewska, proszę nie pokrzykiwać. Do pani wypowiedzi także się odniosę. Proszę z cierpliwością poczekać na swoją kolejność.

Chciałbym panią poinformować, że to lekarze Porozumienia Zielonogórskiego wnosili do resortu zdrowia, aby zmniejszyć ilość badań, które może wykonywać lekarz rodzinny, żeby ograniczyć te kompetencje, a pani wyraziła takie zdanie, że w innych krajach lekarze mają więcej kompetencji, mogą robić badania i dlatego rozpoznawalność jest większa. Chciałbym więc powiedzieć, że to właśnie lekarze PZ do nas przyszli i powiedzieli – panie ministrze, proszę wykreślić badania z listy, którą mamy do zrobienia. Chciałem to wyjaśnić.

Chciałbym też wyjaśnić, że odnośnie do wskaźnika czujności onkologicznej państwo prezentowali kilka różnych postaw. My proponujemy czujność onkologiczną na poziomie 1 na 15, przy europejskim standardzie 1 na 8. Bardzo powoli staramy się tę zmianę wprowadzić, żeby lekarze byli bezpieczni, ale i pacjenci. I cieszę się bardzo, że państwo ten wskaźnik uznali. Za to chciałbym bardzo podziękować, ponieważ były różne propozycje ze strony Porozumienia Zielonogórskiego – 1 na 50 albo żeby go znieść – a potem go państwo uznali, za co bardzo dziękuję.

Jeśli chodzi o słynne już „trójki”, odstąpiliśmy od nich dlatego, że widzieliśmy bardzo wyraźnie przy analizie środków wydatkowanych na te „trójki” i sposobu rozliczania tego potrójnego rozliczania pacjenta, że w niektórych województwach było ono mocno nasilone – lekarze bardzo aktywnie to stosowali – a w niektórych województwach nie. Ta mapa wyraźnie rysuje się w Polsce. Między innymi, w Zielonej Górze była duża aktywność rozliczania „trójkowego”. Chciałbym także poinformować wszystkich lekarzy, których te zmiany dotyczą, że te zmiany są opisane w zarządzeniu prezesa NFZ i drogą informatyczną – tu zwracam się do pana przewodniczącego – zostaną wysłane do lekarzy po to, żeby mogli odesłać do NFZ akceptację wyższej stawki kapitałowej.

Pani poseł Zalewska twierdzi – tym razem muszę zwrócić się do pacjentów mówiąc jednocześnie do pani poseł Zaleskiej – że pakiet onkologiczny zagraża życiu pacjentów. Chciałbym zwrócić się do pacjentów i powiedzieć tylko tyle, że pakiet onkologiczny to szansa na szybszą diagnozę i szybsze leczenie. Pani poseł Zalewska po prostu nie rozumiała tego, o czym mówiłem, i chciałbym państwa uspokoić – pani poseł Zalewska tego nie rozumie. I dlatego...

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

Przepraszam bardzo, panie ministrze. Umawialiśmy się na coś...

**Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:**

Umawialiśmy się, panie przewodniczący...

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

Zostawmy więc to, czy ktoś coś rozumie, czy nie...

**Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:**

Dobrze...

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

Zostawmy to...

**Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:**

Ja tylko muszę uspokoić pacjentów. Nie wolno takich rzeczy opowiadać publicznie, że pakiet onkologiczny zagraża życiu pacjentów. Pakiet onkologiczny...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Pan już wystarczająco wystraszył pacjentów.

**Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:**

Pakiet onkologiczny – nie przerwałem pani poseł – jest szansą na szybką i trafną diagnozę. Nie ma innego sposobu ratowania ludzi, którzy zapadają na chorobę nowotworową niż przyspieszanie diagnozy i skuteczne, efektywne i szybkie leczenie. Nie ma innego sposobu. W związku z tym, dziwię się, bo każdy z nas, kto jest lekarzem, zajmuje się systemem ochrony zdrowia, wie, że tak naprawdę przepustką do bezpiecznego życia dla pacjentów z chorobą nowotworową jest szybka diagnoza. To jest narzędzie do tego, żeby pacjent miał większe szanse przeżycia. I zrobimy wszystko, niezależnie od tego, ile polityki w tym będzie, żeby pacjenci byli bezpieczni, żeby mogli leczyć się szybciej.

Dlatego też jestem zdziwiony słowami pana prezesa Konstantego Radziwiłła, de facto mojego szefa, bo ja też jestem członkiem samorządu lekarskiego. Pan Konstanty Radziwiłł twierdzi, że nie wypada mi czegoś mówić. Panie pośle, mnie się wydaje, że samorządowi nie wypada popierać lekarzy, którzy zamykają gabinety przed pacjentem, bo jest właśnie Kodeks Etyki Lekarskiej. To samorządowi nie wypada popierać tego, co robią prywatni pracodawcy, którzy zamykają przed pacjentami drzwi.

Pan twierdzi, że strajku nie było. To co mieli pacjenci przed tymi gabinetami? Pan uważa jako jeden z szefów samorządu lekarskiego, że nie było strajku. A co to było? Co ma robić minister? Musi szykować plan dostępu do opieki medycznej dla pacjentów, jeżeli jakaś grupa zawodowa zamyka gabinety. Ja to rozumiem. Rozumiem sposób, w jaki negocjuje ze mną Porozumienie Zielonogórskie, bo obserwuję to od wielu lat. Dotykało to każdego ministra zdrowia. PZ po prostu tak robiło, i robi – mam nadzieję, że po raz ostatni – ale samorząd...

Panie przewodniczący, nie może być tak, że samorząd lekarski staje za plecami tych, którzy zamykają gabinety i mówi, że postępują prawidłowo. Nie może być tak, że samorząd lekarski, którego jestem członkiem... I protestuję, że pan twierdzi, że pakiet onkologiczny trzeba oddać do Trybunału Konstytucyjnego, żeby sprawdzić, czy jest on zgodny z konstytucją. Co pan chce sprawdzać? Czy mamy szybciej leczyć pacjentów onkologicznych? Panie przewodniczący... Czy samorząd lekarski, którego jestem członkiem, chce sprawdzać, czy warto szybciej leczyć pacjentów onkologicznych z chorobą nowotworową? Kompletnie pomyliły się zadania i ich realizacja przez samorząd lekarski. Wszystko odwróciło się w swojej roli. Mam wrażenie, że samorząd dzisiaj się „uzwiązkawia”, a pan dzisiaj przemawia językiem – przepraszam – związkowca, a nie samorządu. Samorząd lekarski powinien stać za pacjentami – związkowcy sobie poradzą – i za godnością lekarza, bo 85% lekarzy podpisało te umowy. Wszystkie szpitale i przychodnie podpisały te umowy. 15% strajkowało, zamknęło drzwi, a samorząd lekarski wspiera te 15%, a nie 85% tych, którzy podpisali umowy. To jest kuriozum, do którego doszliśmy.

I kończąc, chciałbym powiedzieć tylko tyle. Będziemy bardzo uważnie analizować sposób wdrażania pakietu onkologicznego, bo to jest bardzo delikatna, ważna operacja systemowa, którą przeprowadzamy dla pacjenta. Przyjmę każdą uwagę merytoryczną, niezależnie od tego, czy płynie ona ze strony samorządu lekarskiego, związków zawodowych, lewicy czy prawicy, od każdego z tego systemu, od pacjentów, ale uwagę merytoryczną. A straszenie pacjentów pakietem onkologicznym... Drodzy państwo, wszyscy doskonale wiecie, że to było potrzebne, i jest potrzebne. Zastanawiam się tylko,

ile trzeba polityki w tym wszystkim, żeby powiedzieć, że pakiet onkologiczny oddamy do Trybunału Konstytucyjnego czy, że będziemy to kontestować i twierdzić, że szkodzi pacjentom. Pacjenci czekali na to od lat, żeby móc szybko postawić diagnozę i szybko się leczyć, bo informacja o chorobie nowotworowej w tym dniu dla mnie szczególnie drażliwa i bolesna – dokładnie w dzisiejszym dniu, osobiście drażliwa i bolesna... Naprawdę, pacjenci czekali na to, żeby móc szybko się diagnozować i szybko się leczyć, i niezależnie od tego, ile w tym będzie politycznych aspektów, my będziemy bronić pacjentów, bronić ich dostępu do szybkiego leczenia. Bardzo dziękuję.

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

Dziękuję, panie ministrze, ale stwierdzam, że, niestety, pan nie odpowiedział na bardzo mało pytań, albo na prawie żadne pytanie pan nie odpowiedział. Ja wiem, że one się powtarzały. Panie ministrze, chociaż na kilka kluczowych i podstawowych... Dobrze, przyjmuję to, że pan odpowie na piśmie, ale jednak proszę nam powiedzieć chociażby to, gdzie są zapisane te pieniądze, tym bardziej, że ze strony ministra Neumanna padała informacja – proszę zajrzeć do stenogramów z posiedzeń Komisji – że gdy będą zawarte wszelkie porozumienia, będzie nowelizacja planu finansowego NFZ. Nie mamy nowelizacji planu finansowego. Pan poseł Sprawka to bardzo precyzyjnie pokazał, a ja o to pytałem wcześniej na posiedzeniach Komisji. Już abstrahuję od tego, czy w ogóle jest to zgodne z porządkiem, jeżeli chodzi o wydawanie środków publicznych, że podpisane jest coś, co nie ma odniesienia w aktualnym planie finansowym. Proszę to powiedzieć.

Proszę też powiedzieć – o to pytałem – czy pakiet onkologiczny dotyczy również innych specjalistów. Czyli, ktoś ma mieć operację, a ma określone problemy – trzymajmy się chociażby przykładu kardiologa. Wymaga to pilnej diagnostyki. Żeby nie było tak, że pan robi szybką diagnostykę, ale na kardiologia trzeba będzie czekać trzy miesiące, bo to należy do pakietu onkologicznego. Bardzo bym prosił o odpowiedź na te pytania.

Widzę jeszcze inne zgłoszenia. Pan minister niech jeszcze raz uzupełni swoją wypowiedź, a później państwu oddam głos.

**Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:**

Panie przewodniczący, NFZ modyfikuje swój plan finansowy kilka razy w ciągu roku, i plan finansowy będzie modyfikowany także w roku 2015. Sam pan słusznie zauważył, że deklarowaliśmy publicznie, iż po zakończeniu negocjacji, przecież niełatwych, wielomiesięcznych, z różnymi środowiskami podstawowej opieki zdrowotnej, podjęliśmy decyzję o sposobie organizacji finansowania i wysokości tego finansowania POZ, i plan finansowy NFZ zostanie do tego dostosowany.

Jeśli zaś pan mnie pyta, czy pakiet onkologiczny będzie dotyczyć innych specjalistów, to powiem, że będzie dotyczyć wszystkich tych lekarzy, i dotyczy wszystkich tych lekarzy, którzy potencjalnie mają realną szansę spotkania na swojej drodze zawodowej, w swojej pracy, pacjenta, u którego podejrzewają lub stwierdzają chorobę nowotworową. Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej mogą wypisywać kartę diagnostyki i leczenia na podstawie podejrzenia choroby nowotworowej, bo przecież nie mają wszystkich narzędzi, żeby rozpoznać do końca chorobę nowotworową lub określić jej *staging*, zaś lekarze specjaliści także będą mogli wypisywać „zieloną kartę” – i już dzisiaj wypisują, bo mamy bardzo dokładną analizę, jak te karty funkcjonują, kto ich używa itd.

Zrobiliśmy to dlatego, żeby pacjenta, który trafia do specjalisty, i u którego już specjalista stawia realne podejrzenie choroby nowotworowej, ten specjalista nie wysyłał z powrotem do lekarza rodzinnego po „zieloną kartę”, tylko w momencie, kiedy rozpozna chorobę nowotworową – i to już widzimy – mógł taką kartę pacjentowi wystawić. I na tym polega różnica w wystawianiu tych kart między szpitalem a specjalistą i lekarzem rodzinnym, że lekarz rodzinny ma prawo wystawić kartę w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej. A po to ta karta jest, żeby pacjent miał ze sobą cały przebieg leczenia, żeby konsylium, do którego on w końcu trafi... I to jest ta kluczowa systemowa zmiana, że wcześniej to pacjent szukał lekarzy specjalistów, a teraz, żeby mieć finansowanie bez limitu, szpitale muszą mu zapewnić konsylium, i to konsylium rysuje ścieżkę dalszego leczenia pacjenta.

Ja, panie przewodniczący, wielokrotnie o tym wszystkim mówiłem. Jestem do pełnej dyspozycji pań posłanek i panów posłów. Merytoryczne informacje na temat pakietu onkologicznego są dostępne na stronach NFZ, Ministerstwa Zdrowia, organizacji pozarządowych, środowisk pacjentów, ale także w mediach. Zorganizowaliśmy naprawdę dużą akcję informacyjną po to, żeby pacjenci wiedzieli, że od 1 stycznia 2015 r. mogą szybko diagnozować się i leczyć. I za jakość, i za czas zapłacimy bez limitu. To jest historyczna zmiana w polskim systemie ochrony zdrowia. Bardzo dziękuję.

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

Dziękuję, panie ministrze. O tym nie było do tej pory mowy, jeżeli chodzi o inne specjalności medyczne. Była mowa tylko o onkologii i ewentualnie o diagnostyce, o patomorfologii.

Muszę przyznać, że jest to dla mnie novum – jest tu część posłów z Komisji Finansów Publicznych – że najpierw coś przyjmujemy, a później będziemy zmieniać plan finansowy. Ten 1,1 mld zł czy jakąkolwiek inną kwotę można już było mieć zapisaną w planie finansowym i z tej pozycji rozpocząć negocjacje. Zostawmy to jednak. Być może ktoś inny będzie to rozstrzygać. Pan przewodniczący Hoc, bardzo proszę.

**Poseł Czesław Hoc (PiS):**

Chyba rozpocznie się druga tura, ale wymaga tego sytuacja...

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

W związku z tym bardzo proszę wszystkich państwa o krótkie wypowiedzi.

**Poseł Czesław Hoc (PiS):**

Panie ministrze, w drugiej części odpowiedzi pan nie uspokoił. Przeciwnie, prowokuje pan. Mogę powiedzieć w ten sposób – najpierw jako rząd Platformy Obywatelskiej i PSL tworzycie ustawę o działalności leczniczej, a więc całkowicie likwidujecie pojęcie służby, tworzycie przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, czyli nie ma już przychodni lekarskiej, tworzycie świadczeniodawcę jako lekarza, świadczeniobiorcę jako pacjenta, tworzycie procedury i pewne bilansowanie, lekarze zaciągają kredyty zastawiając czasem cały swój majątek, tworzą przedsiębiorstwa, tak jak pan nakazał, a potem pan wypomina im to i wręcz prowokuje. Mogę zacytować Moliere’a – „Sam tego chciałeś Grzegorz Dynało”. Najpierw spowodował pan to, że trzeba tak postępować, a potem ma pretensje.

Po drugie, do pani prezes Janickiej – 17 grudnia wszystko było załatwione. W tym samym czasie mamy posiedzenie sejmowej Komisji Zdrowia, na którym Polskie Towarzystwo Onkologiczne, reprezentowane przez pana prof. Jacka Jassema, prosi nas, żeby wydłużyć co najmniej o pół roku albo o rok wejście w życie... Popiera je Polska Unia Onkologiczna – pan dr Tomasz Meder. Popierają je Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, również Porozumienie Zielonogórskie... To dokładnie było 17 grudnia... 18 przyszedł pan minister Arłukowicz, bo 17 przerwaliśmy posiedzenie Komisji, bo nie było pana ministra Arłukowicza. A pani twierdzi, że 17 grudnia wszystko było załatwione. To co te organizacje wtedy mówiły? Po co prosiły wszystkich, błagały opozycję, żebyśmy przedstawili nowelizację projektu ustawy, by wydłużyć *vacatio legis* o pół roku, a nawet o rok. Czy to wszystko było uzgodnione? Chyba że z Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia. To trzeba było powiedzieć – tak, z PPOZ było to załatwione, natomiast wszystkie instytucje o tym nie wiedziały, albo rozmawialiście w cztery oczy.

I do pani rzecznik praw pacjenta. Rzeczywiście, ostrzegę pani lekarzy z Porozumienia Zielonogórskiego, że nałoży kary, jeśli nie będą udostępniać dokumentacji. A ja przypomnę pani albo podkreślę, lub podpowiem, że jest art. 68 Konstytucji RP, który mówi, że władze publiczne – to właściwie rząd – mają zapewnić, po pierwsze, prawo do ochrony zdrowia, czyli poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, po drugie, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej i, po trzecie, zgodnie z ust. 3, przede wszystkim szczególną opiekę dla ludzi starszych, osób niepełnosprawnych, kobiet w ciąży i dzieci. Tego pani nie wyegzekwowała od rządu i władz publicznych. Nie zauważyła pani art. 68 konstytucji, natomiast jako rzecznik praw pacjenta zauważyła pani tylko to, że gabinety były zamknięte

i można było nie dostać dokumentacji. Jeśli tak, i może miała pani rację, to trzeba postępować symetrycznie.

Jeśli zaś chodzi o dziękowanie, to przychyłam się do głosu pani poseł Szczypińskiej. Dziękuję serdecznie i pięknie wszystkim pacjentom, obywatelom w Polsce, którzy mieli na tyle wyrozumiałości i cierpliwości, że wytrzymali tę sytuację. Dziękuję wyłącznie pacjentom. Dziękuję.

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

Dziękuję bardzo. Pani poseł Zalewska, bardzo proszę.

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Państwo przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni goście, myślę, że byliśmy tutaj świadkami tego, czego doświadczamy od bardzo długiego czasu, odkąd ministrem zdrowia jest pan Arłukowicz, który rzeczywiście dokonuje propagandowej manipulacji. Nie odpowiedział nikomu na żadne pytanie. Jego dyskusja jest zawsze *ad personam*, a to, co dzisiaj usłyszeliśmy, to narracja, jaką włącza od kilku dni, przygotowana po to, żeby nie odpowiadać, ponieważ pan minister ma po prostu złe intencje albo nie wie, co wysyłał pacjentom. W związku z tym bardzo poproszę o odpowiedź na pytania – być może pracownicy pana ministra notowali – począwszy od pytań dotyczących ujawnienia treści porozumień i przeniesienia tych wszystkich porozumień i zapisów – chyba że pani prezes Janicka tego nie chce, to może nie – na pozostałych pracodawców jeżeli chodzi o dobre zapisy z ostatnich negocjacji.

Zatem, po pierwsze, proszę o odpowiedź na piśmie. Po drugie, chcę poinformować pana ministra i pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, że w następnym tygodniu wystąpię do rzecznika dyscypliny finansów publicznych. Nie ma takiej możliwości, żeby wydać jakiegokolwiek pieniądze lub zastosować przepis, który nie ma właściwego zabezpieczenia w budżecie. Mówimy o zbyt poważnych kwotach. Przypominam, że jeśli chodzi o dyscyplinę finansów publicznych, osoby, które stosują przepisy nie wskazując zabezpieczenia na dużo mniejsze kwoty, muszą się z tego tłumaczyć. Niech to rozstrzygnie rzecznik dyscypliny finansów publicznych.

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

Dziękuję. Pan poseł Sprawka.

**Poseł Lech Sprawka (PiS):**

Panie ministrze, o bezpieczeństwie pacjentów decyduje zabezpieczenie systemu ochrony zdrowia pod względem organizacyjnym, finansowym oraz jakości i kompetencji kadr. Znamy odpowiedź dotyczącą dwóch elementów – pierwszego i trzeciego. Nie znamy odpowiedzi na temat zabezpieczenia finansowego. Pacjent podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce nie może czuć się bezpiecznie, jeżeli po upływie pierwszego tygodnia nowego roku nie zna informacji o przewidywanym koszcie całości świadczeń w zakresie „podstawowa opieka zdrowotna”, ponieważ ta kwota, która w tej chwili jest zapisana w zmienionym planie finansowym, zabezpiecza 80% finansów niezbędnych na to, co państwo zakontraktowali w całości świadczeń. Nie wyjętej grupy lekarzy rodzinnych – bo mówi się o jakichś 6 mld zł. Ja mówię o całości pozycji B 2.1. w planie finansowym.

Podpisali państwo kontrakty nie mając zabezpieczenia finansowego w planie finansowym. Są to kontrakty bez pokrycia finansowego. Pacjent nie może czuć się bezpieczny, bo to oznacza, że tych finansów albo wystarczy na 10 miesięcy – bo brakuje finansowania dokładnie na 2 miesiące i 12 dni, jeżeli zakładamy, że w roku 2014 w miarę racjonalnie wydatkowaliśmy środki – albo oznacza to ograniczenie zakresu realizowanych zadań w innych pozycjach niż pakiet onkologiczny. Ubolewał pan niedawno, uzasadniając, między innymi, system motywacyjny, że następuje ograniczenie badań zleczanych przez lekarzy rodzinnych, a ta sytuacja finansowa, o której w tej chwili mówię, będzie powodować dalsze ograniczenie, ponieważ lekarz rodzinny, żeby wyjść na swoje – krótko mówiąc – a więc mieć minimalne wynagrodzenie, będzie ograniczać wydatki w tej pozycji.

Panie ministrze, ja nie pytam, ja żądam w imieniu pacjentów – proszę powiedzieć, jaka jest przewidywana kwota wydatków w zakresie pozycji „podstawowa opieka zdrowotna” w 2015 r. Jeżeli pan po tygodniu nowego roku budżetowego nie jest w stanie

podać nawet szacunkowej kwoty, świadczy to o kompetencjach pana i pana współpracowników.

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

Dziękuję bardzo. Pan poseł Miller, bardzo proszę.

**Poseł Rajmund Miller (PO):**

Szanowni państwo, porozumienie zostało podpisane. Myślę, że gdzieś gubimy pacjenta. I mam wrażenie, że opozycja w tej chwili jest bardzo nieszczęśliwa z tego powodu, że to porozumienie zostało podpisane...

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

Panie pośle, bardzo proszę...

**Poseł Rajmund Miller (PO):**

Przepraszam bardzo. Panie przewodniczący, pan minister...

**Poseł Czesław Hoc (PiS):**

To trzeba było tworzyć normalnie, a nie...

**Poseł Rajmund Miller (PO):**

Panie pośle, ja panu nie przerywałem mimo bardzo kontrowersyjnych pana wypowiedzi, więc bardzo proszę o zachowanie kultury.

Proszę państwa, minister ma takie środki, jakie ma. Jest nie tylko lekarz POZ. Są jeszcze inne dziedziny medycyny...

**Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Niech je pokaże...

**Poseł Rajmund Miller (PO):**

Pani poseł...

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

Bardzo proszę, nie przekrzykujemy się. Natomiast pana posła, którego szanuję za zawsze wyważone wypowiedzi, proszę o nieodnoszenie się w ten sposób, bo naprawdę każdy z nas i publicznie, i tu...

**Poseł Rajmund Miller (PO):**

Panie pośle, proszę...

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

Cieszymy się z rozwiązania konfliktu.

**Poseł Rajmund Miller (PO):**

Proszę mi dać skończyć. Pan też komentował, więc bardzo proszę... Ja mam prawo do swojego zdania.

Jeżeli w tej chwili państwo gubią pacjenta, bo zaczynają się rozgrywki stricte polityczne, moje... Ja też jestem lekarzem, proszę państwa. Jeżeli pan przewodniczący mówi o tym, że to nie był strajk, to, panie przewodniczący, lekarze Porozumienia Zielonogórskiego powinni wydelegować rejestratorki lub pielęgniarki po to, żeby otworzyły przychodnie i wydawały dokumentację. Dla mnie jako lekarza nie było to żadnym uzasadnieniem, kiedy przewodniczący stowarzyszenia zielonogórskiego mówił – napiszę kartkę z informacją, że jestem pod danym numerem telefonu i niech pacjent sobie dzwoni. Rozumiem, że potrzebne są większe środki na badania, ale nie możemy jako lekarze, na litość boską – jak ktoś przed chwilą powiedział – żądać większych pieniędzy za to, że mamy więcej dokumentów do wypełnienia. Być może te dokumenty trzeba poprawić, ale dajmy szansę ministrowi zrealizować program, bo program jeszcze się nie zaczął, a już go wszyscy torpedujemy. Mamy szansę poprawiać ten program w trakcie jego realizacji.

W tej chwili jest jedno pytanie, i każdy minister, bez względu na to, czy to będzie minister Platformy czy PiS, będzie atakowany o te same rzeczy. Mamy bardzo dużo środków w systemie, ale one nie wystarczą na zapewnienie realizacji takich ambicji, jakie mamy. Państwo dobrze wiedzą, że pewne dziedziny medycyny poszły bardzo do przodu

i są bardzo drogie. Kardiologia kosztuje, proszę państwa. Diagnostyka nowotworowa kosztuje. Państwo tak się zachowują, jakby nie byli na zebraniach Komisji Zdrowia. Wiecie, ile przybyło PET-ów i tomografów komputerowych, sprzętu. To wszystko kosztuje. Wiecie, ile nowoczesnych leków zostało udostępnionych pacjentom. Jeżeli więc państwo krytykujecie, to pokażcie, jaki element tego systemu jest źle realizowany, bo dzisiaj ja tego nie słyszę, proszę państwa. Ja tylko słyszę, że coś jest źle robione.

Powiedzmy więc sobie wszyscy, jako siły polityczne, co zrobić, żeby tych środków w systemie było więcej. Może trzeba zrównać ubezpieczenia społeczne wszystkich grup społecznych, ale na to potrzebna jest zgoda wszystkich ugrupowań politycznych ponad walkami politycznymi. Ja dzisiaj tutaj przyjechałem, ale zastanawiam się, dlaczego ta informacja jest przedstawiana dzisiaj. Ile kosztuje dzisiaj przyjazd wszystkich posłów, skoro we wtorek zaczynamy normalne posiedzenie Sejmu? Czy to nie jest rozróżba polityczna? Co się zmieni od dzisiaj do poniedziałku czy wtorku w systemie ochrony zdrowia, proszę państwa? Czy my go poprawimy? Nie. Dzisiaj zostało to zorganizowane po to, żeby była telewizja, prasa, żeby pokazać, jak wszyscy bardzo się tym interesują. Dzisiejsze spotkanie można było spokojnie zrobić we wtorek, w czasie, kiedy Sejm ma normalne posiedzenie. Proszę państwa, ja to policzyłem. Jest to około trzydziestu kilku tysięcy złotych na przyjazd posłów. Czy to jest szacunek dla pieniędzy publicznych? Nie.

I wreszcie, proszę państwa, rzućmy wszyscy nasze spory polityczne i siadźmy razem, żeby zastanowić się na tym, jak poprawić system. Tylko tyle, i aż tyle. Dziękuję bardzo.

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

Panie pośle, myślę, że chyba rozpoczyna pan niewłaściwą dyskusję. Powiem panu, że pan marszałek Sikorski na spotkaniu z przewodniczącymi Komisji, które zorganizował, namawiał do zwoływania posiedzeń Komisji w tygodniach niesejmowych, o ile jest to możliwe. To, pierwsze. Jeżeli pan chce przyjechać za darmo we wtorek – za swoje pieniądze – to proszę bardzo, może pan to zawsze zrobić, skoro dzisiaj przyjechał pan, jak pan powiedział, za środki publiczne. Myślę, że to jest dyskusja, która idzie w złym kierunku, panie pośle.

Bardzo proszę, pani poseł Skowrońska. Pani minister Skowrońska.

#### **Poseł Krystyna Skowrońska (PO):**

Poseł. Panie przewodniczący, chciałabym, żeby pan odnośnie do wypowiedzi pana posła Millera powiedział o jednej rzeczy, kiedy ten wniosek wpłynął, bo ten wniosek jeszcze przedwczoraj rano nie wpłynął do Komisji. A zatem, to po stronie pana było przewidywanie, że wniosek ten wpłynie. Czyli, przedwczoraj rano wniosku nie było. Chciałabym więc przychylić się do sugestii mojego poprzednika w tej sprawie.

Chciałabym również, żeby pan przewodniczący sprostował, a pan minister potwierdził, że pani poseł Zalewska się myli. Chciałabym, żeby pani poseł Zalewska wiedziała, że do rzecznika dyscypliny finansów publicznych zwraca się tylko wtedy, kiedy zostaną przekroczone poszczególne wydatki zalimitowane.

Dzisiaj mamy początek roku, plan finansowy ustalony w wersji takiej, że przez okres dziesięciu miesięcy – jak wyliczył jeden z państwa posłów z PiS – nie będzie przekroczenia dyscypliny i najmniejszego zagrożenia skierowaniem takiego wniosku. A zatem, pani poseł, proszę nie wprowadzać nikogo w błąd...

#### **Poseł Anna Zalewska (PiS):**

Ale to rzecznik się wypowie...

#### **Poseł Krystyna Skowrońska (PO):**

...że w tym momencie... Ależ oczywiście, że rzecznik się wypowie, ale chcę powiedzieć, że na dzisiaj to nie jest zasadny wniosek. I proszę nie wprowadzać nikogo w błąd, bo żaden z samorządowców, który realizuje budżet i nie dokonuje zmian... Narodowy Fundusz Zdrowia ma możliwość przedstawienia ileś razy, a minister zaopiniowania zmiany planu finansowego NFZ. I do tego momentu ktokolwiek z państwa nie ma prawa powiedzieć, że jest naruszona dyscyplina finansów publicznych, bo to jest kłamstwo. Dziękuję.



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

Dziękuję. Za chwilę oddam głos prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia. Bardzo proszę, pan poseł Chmielowski.

**Poseł Piotr Chmielowski (SLD):**

Dziękuję, panie przewodniczący. Chciałbym wrócić do wątku kontroli NFZ. To znaczy, doskonale wiemy, że praktycznie wszyscy lekarze w niektórych województwach – podkreślam, w niektórych – którzy nie podpisali umowy przed końcem roku dostali wezwania do wyznaczenia terminu kontroli. Jak się zachowają, to ich sprawa. Ja chciałbym tylko poprosić i zapytać, a właściwie zaapelować do Porozumienia Zielonogórskiego – czy jesteście przygotowani na to, że te kontrole nie będą uczciwe? To znaczy, na pewno będą działać w ten sposób, że ze strony NFZ będą usiłowania rozwiązania umów, najczęściej w sposób bezpodstawny. Czy jesteście przygotowani na to, aby bronić swoich członków, jak i lekarzy, którzy nie są waszymi członkami, ale w jakimś sensie funkcjonują na rynku? Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję bardzo. Mamy jeszcze... Zaraz oddam głos panu ministrowi. Są jeszcze dwa zgłoszenia osób, które do tej pory nie zabierały głosu. Oddam panu głos i będziemy już kończyć posiedzenie Komisji, bo myślę, że nic nowego nie ustalimy. Po prawej stronie, z tyłu, jest jedno zgłoszenie, i ze strony izby aptekarskiej drugie. Bardzo proszę. Już tylko osoby, które do tej pory się nie zgłaszały. Proszę przedstawić się do mikrofonu i zabrać głos.

**Dyrektor generalny Federacji Pacjentów Polskich Tomasz Szelągowski:**

Dziękuję, panie przewodniczący. Tomasz Szelągowski, Federacja Pacjentów Polskich. Rozglądając się po sali nie widziałem innego przedstawiciela organizacji pacjentów, więc pozwolę sobie zabrać głos ze strony tego środowiska.

Nie zmienimy podjętych decyzji. Ta ustawa, która została przegłosowana, i rozwiązania, które zostały wynegocjowane w porozumieniu, będą realizowane. Chciałbym natomiast zapytać wszystkich państwa, i takie samo pytanie skierować do pana ministra – czego te wydarzenia nas nauczyły? Uzasadnię to pytanie.

Przyglądając się tym wydarzeniom i słuchając państwa wypowiedzi podczas dzisiejszej dyskusji dochodzę do wniosku, że nie wskażemy właściwego rozwiązania kierując się ani względami medycznymi, ani prawnymi, ani finansowymi. Wydaje się więc, że powinniśmy spojrzeć z nieco innego punktu widzenia na to, co się wydarzyło.

Zasadnym pojęciem, które warto by tu rozważyć, jest kultura polityczna, i temu się przyjrzeć, czy jest ona na takim poziomie, jakiego życzylibyśmy sobie. Jest to podejście zgoła humanistyczne, a może nawet i filozoficzne, a doprowadza mnie do niego spojrzenie z portretów wiszących na ścianie odgradzającej nas od korytarza. Patrzą na nas Hugo Kołłątaj, Małachowski, i kiedy jestem w tej sali wielokrotnie zdaję sobie sprawę z tego, że te postaci historyczne czegoś dokonały, a my przychodząc do tego budynku, siedząc w tej sali i rozważając te tematy, też powinniśmy tę perspektywę przyjąć. Nie realizować krótkoterminowego interesu czy to politycznego, czy finansowego, czy poszczególnej grupy, tylko zadbać o to, aby te rozwiązania, które tutaj są przyjmowane jako zasadne, miały swój oddźwięk historyczny dla następnych pokoleń.

Co chcę przez to powiedzieć, proszę państwa? Zgodnie z kulturą polityczną, tworząc takie zmiany powinno się zaczynać ten cały proces od zupełnie innej strony. Po pierwsze, powinniśmy zapytać środowiska, czy takie zmiany są potrzebne i czy takich zmian sobie życzą. Jeżeli pojawi się projekt autorski, to autor danego projektu zmian prawnych powinien taką odpowiedzialność przyjąć i przekonać do tego pomysłu środowiska, które uczestniczą w tworzeniu, a potem w wykonawstwie tych zmian. Jeżeli ich nie przekona, to znaczy, że siłowe rozwiązania w tym zakresie nie mają zasadności. To jest podstawa tego, że przyjąłem podejście pod kątem kultury politycznej jako wyjściowe do samego procesu.

Nie chodzi li tylko o interes pacjenta, czy interes polityczny, finansowy lub medyczny. Pytanie o nasze postawy i wartości, jakimi się kierujemy wykonując swoje zawody i spra-

wując swoje funkcje. To stoi za tym podejście i sposobem rozumowania, jakie przyjąłem do wygłoszenia swojego zdania.

Zatem, jeżeli nie zapytaliśmy środowisk o te potrzeby – czy pakiet onkologiczny rzeczywiście jest potrzebny...

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

Prosiłbym zmierzać do końca, panie prezesie...

**Dyrektor generalny FPP Tomasz Szelągowski:**

Już pointuję, panie przewodniczący. Dziękuję za zwrócenie uwagi... To odwołam się do formy, w jakiej cała ta dyskusja została przeprowadzona. Chciałbym zauważyć, że jeżeli dochodzi do tak drastycznych momentów, ta krucha relacja lekarz – pacjent też zostaje narażona na szwank. Jeżeli miałbym wyrazić opinię ze strony środowiska pacjentów, to o taką formę tworzenia prawa nie zabiegałbym w przyszłości. Jeżeli to nas ma czegośkolwiek nauczyć, to powtórzyłbym to pytanie kierując je do pana ministra, bo mnie to wydarzenie nauczyło tego, żeby takiej formy wprowadzania zmian prawnych niestosować. Nie wiem, czy zgadzamy się ze sobą, panie ministrze...

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

Dziękuję bardzo.

**Dyrektor generalny FPP Tomasz Szelągowski:**

Dziękuję.

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

I przedstawiciel Naczelnej Rady Aptekarskiej... Tylko bardzo proszę o zabranie głosu krótko, bo naprawdę już musimy kończyć posiedzenie.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Marek Jędrzejczak:**

Panie przewodniczący, Marek Jędrzejczak, Naczelna Izba Aptekarska. Wysoka Komisjo, panie przewodniczący, ja naprawdę bardzo krótko.

Podstawowa opieka zdrowotna, jak i choroby nowotworowe, to nie tylko diagnostyka. W ogóle medycyna to nie tylko diagnostyka, a przede wszystkim terapia. Proszę państwa, w odczuciu środowiska aptekarskiego ostatnie działania to gaszenie pożarów. Nie został jeszcze zagaszony jeden bardzo istotny pożar, bardzo istotny problem. Proszę państwa, chorzy nowotworowo, to również terapia ambulatoryjna. Chorzy nowotworowo i pacjenci podstawowej opieki zdrowotnej to również terapia ambulatoryjna. Leków w Polsce brakuje nadal. Nadal brakuje dwustu leków ratujących zdrowie i życie. Nadal apteki indywidualne, czyli podstawowy filar zaopatrzenia ludności w produkty lecznicze w co najmniej piętnastu krajach Unii Europejskiej, mają utrudniony dostęp do dwustu leków ratujących zdrowie i życie. Ponadto, jeśli chodzi o ten podstawowy filar doceniony przez najbogatsze kraje Europy, apteki indywidualne z dnia na dzień muszą się zamykać ze względu na brak końcowych regulacji prawa farmaceutycznego i ustawy refundacyjnej.

Nasze pytanie polega na tym, panie ministrze...

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

Bardzo bym prosił zmierzać do kropki.

**Wiceprezes NRA Marek Jędrzejczak:**

Pointuję. Panie ministrze, czy w pana kalendarzu, albo w kalendarzu rządu, znajdują się obiecanne prace nad zmianą prawa farmaceutycznego i ustawy refundacyjnej, bo bez bardzo istotnej...

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

Bardzo przepraszam, ale mamy ściśle określoną tematykę tego posiedzenia Komisji. O to będziemy pytać...

**Wiceprezes NRA Marek Jędrzejczak:**

Ale, panie przewodniczący, to jest podstawowa opieka zdrowotna...

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

Wiem, ale muszę pilnować pewnych rzeczy...

**Wiceprezes NRA Marek Jędrzejczak:**

Dobrze. Zatem, moje pytanie. Czy w kalendarzu ministra zdrowia znajdują się prace nad prawem farmaceutycznym – nad nowelizacją i szybką zmianą tego prawa – i ustawą refundacyjną? Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję bardzo. We wtorek odbędzie się posiedzenie podkomisji dotyczącej prawa farmaceutycznego. To będzie właściwe miejsce, aby to pytanie zadać.

Na koniec, pani Zyta Zagórska, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej. Proszę o naprawdę krótką wypowiedź.

**Wiceprezes NRL Zyta Kaźmierczak-Zagórska:**

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Izbo, panie ministrze, izba lekarska z mocy ustawy o izbach lekarskich ma prawo do zajmowania stanowiska w sprawach zdrowotności społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji zdrowia – jest to enumeratywnie wyliczone w art. 5 ustawy o izbach lekarskich. W związku z tym, izba lekarska już 8 maja przedstawiła komentarz odnośnie do proponowanego pakietu onkologicznego.

Pakiet onkologiczny w części obejmuje podstawową opiekę zdrowotną, ale nie zapominajmy o tym, że ten pakiet obejmuje również ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, leczenie szpitalne, ale nie wspomina o leczeniu paliatywnym i hospicjach. Na to są potrzebne pieniądze.

Izba lekarska faktycznie stoi na stanowisku, że należy zbadać pakiet onkologiczny pod kątem art. 68 konstytucji o równym dostępie. Dlaczego? Dlatego, że – tak, jak już tu wielu przedmówców wspomniało – od 1 stycznia pacjenci są dzieleni na nowych onkologicznie diagnozowanych oraz tych, u których choroby nowotworowe już zostały rozpoznane, i ci pacjenci idą innym trybem. Niezależnie od tego, są inne schorzenia niezwykle poważne, również śmiertelne i dramatycznie przebiegające, a chorujący na nie pacjenci w standardach Narodowego Funduszu Zdrowia i punktacji są diagnozowani w starym trybie i podlegają kontraktowaniu według starego trybu.

Myślę, że w imieniu wszystkich lekarzy w Polsce – bo w ich imieniu również mieliśmy prawo występować w konflikcie, który trwał pomiędzy Porozumieniem Zielonogórskim a ministrem zdrowia, i mamy prawo występować w imieniu wszystkich lekarzy niezależnie od tego, czy to są lekarze zatrudnieni w państwowej czy publicznej służbie zdrowia, czy też są przedsiębiorcami, co wynika z ustawy o lecznictwie – wnoszę do Komisji...

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

Bardzo bym prosił...

**Wiceprezes NRL Zyta Kaźmierczak-Zagórska:**

Oczywiście, już kończę. Dziękuję bardzo, panie przewodniczący, za przypomnienie... Wnoszę do Wysokiej Komisji o to, by rozpocząć poważną rozmowę na temat finansowania ochrony zdrowia i o wzroście finansowania, a pakiet jest tego doskonałym przykładem, że pieniędzy brakuje. Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję. Od razu informuję panią prezes, że wielokrotnie o tym rozmawialiśmy, jak do tej pory, bez efektów. Rozmawialiśmy również o finansowaniu całej podstawowej opieki zdrowotnej rok temu. Mamy obecnie sytuację taką, jak dyskutujemy.

Panie ministrze, po pierwsze, zakreślam termin odpowiedzi na pytania na piśmie do końca najbliższego posiedzenia Sejmu, czyli do następnego piątku. A teraz, jak rozumiem, jeszcze krótkie *résumé* w związku z dodatkowymi informacjami.

**Minister zdrowia Bartosz Arłukowicz:**

Panie przewodniczący, nie będę się odnosić do tych wypowiedzi. Chciałbym tylko prosić pana posła Chmielowskiego, żeby ważył słowa, kiedy mówi o nieuczciwych kontrolach, bo już raz w sądzie byliśmy i dobrze się to dla pana nie skończyło. Proszę więc ważyć słowa. Dziękuję.

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

Dobrze, dziękuję. W takim razie, panie prezesie, dwa zdania odnośnie do nowelizacji planu finansowego, i na tym kończymy.

**Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeusz Jędrzejczyk:**

Proszę państwa, środki są zabezpieczone. Zmiana planu nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i na pewno zmieścimy się w czasie przed poniesieniem wydatków. Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji.