

VIII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 2)

z dnia 1 grudnia 2015 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 2)

1 grudnia 2015 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Bartosza Arłukowicza (PO)**, przewodniczącego Komisji, i **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia o kierunkach planowanych działań resortu w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w latach 2015-2019.

W posiedzeniu udział wzięli: **Konstanty Radziwiłł** minister zdrowia, **Jarosław Pinkas** sekretarz stanu, **Katarzyna Głowala**, **Piotr Gryza**, **Piotr Łanda** i **Piotr Warczyński** podsekretarze stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marek Posobkiewicz** główny inspektor sanitarny, **Zbigniew Niewójt** p.o. głównego inspektora farmaceutycznego, **Tadeusz Jędrzejczyk** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Anna Aleksandrak** młodszy oficer w Departamencie Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, **Maria Balcerzak** przewodnicząca Zarządu Regionu Mazowieckiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy wraz ze współpracownikiem, **Dobrawa Biadun** i **Edyta Kwapich-Lenik** eksperci Konfederacji Lewiatan, **Szymon Chrostowski** prezes Koalicji Pacjentów Onkologicznych, **Jadwiga Karczewska** naczelnik w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, **Lucyna Dargiewicz** przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikiem, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Wanda Fidelus-Ninkiewicz** dyrektor Biura Naczelnej Izby Lekarskiej, **Longina Kaczmarska** członek Zarządu Federacji Związków Zawodowych, **Mariusz Kocój** członek Zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” wraz ze współpracownikiem, **Grzegorz Kucharewicz** prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej wraz ze współpracownikami, **Agnieszka Ludwińska** inspektor i **Anna Panufnik** starszy specjalista w biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Monika Małowiecka** i **Marek Wójcik** eksperci Związku Powiatów Polskich, **Andrzej Mądrała** wiceprezes Pracodawców RP wraz ze współpracownikami, **Urszula Michalska** przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, **Stanisław Maćkowiak** prezes Federacji Pacjentów Polskich wraz ze współpracownikami, **Maria Ochman** przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”, **Piotr Pobrotym** dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu wraz ze współpracownikiem, **Elżbieta Puacz** prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych wraz ze współpracownikiem, **Irena Rej** prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” wraz ze współpracownikami, **Grażyna Rogala-Pawelczyk** prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami, **Cezary Śledziwski** prezes zarządu Polskiego Związku Pracowników Przemysłu Farmaceutycznego, **Krzysztof Jakubiak** redaktor naczelny „Pulsu Medycyny” oraz **Katarzyna Nowosielska** redaktor z „Rzeczpospolitej”.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegorzulka**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł **Bartosz Arłukowicz (PO)**:

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje punkt – informacja ministra zdrowia o kierunkach planowanych działań resortu w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w latach 2015-2019. Przedstawia minister zdrowia. Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam przyjęcie porządku obrad.

Chciałbym zacząć od kilku spraw organizacyjnych. Chciałbym zadeklarować, że w miarę możliwości będę starać się prowadzić posiedzenia Komisji sprawnie i szybko,

zwłaszcza że siedziałem w różnych miejscach tej sali, w różnych rolach, i wiem, jak ważne jest to, żebyśmy wykonywali naszą pracę bardzo efektywnie i sprawnie. O to apeluję, aczkolwiek nie zamierzam nikomu utrudniać zadawania pytań, dyskusji czy zgłaszania uwag.

Chciałbym także uprzedzić, że będę bardzo precyzyjnie weryfikować listę gości zapraszanych na posiedzenia Komisji. Będę zwracać uwagę na to, aby w czasie prac merytorycznych nad ustawami bardzo jasno przedstawiano, przez kogo są wnoszone uwagi i poprawki. Myślę o różnego rodzaju możliwościach, których chciałbym uniknąć, wpływania na proces legislacyjny w sposób niewłaściwy, niezgodny z procedurą. Będę tego bardzo przestrzegać.

Bardzo serdecznie witam pana ministra Konstantego Radziwiłła. Witam jego współpracowników – pana Jarosława Pinkasa, sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Witam panią Katarzynę Głowalę, podsekretarza stanu w MZ. Czy jest pani minister? Jest pani minister. Witamy. Witam pana Piotra Gryzę, podsekretarza stanu w MZ. Witam pana Piotra Warczyńskiego, podsekretarza stanu w MZ. Witam pana Marka Posobkiewicza, głównego inspektora sanitarnego, pana Tadeusza Jędrzejczyka, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam, jeśli jest z nami, pana Zbigniewa Niewójta, p.o. głównego inspektora farmaceutycznego. Witam wszystkich przybyłych gości.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Bardzo proszę pana ministra o przedstawienie informacji zawartej w porządku obrad.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Panie przewodniczący, panie ministrze, pani premier, szanowni państwo *pleno titulo*, bardzo dziękuję za zaproszenie. Proszę wybaczyć, jestem bardzo stremowany, bo – tak jak powiedział pan przewodniczący – zajmujemy na tej sali różne miejsca, a zajmowanie tego miejsca jest dla mnie szczególnym zaszczytem, ale też ogromnym wyzwaniem, a jak trudnym, to kilka osób obecnych na tej sali doskonale wie. Proszę o wyrozumiałość, przynajmniej dzisiaj, podczas przedstawiania tego, czym Ministerstwo Zdrowia w najbliższym czasie będzie się zajmować.

Proszę państwa, co prawda pan przewodniczący mnie wyrezytał, jeśli chodzi o przedstawienie osób, które tutaj są, ale wydaje się, ponieważ będziemy współpracować przez czas dłuższy, że nie od rzeczy będzie krótko powiedzieć, którzy wiceministrowie czym będą się zajmować. Dla państwa obecnych na sali może to mieć duże znaczenie.

Pan Jarosław Pinkas będzie nadzorować departamenty: Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych, a także Departament Zdrowia Publicznego.

Pani Katarzyna Głowala – Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji oraz Departament Polityki Zdrowotnej. Pan Piotr Gryza – Departamenty Funduszy Europejskich, Infrastruktury i e-Zdrowia, Matki i Dziecka oraz Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego.

Pan Krzysztof Łanda – Departament Organizacji Ochrony Zdrowia w zakresie prowadzenia spraw dotyczących kwalifikowania usunięcia zmiany poziomu i sposobu finansowania lub warunków realizacji świadczeń gwarantowanych, a także departamenty: Polityki Lekowej i Współpracy Międzynarodowej.

Pan Piotr Warczyński – departamenty: Dialogu Społecznego, Nadzoru, Kontroli i Skarg, Organizacji Ochrony Zdrowia z wyłączeniem tego, czym zajmuje się pan minister Łanda, a także Departament Pielęgniarek i Położnych.

To, jeśli chodzi o kompetencje. Już nie będę wchodzić w to, jeśli chodzi o nadzorowane instytucje. Jeżeli ktoś będzie mieć pytanie, to będziemy odpowiadać.

Panie ministrze, panie przewodniczący, jeżeli chodzi o porządek mojego wystąpienia, to chciałbym zacząć od tego, co zastaliśmy w Ministerstwie Zdrowia, co potrzeba najpilniej załatwić, czym się zajmujemy. Można powiedzieć, po pierwsze, że w czasie pierwszych dni w resorcie zetknęliśmy się z jednym z największych wyzwań, które jest także wyzwaniem na kolejne miesiące, a mianowicie, informatyzacją realizowaną przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Chodzi zwłaszcza o Projekt P1, w ramach którego – przypomnę, bo może nie wszyscy to wiedzą – miało być założone internetowe konto pacjenta, elektroniczna recepta i wiele innych przedsięwzięć. Ten

projekt, niestety, jest w bardzo marnym stanie. Aktualnie ratujemy w tym zakresie co się da. W tym, z jednej strony, zmierzamy do tego, żeby ratować coś, co zostanie – wydaje się, że po prostu zaprojektowano zbyt wiele. Z drugiej strony, ratujemy także pieniądze. Ponieważ pewnie państwo wiedzą, że jest to projekt realizowany ze środków unijnych, Perspektywa się kończy, a projekt nie – stoi przed nami poważne zagrożenie. Chodzi o to, aby z jednej strony kontynuować jakieś rozwiązania, a z drugiej nie musieć oddawać znacznych środków, które już wzięliśmy, a jest to pół miliarda złotych.

W Ministerstwie zapoznaliśmy się z treścią audytów, które zlecił mój poprzednik, pan prof. Marian Zembala. Trwają kolejne procesy, które mają doprowadzić do zrealizowania różnych rzeczy w takim zakresie, żeby możliwe było wyjście z pieniędzmi, z twarzą i z jakąś perspektywą załatwienia czegoś w przyszłości.

Druga sprawa, która toczy się w Ministerstwie Zdrowia. Oczywiście, jeżeli będą pytania bardziej szczegółowe, to jestem gotowy na nie odpowiedzieć. Druga sprawa, z jaką mamy do czynienia już w tej chwili, to jest realizacja projektu, jakim są mapy potrzeb zdrowotnych. Przypomnę, że zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, powinny być one ukończone do 1 kwietnia przyszłego roku. Z jednej strony są warunkiem uzyskania różnych środków unijnych, które miałyby być przeznaczone na modernizację systemu ochrony zdrowia, a z drugiej strony, są potrzebne do kontraktowania. Na razie mamy prawie zrealizowaną mapę potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii. Jesteśmy bliscy końca, jeśli chodzi o kardiologię, natomiast reszta czeka. To znaczy, rozpoczynamy prace w tym zakresie. Staramy się, aby sfinansować to ze środków unijnych, co troszkę wydłuża realizację tego projektu, ale mamy nadzieję, że uda się nam zdążyć do tego czasu. W związku z obawami dotyczącymi niezdażenia – może o tym później.

Kolejną sprawą, którą zastaliśmy w Ministerstwie Zdrowia, a która jest wyzwaniem – o czym wiedzą w zasadzie wszyscy, którzy są zaangażowani w systemie ochrony zdrowia – jest problem pielęgniarek i porozumienia, które związki pielęgniarek podpisały z ministrem zdrowia. Chcę powiedzieć, że z jednej strony nie ma wątpliwości, że podpisane przez ministra zdrowia porozumienie musi być realizowane – odnośnie do tego nie ma dyskusji. Jednak z drugiej strony mamy ogromny problem, jak zrealizować te zobowiązania, które – przypomnę – nakładają na system konieczność sfinansowania krocząco do 1600 zł podwyżek dla pielęgniarek i położnych. To są pieniądze liczone w miliardy, które w większości muszą się znaleźć w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia, a w niewielkiej ilości, niezaplanowanej w budżecie na przyszły rok, także w budżecie Ministerstwa Zdrowia, które pośrednio jest pracodawcą, poprzez sanepid, służbę krwi itd. To też musi być sfinansowane. Osobnym problemem jest finansowanie pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej, co nie zostało w jakikolwiek sposób przewidziane w porozumieniu.

Jestem już po spotkaniu z paniami pielęgniarzkami i muszę powiedzieć, że dobrze się nam rozmawiało. Potwierdziłem wolę realizowania porozumienia, co jakby troszkę uspokaja nastroje, ale nie do końca. Jest jeszcze sporo znaków zapytania odnośnie do tego, w jaki sposób te podwyżki mają być realizowane. Mam wrażenie, że musimy rozpocząć poważną rozmowę na temat uatrakcyjnienia tego zawodu, nie tylko w obszarze jego wynagradzania, ale także w wielu innych obszarach, na przykład kształcenia ustawicznego, specjalizowania się, sposobu zatrudnienia itd.

Jeżeli chodzi o plany legislacyjne ministerstwa na najbliższy czas, to w resorcie jest już na ukończeniu, przygotowujący zgodnie z expose pani premier Beaty Szydło projekt „Leki 75+”. Ten projekt będzie niebawem publicznie znany. Kończymy jego przygotowywanie. Zgodnie z zapowiedzią będzie on realizowany jako jeden z pierwszych, ale spokojnie, to znaczy, poprzez inicjatywę rządową, ze wszystkimi rygorami takiego sposobu procedowania. Mogę dzisiaj powiedzieć, że zdajemy sobie sprawę z tego, że jest to projekt trudny. Jednak z drugiej strony wiemy także, że jest spora grupa starszych osób, które są zmuszone do przyjmowania czasem kilku leków w sposób ciągły, które nie radzą sobie z tym finansowo i stają wobec dylematu, czy kupić leki czy coś innego z podstawowych rzeczy, które są im niezbędne do życia. W związku z tym, ten projekt jest potrzebą chwili.

Zapewniam państwa, że nie jest to projekt nie z tej ziemi. W wielu krajach Europy tego typu rozwiązania są. Uspokajam wszystkich tych, którzy mówią, że to rozdawnictwo, że powinno być to skierowane do jakiejś części osób, do najbardziej potrzebujących itd. Byłoby to związane z ogromną biurokracją, z różnego rodzaju obowiązkami nakładanymi na te osoby i wydaje się, że nie byłoby to niecelowe. Zdajemy sobie sprawę z tego, że projekt ten będzie kosztować. W związku z tym, jest plan, aby w ramach co dwumiesięcznego obwieszczenia ministra zdrowia, dotyczącego leków refundowanych, powstała osobna lista dla seniorów, która będzie stopniowo rozszerzana, konstruowana w sposób z jednej strony gwarantujący zapewnienie najbardziej niezbędnych leków osobom starszym, a z drugiej strony, nie będzie rujnować budżetu. W skrócie mówiąc, zaczniemy od leków z jednej strony tanich, a z drugiej tych, które są stosowane prawie wyłącznie u osób starszych, żeby ryzyko nadużyć było jak najmniejsze.

Drugi projekt, który jest przygotowywany ze wsparciem Ministerstwa Zdrowia – jest to inicjatywa poselska, ale ze wsparciem Ministerstwa Zdrowia – dotyczy problemu przesunięcia o rok kontraktowania świadczeń zdrowotnych z połowy przyszłego roku. Projekt, czy rozwiązanie, które poprzedni rząd ma już za sobą, można więc powiedzieć, że jest dobry wzór w tym zakresie. Właściwie trudno powiedzieć, żeby była na ten temat większa dyskusja, chociaż zdaję sobie sprawę z tego, że aneksowanie tych umów wiąże się z różnego rodzaju trudnościami, a także niebezpieczeństwami, w szczególności tam, gdzie poczyniono różnego rodzaju inwestycje, w przypadku których nie będzie można liczyć na finansowanie. Dotyczy to zarówno sektora prywatnego, jak i sektora publicznego. Trzeba jednak zdawać sobie sprawę z tego, odpowiedzialnie patrząc na możliwości kontraktowania w połowie przyszłego roku, że nie ma takiej możliwości, dlatego, między innymi, że rozporządzenie w sprawie kryteriów oceny warunków do kontraktowania jest dopiero w przygotowaniu. Ono jest zaawansowane, ale jest to kilkusetstronicowy dokument. Nie da się go przygotować na tyle szybko, żeby wszyscy, zarówno od strony świadczeniodawców, jak i płatnika, mogli się do tego przygotować.

Dalsze plany, w ramach których przygotowujemy rozwiązania, dotyczą przede wszystkim ustawy o działalności leczniczej, zwłaszcza w zakresie własności przedsiębiorstw podmiotów leczniczych – mówiąc językiem tej ustawy. Zamierzamy stosunkowo szybko zatrzymać – powiedziałbym kolokwialnie – przymus komercjalizacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, który istnieje dzisiaj, poprzez zachowanie instytucji SPZOZ, która powinna funkcjonować na równi z innymi rozwiązaniami, bardziej rynkowymi. Jeżeli chodzi o podmioty już skomercjalizowane, to chcielibyśmy zapewnić ich własność publiczną poprzez zakaz prywatyzacji, realizowany w postaci uniemożliwienia sprzedaży większościowych udziałów, tak, żeby własność została w rękach publicznych. A także poprzez wprowadzenie przepisu, który zapewni, że spółki te będą działać na zasadzie *non profit*.

Bardzo duży temat, który tylko sygnalizuję, bo jeszcze nie ma konkretnego projektu, to zmiany w zakresie refundacji leków. Wydaje się, że w tym zakresie mamy do czynienia z niezadowolaniem praktycznie powszechnym. Jedną z rzeczy, jakie zastałem, jest bardzo mocno opóźniony – o dwa lata – obowiązujący zgodnie z ustawą o refundacji leków, raport w sprawie tej ustawy w projekcie. Ja go oczywiście nie podpiszę, bo on nie odzwierciedla sytuacji pod rządami tej ustawy po dwóch latach jej obowiązywania. Przypomnę, że te dwa lata upłynęły w 2013 r., można więc powiedzieć kolokwialnie, że jest to musztarda po obiedzie, ale wszelkie analizy, a także opinie różnych interesariuszy, którzy są zaangażowani w tej dziedzinie, są przeciwne wnioskowi, które płyną z tego dokumentu. Dotyczy to zarówno pacjentów, którzy nie mają lepszego tylko gorszy dostęp do leków, jak i wszystkich tych, którzy mają prawo do ordynacji lekowej, którzy narzekają na niezwykle skomplikowany i nieprzyjazny sposób rozwiązań.

Wreszcie przemysł farmaceutyczny, a także farmaceuci, dystrybutorzy itd., też krytykują to rozwiązanie. Wydaje się, że musimy zacząć od stworzenia dokumentu polityki lekowej państwa, którego nie ma, którego brakuje, a potem, albo równolegle, przygotować odpowiednie, bardziej przyjazne i sensowne rozwiązania. Jednym ze skutków ubocznych tej ustawy jest zjawisko, z którym mamy do czynienia, a z którym poprzednicy nie bardzo sobie poradzili. W tej chwili badamy, jak ta sytuacja może być rozwiązana. Jest

to wywóz leków z Polski i w związku z tym brak niektórych leków na rynku, niedostępność ich dla pacjentów.

Dużym projektem, nad którym będziemy pracować, jest przejście z finansowania ubezpieczeniowego na rzecz finansowania z budżetu państwa i likwidacja ubezpieczyciela, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Ci, którzy mówią, że jest to powrót do PRL, nie dostrzegają tego, że budżetowe finansowanie systemu ochrony zdrowia ma miejsce w Europie w takich krajach jak Szwecja, Finlandia, Norwegia, Wielka Brytania, Irlandia, Hiszpania, Włochy. Wydaje się, że nie są to kraje zbliżone swoim wyglądem do PRL. Ten kierunek, który oczywiście musi być realizowany odpowiedzialnie, powinien doprowadzić do tego, że zrealizujemy konstytucyjną zasadę uprawnienia do korzystania z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych wszystkich obywateli, a nie tylko tych, którzy są nazywani ubezpieczonymi.

Ci z państwa, którzy pracują w służbie zdrowia wiedzą dobrze, od czego zaczyna się kontakt pacjenta z placówką – przede wszystkim od kontroli jego statusu. To trzeba zmienić. Oczywiście, będziemy zachowywać się w tym zakresie bardzo ostrożnie i odpowiedzialnie. Będzie to system, który zaplanujemy na tak długi czas, żeby nie zrujnować relacji między świadczeniodawcami i płatnikiem. Likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia również będzie następować stopniowo.

Obszar, który wymaga regulacji, to obszar kadr medycznych. Najbardziej gorąca sprawa jest w tej chwili z pielęgniarkami i położnymi, ale także z innymi zawodami medycznymi. Wydaje się, że do rozważenia będzie rozwiązanie – przygotowujemy analizy w tym kierunku – które jest obecne w kilku krajach Europy, a mianowicie – regulacja dotycząca wartości pracy pracowników medycznych. Można to zrealizować najprościej poprzez ustawę o minimalnych wynagrodzeniach w różnych zawodach medycznych. Rozważane są także inne rozwiązania, jak na przykład poprzez odpowiednią wycenę pracy, która jest zawarta w procedurach medycznych. Decyzja jeszcze nie zapadła, ale wydaje się, że konieczne jest jakieś rozwiązanie w tym zakresie – mówiąc krótko – zauważające pracowników, i to nie tylko lekarzy czy pielęgniarki, ale także inne zawody medyczne.

Jeżeli mowa o różnych zawodach medycznych, wspominałem o tym, że wydaje się, iż wśród problemów pielęgniarstwa należy dostrzec także problem kształcenia zarówno przeddyplomowego, jak i podyplomowego. Ta sprawa jest szczególnie gorąca w przypadku lekarzy. W tym zakresie chciałem powiedzieć, że po bardzo szybkiej, ale dającej jednoznaczny wynik analizie i szybkich konsultacjach z różnymi środowiskami, zmierzamy do przywrócenia, jeszcze nie całkiem zlikwidowanego, stażu podyplomowego. Przypomnę, że on jeszcze jest, ale miałby zniknąć od 2017 r. Wydaje się, po analizie, że właściwie wszyscy się zgadzają, że do przyzwoitego kształcenia lekarza i lekarza dentystry potrzebne jest nie tylko ukończenie studiów, ale także odbycie stażu podyplomowego. Prawdopodobnie staż, który będzie modyfikowany, którego jakość musi się zmienić, który będzie poprawiony, ale na pewno w tym zakresie ten staż jest potrzebny. Opieramy się na dobrych wzorach tych krajów, w których kształcenie lekarzy oceniane jest wysoko.

Problemem w ochronie zdrowia jest w tej chwili brak kadr medycznych. Jeśli chodzi o panie pielęgniarki, to mamy do czynienia z sytuacją dramatyczną, bo według statystyk podawanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, tylko 30% absolwentek studiów pielęgniarstwa podejmuje pracę w zawodzie, a w zasadzie nie tyle podejmuje pracę, ile stara się o uzyskanie prawa wykonywania zawodu, co jest dramatyczną statystyką. Wydaje się więc, że tutaj rzeczywiście trzeba zrobić coś wielkiego. W przypadku lekarzy mamy do czynienia z sytuacją, że liczba lekarzy w Polsce w przeliczeniu na populację lokuje nas na szarym końcu Europy. Jedynym rozwiązaniem, jakie wydaje się być sensowne, chociaż bardzo długofalowe, jest zwiększenie liczby miejsc na studiach lekarskich w języku polskim. Podkreślam, w języku polskim, bo dzisiaj mamy sytuację taką, że uczelnie medyczne mogą kształcić więcej lekarzy, ale kształcą studentów cudzoziemców w języku angielskim. W niektórych uczelniach jest to już pół na pół. To jest oczywiście bardzo dobre dla tych uczelni, bo stawia to wysoko poprzeczkę – muszą one doskonalic ofertę edukacyjną – ale wydaje się, że jednak te liczby są przesadzone, zwłaszcza

cza w kontekście niedoboru lekarzy w Polsce, który jest przez wszystkich podkreślany. Wiedzą o tym najlepiej dyrektorzy placówek, którzy starają się o zatrudnienie lekarzy.

Rozważamy również sposób dojścia do tego, żeby powrócić z medycyną szkolną do szkół. Oczywiście, sprawa jest niezwykle skomplikowana – ma charakter nie tylko finansowy, ale także organizacyjny – ale wydaje się, że w Polsce są już realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego dobre rozwiązania w tym zakresie. Wydaje się, że rozwiązań jest kilka. Myślę, że nie ma potrzeby zamęczania państwa szczegółami. W jednych szkołach mogą powstać gabinety, w drugich można skorzystać z gabinetów, które są poza szkołą. Na pewno nie do wszystkich szkół trzeba wprowadzać gabinety – nie do wszystkich najmniejszych – ale trzeba rozważyć taki sposób zorganizowania opieki stomatologicznej, pielęgniarzkiej i lekarskiej nad uczniami, żeby powrócić do opieki, która ma charakter promocyjny, profilaktyczny, a tam, gdzie trzeba, również w zakresie leczenia.

Będziemy się starali zwiększać finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, ale z całą pewnością nie poprzez wzrost składki. W związku z planami stopniowego przechodzenia na system budżetowy, prawdopodobnie będzie się to dokonywać poprzez wyjmowanie pewnych modułów opieki zdrowotnej spod działania Narodowego Funduszu Zdrowia i finansowania ich bezpośrednio z budżetu państwa. Taki jest plan, na przykład, w stosunku do leków dla starszych osób. Takim projektem mogłyby być objęte także coraz większe obszary, takie jak psychiatria, onkologia, a być może w pewnym momencie podstawowa opieka zdrowotna.

Planujemy rozwiązanie, o którym mówi się już od dłuższego czasu, a które jakoś nie miało szczęścia do realizacji – ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej. Ta ustawa powinna, po pierwsze, poprawić atrakcyjność dla kadr medycznych, szczególnie dla lekarzy, których jest ciągle za mało w tej dziedzinie, specjalizowanie się w medycynie rodzinnej. Koordynatorem leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej powinien być lekarz, wokół którego zbudujemy całą instytucję lekarza rodzinnego, tak jak w dobrych wzorcach w niektórych krajach europejskich. Do pracy nad tą ustawą zamierzam niebawem zaprosić wszystkich interesariuszy, którzy w tym uczestniczą – przedstawiciele lekarzy, pielęgniarek, a także pacjentów. Myślę, że organizacje pacjenckie są tu kluczowe. Na marginesie chciałbym powiedzieć, że w tym zakresie trzeba w ogóle coś zmienić. Akurat tak się składa, że osobiście mam troszkę doświadczenia z perspektywy europejskiej, spoza Polski. Tam organizacje pacjenckie uczestniczą na równych prawach w dyskusjach na temat rozwiązań. Pora, żeby w Polsce też zaprosić je na równych prawach, jak innych interesariuszy, do dyskusji na temat tego, jakich rozwiązań wszyscy oczekujemy.

Przy okazji podstawowej opieki zdrowotnej wydaje się, że należy wspomnieć także o planach, które wiążą się z przeniesieniem odpowiedzialności za opiekę zdrowotną na budżet, a trochę z koniecznością pewnej zmiany filozofii samego kontraktowania świadczeń, nawet pod rządami Narodowego Funduszu Zdrowia. Otóż, dzisiaj mamy do czynienia z sytuacją ślepej uliczki, jeśli chodzi o kontraktowanie procedur, zwłaszcza w obszarze szpitalnictwa i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Można powiedzieć, że jest to dominujący sposób kontraktowania. Skutkiem tego, między innymi, jest, po pierwsze, bardzo wyraźny wzrost liczby hospitalizacji w ostatnim czasie. Ci z państwa, którzy są lekarzami praktykującymi wiedzą, że praktycznie większość pacjentów w szpitalu przebywa co najmniej dwa razy, i to w odstępie co najmniej dwutygodniowym. Wiedzą państwo, o co chodzi. Mamy także do czynienia z kolejkami, które narastają czasem w sposób niekontrolowany, między innymi z tego powodu. Dlatego mamy plan, aby zmienić sposób kontraktowania, zamawiania opieki zdrowotnej tam, gdzie tylko jest to możliwe, na zamawianie pakietów opieki koordynowanej, czyli takiej, w której zjawisko przerzucania kosztów daje się zminimalizować. To nie pacjent zostawiony sam sobie jest tym, kto ma sobie zorganizować opiekę zdrowotną, ale system tę opiekę powinien mu oferować.

Dużym obszarem, nad którym się pochylamy – nie mogę w tej chwili powiedzieć, w jakim kierunku pójdą decyzje, chociaż jakieś projekty się rysują – jest pakiet onkologiczny. Pakiet onkologiczny nie zadziałał tak, jak miał zadziałać. Oczywiście, nikt nie zamierza rujnować tego, co jest w nim dobre, ale wydaje się, że co najmniej dwie rzeczy

wymagają poprawy. Po pierwsze, po kilku spotkaniach z różnymi specjalistami, czy ekspertami w tej dziedzinie, wydaje się, że niepotrzebnym dodatkiem biurokratyzującym opiekę nad pacjentami jest Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, tak zwana Karta DILO. Można by z niej zrezygnować, albo ograniczyć ją do krótkiego dokumentu, rzeczywiście ułatwiającego szybsze przesuwanie się w systemie ochrony zdrowia. Druga sprawa, to problem finansowy, który doprowadził do tego, że wielu świadczeniodawców udzielających świadczeń onkologicznych zamiast zyskać na tym pakiecie, straciło i mają – zwłaszcza instytucje specjalizujące się w onkologii – duże kłopoty finansowe. Wydaje się, że z tą sprawą trzeba coś zrobić, bo jeżeli ten pakiet miał poprawić opiekę nad pacjentami z chorobami onkologicznymi, to oczywiście musi to się odbywać w konkretnym miejscu i konkretnymi rękami.

Chciałbym zasygnalizować, że mamy ogromne zaniedbanie w zakresie regulacji dotyczących krwiodawstwa i krwiolecznictwa. W tym zakresie wdrażanie dyrektyw unijnych z lat 2005 i 2006, które powinny być wdrożone w tamtym czasie, dotychczas się nie dokonało. W najbliższych tygodniach Komisja Europejska podejmie decyzję o ewentualnym skierowaniu sprawy do Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Musimy bardzo się sprężyć, żeby implementować te przepisy, bo to jest zupełnie nieprawdopodobna zaległość, której Komisja nie będzie tolerować.

Z unijnych przepisów wynika również konieczność wydania odpowiednich przepisów, które będą dostosowywać nasze prawo – bo nie implementować – do rozporządzenia z 2014 r. dotyczącego badań klinicznych. Mamy do załatwienia takie sprawy, jak ubezpieczenie badań klinicznych czy komisje bioetyczne. Są to trudne tematy. Wydaje się, że wprawdzie nie mamy jeszcze „niedoczasu”, ale resort będzie musiał bardzo mocno się sprężyć – mówiąc kolokwialnie – żeby zdążyć. Mniej więcej do połowy przyszłego roku powinniśmy te przepisy wdrożyć. Jakieś prace zostały zaczęte przez moich poprzedników, ale wydaje się, że jesteśmy troszkę w „niedoczasy”.

Wreszcie, na koniec, chciałbym powiedzieć o ustawie o zdrowiu publicznym. Wydaje się, że ta ustawa to pierwszy krok w dobrą stronę, ale jest ona – tak można powiedzieć – stosunkowo mało ambitna, jeżeli chodzi o zakres możliwości, które w tym zakresie da się zrealizować. Zatem, na pewno pod jej rządami będziemy wprowadzać w życie programy zdrowotne, zwłaszcza te, które mają eliminować problem otyłości, braku aktywności fizycznej, nadużywania alkoholu, palenia tytoniu. Pracujemy także nad przygotowanym wcześniej, ale jeszcze nieskończonym, projektem Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, wydaje się jednak, że ta ustawa wymaga poszerzenia zakresu jej działania. Nie mam żadnej wątpliwości, że zdrowie publiczne to taki obszar, w którym może być mniej sukcesów spektakularnych, ale patrząc na to całościowo, zarówno pod kątem zdrowia obywateli, jak i wydatków publicznych, jest do osiągnięcia bardzo dużo.

Ostatnia rzecz, o której chciałbym powiedzieć, czekając i zapraszając państwa do pytań. Z jednej strony – widać to zresztą po bardzo pobieżnym przeglądzie spraw, z którymi mamy do czynienia w Ministerstwie Zdrowia – jest wiele rzeczy, które trzeba robić szybko albo natychmiast, które nie cierpią zwłoki, i należy podjąć się dróg na skróty. Chciałbym jednak wprowadzić w Ministerstwie Zdrowia taki zwyczaj, żeby decyzje odnośnie do niektórych rzeczy, które dzisiaj zapowiedziałem, jak zmiany dotyczące organizacji systemu, sposobu płacenia czy kontraktowania, a także spraw dotyczących niektórych rozwiązań odnoszących się do kadr medycznych, były przygotowywane w dialogu, który powinien być nie tylko hasłem. Powinien polegać nie tylko na formalnych konsultacjach, które praktycznie uniemożliwiają zabranie głosu, zwłaszcza przez te organizacje, które są rozproszone po całej Polsce i mają różne skomplikowane systemy organizacyjne. Chciałbym także, żeby te decyzje, które będą podejmowane po takich głębokich i rzeczywistych konsultacjach, nie były planowane do wprowadzenia w bardzo krótkim czasie. To było praktyką. Być może nie z czyjejś winy, nie z zamysłu, ale było zwyczajem w ochronie zdrowia, że duża część przepisów, które były przygotowywane, wchodziła w życie natychmiast. Wydaje się, że to nie było dobre rozwiązanie. Zawsze w tych rozwiązaniach w ochronie zdrowia, jako jeden z tych, którzy pewnie najdłużej tę salę odwiedzają, przypominam sobie prace nad ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która – przypominam – była uchwalona w roku 1997 i weszła w życie dopiero

w 1999 r. W międzyczasie była jeszcze nowelizowana. Wydaje się, że dobrze byłoby wrócić do tamtych czasów, z jednej strony, szerokich, prawdziwych konsultacji, a z drugiej strony, odroczonej decyzji.

Proszę państwa, mam również nadzieję, a może nie do końca mam nadzieję, ale proszę również o to, żeby przynajmniej w tym obszarze, który dotyczy rozwiązań techniczno-organizacyjnych, a nie politycznych... Mam nadzieję na daleko idącą współpracę także z tymi z państwa, którzy reprezentują opozycję. Myślę, że jak rzadko w którym obszarze, tutaj, na tej sali, znamy się wszyscy od dawna, i proszę... Ze swojej strony obiecuję, że będę starać się traktować każdy głos, także głos sprzeciwu wobec propozycji, które będziemy tu formułować, jako głos troski o to, żeby rozwiązania były jeszcze lepsze niż te, które będziemy proponować, ale również proszę o taką postawę z drugiej strony. To znaczy, żebyśmy wzajemnie się szanowali, żebyśmy się słuchali i żebyśmy wszyscy razem starali się wypracować to, co jest najlepsze dla wszystkich. Dziękuję, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Za chwilę otworzę dyskusję. Na początek poproszę o zadawanie pytań przez panie i panów posłów, potem przez zaproszonych gości. Prośba do gości, aby przedstawić się przed zadaniem pytania i poinformować nas, jaką instytucję państwo reprezentują zabierając głos.

Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, panie i panowie posłowie. Pan poseł Rajmund Miller, bardzo proszę. Pani poseł Chybińska, pan poseł Hok, pan poseł Pawłowicz. Na ten moment wystarczy zgłoszeń. Bardzo proszę, panie posle. Otwieram dyskusję. Nie chcę proponować żadnych ograniczeń czasowych, aczkolwiek proszę o w miarę sprawne i merytoryczne zadawanie pytań.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Panie ministrze, dziękuję za przedstawienie programu, jaki ma pan zamiar zrealizować. My diagnozę dotyczącą tego, czego brakuje w służbie zdrowia lub niedogodności, znamy od wielu lat. Zamierzenia, które przedstawia dzisiaj Ministerstwo Zdrowia, są bardzo dobre, ale jest jedno zasadnicze pytanie – czy pan minister ma obliczone środki na wszystkie te zamierzenia, które ma pan zamiar zrealizować? Przypominam, że budżet przeznaczony na opiekę zdrowotną jest określony. Brakuje mi jednego. Nie przedstawił pan harmonogramu tych wszystkich działań, które ma pan zamiar przeprowadzić, czyli, pierwsze, drugie, trzecie, czwarte, co jest najważniejsze, a co ma pan zamiar zrobić na koniec.

Myślę, że wszyscy odbijaliśmy się od ściany niemożności finansowej – poprzednie ministerstwo też – bo budżet tego państwa jest taki, jaki jest. Nie działa pan samodzielnie, tylko w pewnym zespole, którym kieruje Prezes Rady Ministrów. Czy dzisiaj może nas pan zapewnić, czy dzisiaj pan wie, jakich środków pan dodatkowo potrzebuje? Nie wierzę, że wszystkie pana zamierzenia będą możliwe do zrealizowania w ramach środków, którymi pan dzisiaj dysponuje. Innymi słowy, moje pytanie brzmi tak. Czy pan jako minister i szef resortu widzi potrzebę zwiększenia środków z budżetu państwa na realizację swoich zadań? Chociażby w zakresie leków dla osób powyżej 75 roku życia, bo to są określone koszty. Słyszeliśmy ze środków masowego przekazu, że mają państwo zamiar refundować czy pokrywać tylko koszty leków, które są nabywane za 3,50 zł, a to nie jest to, co państwo obiecali w programie wyborczym. Te środki nie będą takie, jakie były deklarowane.

Panie ministrze, bardzo dobry pomysł z powrotem lekarzy do szkół i gabinetów stomatologicznych w szkołach, ale to też są środki z budżetu państwa...

Bardzo państwa proszę o nieprzeszkadzanie. Tu obowiązuje zasada, że sobie nie przeszkadzamy...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę o ciszę na sali i umożliwienie zadawania pytań.

Poseł Rajmund Miller (PO):

My wszyscy się martwimy, i oczywiście chcemy, żeby służba zdrowia była dobrze zorganizowana, natomiast wszystkie programy, o których pan mówi, wymagają środków. W związku z tym jest pytanie – czy przewiduje pan ubieganie się o zwiększenie środków z budżetu państwa na zadania, które państwo mają zamiar zrealizować? Jeżeli widzicie możliwości oszczędności, to gdzie i jakich, bo jeśli komuś dajemy, to jest zasada, że skądś trzeba zabrać. Czyli, albo trzeba będzie zabrać z innej dziedziny gospodarki państwowej – armii, rozwoju przemysłu – albo trzeba będzie zabrać ze świadczeń w zakresie służby zdrowia. Jeżeli dołoży pan pieniądze do leków, to będzie musiał pan zmniejszyć pieniądze na procedury medyczne, których i tak jest za mało, co wszyscy wiemy. W związku z tym wydaje mi się, że nie jest pan w stanie tego zrealizować bez dodatkowych środków. A jeżeli tak, to w jaki sposób chce to pan załatwić?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pani poseł Chybicka.

Poseł Alicja Chybicka (PO):

Panie przewodniczący, wielce szanowni państwo, panie ministrze, mam wrażenie, że to, co pan przedstawił, to był niezupełnie prawdziwy obraz aktualnie działającej ochrony zdrowia, bo to tu i teraz robi się świetne operacje za bardzo duże środki. Powstało wiele nowych szpitali pięknie wyposażonych w doskonałą aparaturę. Jesteśmy doceniani na całym świecie. Muszę powiedzieć, że trochę się boję tych radykalnych zmian. Czy przewrócenie systemu do góry nogami, czyli likwidacja Narodowego Funduszu Zdrowia, przestawienie na system budżetowy, nie zachwieje tym, co jest dobre? Rozumiem, że są niedociągnięcia, wielu pacjentów stoi w kolejkach i pewne rzeczy trzeba wyprostować, ale w ochronie zdrowia na całym świecie takie rzeczy się zdarzają. Czy rzeczywiście tak radykalne zmiany nie spowodują tego, że w ochronie zdrowia to, co dobrze funkcjonuje, nagle przestanie funkcjonować?

Zabrakło mi też w pana wypowiedzi tego, co padło w expose pani premier Beaty Szydło, czyli uproszczenia dokumentacji i sprawozdawczości. Czy pan to przewiduje, i w jaki sposób, bo jednak w krajach Unii Europejskiej dokumentacja raczej nie jest zlikwidowana. Jak pan to sobie wyobraża?

Kolejna rzecz, której mi zabrakło, to zapowiadana przez państwa sieć szpitali. Czy ta sieć ma powstać? Jak ona ma wyglądać? Jak w tej sieci mają znaleźć się szpitale akademickie, które pełnią troszeczkę inną rolę? Czy będzie uwzględniona referencyjność poszczególnych szpitali, bo w państwa szczegółowym programie było to zapowiadane?

Powrót medycyny szkolnej. W tej chwili powinno się to chyba zrobić tylko na zasadzie takiej, że każde dziecko będzie w szkole badane raz w roku. Chyba nie ma takiej potrzeby, aby powstawały gabinety, bo to pochłonie ogromne środki. Czy rzeczywiście uważa pan, że powrót medycyny szkolnej do takiej, jaka była w czasach komunistycznych, bo potem ta medycyna wyglądała inaczej – rzeczywiście brakowało badań raz w roku... Można to zrobić o wiele prościej i początki tego w ostatnich latach nastąpiły.

Kolejna rzecz. Czy ma pan w swoim planie...? Zwiększenie liczby studentów, podczas gdy nam dramatycznie brakuje lekarzy, to jest jeden z pomysłów, ale jak pan chce zadziałać, aby lekarze, jak prawie jeden mąż... Jestem nauczycielem akademickim od czterdziestu lat i całe moje grupy studenckie mówią, że wyjeżdżają zaraz, gdy skończą studia. Co pan ma zamiar zrobić? Robią to również pielęgniarki z wydziału zdrowia publicznego. Co pan ma zamiar zrobić, żeby ten personel zatrzymać, bo jeśli każda z tych rzeczy ma opierać się na dolaniu pieniędzy, to kolega już zapytał – skąd te pieniądze? Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pan poseł Pawłowicz.

Poseł Zbigniew Pawłowicz (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, chciałbym zadać pytanie związane z aneksowaniem umów na rok przyszły – jak pan minister powiedział – bo to jest problem świadczeniodawców. Nie tylko świadczeniodawców prywatnych, ale także

publicznych, bo oni ze względu na aneksowanie umów będą wyeliminowani z możliwości świadczenia usług finansowanych przez płatnika publicznego w roku 2016 ze względu na to, że nie będzie kontraktowania i konkursu ofert. Chciałbym zapytać pana ministra wprost, jak pan minister widzi możliwość zawarcia umów z tymi podmiotami? Podkreślam – nie tylko prywatnymi, ale również publicznymi, które za pieniądze z Unii Europejskiej dokonały zmian w swoich jednostkach wprowadzając nowe technologie i organizując nowe oddziały, zakładając, że w roku 2016 przystąpią do konkursu ofert, a takich możliwości formalnie mieć nie będą.

Ze względu na moją prawie dwudziestoletnią profesję, będę oczywiście pytać pana o pakiet onkologiczny. Panie ministrze, środowisko onkologiczne w połowie roku przedstawiło ówczesnemu ministrowi zdrowia założenia zmian pakietu onkologicznego. Część tych zmian została zrealizowana na podstawie decyzji ministra zdrowia czy prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Natomiast druga część zmian, która wynika ze zmian w ustawie, nie została zrealizowana z wiadomych i oczywistych powodów. Pytanie moje jest następujące – czy przez najbliższy rok, kiedy umowy będą aneksowane, pan minister podejmie działania, żeby jednak dokonać zmian w pakiecie onkologicznym? Zapowiedział pan odnośnie do Karty DILO, że jest ona obciążeniem dla lekarza, szczególnie lekarza POZ i lekarza specjalisty, a żeby dokonać zmiany w Karcie DILO trzeba dokonać zmiany w ustawie. W związku z tym moje pytanie wprost – czy takie zmiany są przewidywane na początku przyszłego roku, bo wydaje się, że są one niezbędne?

I pytanie, które pan minister w pewnym sensie wywołał, bo powiedział pan, że należy zwiększyć finansowanie onkologii, i wymienił pan onkologię jako pierwszą, że mogłaby wejść w finansowanie budżetowe. Jak pan widzi realizację tego projektu? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Pan poseł Hok.

Poseł Marek Hok (PO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, trwają prace na temat przygotowania map potrzeb zdrowotnych w całym kraju. Chciałbym dopytać pana ministra, jak to będzie się mieć do sieci szpitali, o której powiedziała też pani profesor. Proszę powiedzieć, jaka będzie kwalifikacja do sieci szpitali? Które szpitale będą kwalifikowane do środków publicznych, a które nie? Na terenie każdego regionu, województwa, jest po kilkadziesiąt szpitali, jakimi więc kryteriami będą się państwo kierować, żeby zakwalifikować je do sieci szpitali, bo jest duże prawdopodobieństwo, że wiele szpitali publicznych nie będzie mogło z tego skorzystać.

Wracając do kontraktowania, mam również pytanie. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji 19 listopada podała nowe taryfy świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Ten temat jest bardzo nośny, potrzebny i oczekiwany. Czy w związku z nową wyceną, aneksy, które będą podpisywane w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, będą już ją uwzględniać, bo oczekiwania są wielkie. Myślę, że tak powinno się stać.

Trzecie, krótkie pytanie. Staralem się doczytać w ustawie o działalności leczniczej, gdzie, panie ministrze, jest ten przymus komercjalizacji, ale jakoś nie mogłem się tego doczytać. Myślę, że chyba nie ma takiego przepisu. Dlatego też prosiłbym pana ministra o ustosunkowanie się, czy ja tego nie doczytałem, czy nie ma tego przepisu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Bardzo proszę, pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę o ciszę na sali.

Posel Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, bardzo dziękuję za tę deklarację, którą pan w swoim wystąpieniu wygłosił, za nakreślenie tego kierunku zmian i podtrzymanie tego wszystkiego, o czym Prawo i Sprawiedliwość mówiło w czasie kampanii wyborczej, jak i wcześniej, w czasie kongresów programowych, które były organizowane. To rzeczywiście jest ważne, bo buduje wiarygodność, która jest potrzebna w polityce. Dziękuję też i cieszę się z deklaracji współpracy i otwartości na pewne modyfikacje, które są niezwykle potrzebne, aby te projekty były jak najlepsze, aby nawet dobra ustawa mogła być jeszcze lepsza dzięki współpracy parlamentarnej, na którą bardzo liczę.

Jednocześnie martwią mnie takie elementy, które w jakimś sensie odciągają bieżącą uwagę ministerstwa i są związane z gaszeniem pożarów. Chociażby kwestia związana z CSIOZ, informatyzacją i zagrożeniem pieniędzy unijnych, które w ogromnej ilości, zdaje się 500 mln zł, już wydatkowaliśmy. Jest to problem, którym wiele razy w Komisji się zajmowaliśmy, pytaliśmy o to w interpelacjach. Przypominam też jedną z nowelizacji pod koniec poprzedniej kadencji. Wydaje się, że tu, po pierwsze, nie ma dobrego rozwiązania, ale ewentualnie poproszę pana ministra o jakąś informację na ten temat, bo te zaniedbania są bardzo duże. Dzieją się też rzeczy, które mogą mieć naturę kryminalną – opieram się na doniesieniach prasowych odnośnie do nieprawidłowości, które zostały wykryte chyba jeszcze przed powstaniem aktualnego rządu. To niewątpliwie nie pozwala na spokojną i merytoryczną pracę w zakresie tej ważnej dziedziny, jaką jest informatyzacja.

Chcę też zapytać i odnieść się do kilku innych spraw, związanych chociażby z „lekami 75+” – tak to określe. Bardzo cieszę się z tej deklaracji. Gdyby pan minister mógł określić termin, powiedzieć, jak państwo planują zajęcie się tą sprawą, która była ważną rzeczą podnoszoną w kampanii wyborczej, zwłaszcza w kontekście tego, że według danych 17% recept w Polsce jest nierealizowanych. To stanowi duży problem, bo przecież te 17% nie wynika z tego, że przeciętny obywatel nie wykupuje co któregoś – co piątej – tylko, tak naprawdę, dotyczy to pewnej grupy społeczeństwa, tej najuboższej. Do tej najuboższej grupy, między innymi należą osoby będące emerytami czy rencistami. Dlatego ważne jest, żebyśmy ten problem rozwiązali, bo pewnie w tych grupach ten procent sięga, jeżeli nie 100%, to 70-80%. Gdyby pan minister mógł kilka zdań na ten temat powiedzieć.

Kwestia medycyny szkolnej. Pozwolę sobie wyrazić nieco inne zdanie niż jedna z przedmówczyń. Pamiętam doskonale dyskusję i poważne zmartwienie środowiska pediatrów, dotyczące pewnych zaniedbań, które są obserwowane później, na przykład, na tym etapie, kiedy rodzice z dziećmi zgłaszają się do szpitala na oddział pediatryczny. Okazuje się, że rodzice nie zawsze pilnowali zgłaszania się na potrzebne, niezbędne wizyty w gabinetach lekarzy rodzinnych. Wejście do szkoły daje możliwość robienia – już nie mówię o podstawowych badaniach – chociażby przeglądu zdrowotności najmłodszych obywateli Polski czy młodzieży. W moim przekonaniu, nie będzie to wymagać dużych nakładów, a będzie niezwykle ważne i przydatne również w kontekście tych problemów, które później pediatrzy obserwują.

Na koniec, kwestia pakietu onkologicznego. Muszę powiedzieć, że akurat w tej sprawie jestem dość zaskoczony. Oczywiście, w tej chwili nie odnajdę na szybko cytatu z ostatnich posiedzeń Komisji Zdrowia, które były w poprzedniej kadencji, ale doskonale pamiętam, że kiedy dopominałem się o to... Przypomnę, że środowisko onkologów, po pierwsze, już pod koniec roku zgłaszało, że w pakiecie onkologicznym – zacytuję profesora Jassema – znalazło się tylko 4% z tego, co postulowali. Następnie, już w marcu przygotowali odpowiednie wystąpienie do ministra zdrowia, w którym przedstawiono braki, niedoróbki pakietu. W maju czy w czerwcu uruchomiono zespół, który – jak na posiedzeniu Komisji w lipcu informował pan minister Zembala – pracował i do końca lipca zakończył prace. Od sierpnia mieliśmy sześć posiedzeń Sejmu. Były możliwości znowelizowania również tej ustawy, ale zapewniono mnie wówczas, że nie ma takiej potrzeby – były również konferencje prasowe – dlatego, że wszystko można załatwić na poziomie rozporządzeń. Być może wykazałem się naiwnością i uwierzyłem, że rzeczywiście to wszystko można zrobić wyłącznie na poziomie rozporządzeń. W czasie kampanii była wymiana poglądów na ten temat w mediach lokalnych między mną a kierownikiem wspomnianego zespołu, że to wszystko da się zrobić na poziomie rozporządzeń, a teraz usłyszałem od kierownika

tego zespołu, pana doktora Pawłowicza, że jednak jest potrzebna nowelizacja ustawy. Gdyby pan minister mógł się do tego odnieść. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Małecka-Libera.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, kilka rzeczy, które pan wymienił jako najważniejsze na najbliższe cztery lata, dla mnie są przełomowe w całej ochronie zdrowia, bo mówił pan zarówno o zmianie finansowania, jak i organizacji całego systemu. W żadnym elemencie nie jest to kontynuacja, ale totalne odwrócenie. Mówił pan na temat własności, między innymi, podmiotów leczniczych i użył pan takiego sformułowania, że w chwili obecnej jest przymus komercjalizacji. Chciałabym, żeby pan rozwinął to zdanie, ponieważ absolutnie się z tym nie zgadzam. Myślę, że jest to jedno z fundamentalnych zdań, które będzie nas różnić.

Chciałabym odnieść się również do słów, które wypowiedziała w swoim exposé pani premier Beata Szydło. Użyła ona takiego sformułowania, że szanuje własność podmiotów leczniczych, zarówno prywatnych, jak i publicznych, ale publiczne pieniądze, publiczne środki finansowe będą kierowane do podmiotów publicznych. Bardzo proszę o to, żeby pan minister odniósł się również do tego stanowiska i do tej wypowiedzi, także w świetle usług kontraktowanych w 2016 r., które powinny być kontraktowane nie tylko w publicznych, ale także w prywatnych podmiotach leczniczych.

Drugi temat, który bardzo mocno pan podkreślał – medycyna szkolna, już kilka razy się tu przewinął. Chcę stanowczo podkreślić, że ten temat był również ważny w poprzedniej naszej kadencji. Jest opisany i gotowy projekt jednego z celów operacyjnych, dotyczący profilaktyki w stomatologii, który zawarty jest w Narodowym Programie Zdrowia. NPZ jest w tej chwili w konsultacjach wewnętrznych. Myślę, że ten temat w zupełności może być załatwiony przez realizację tego celu.

Kolejne pytanie, jakie chciałabym zadać, dotyczy ustawy o zdrowiu publicznym. Pan minister rok temu był dość ostrym recenzentem tej ustawy. Zresztą, dzisiaj również mocno ją recenzował. Wtedy bardzo mocno pan podkreślał potrzebę powołania pełnomocnika rządu do spraw zdrowia publicznego. Chciałabym zapytać – bo jest taka możliwość, jest ona zapisana ustawowo – czy takiego pełnomocnika będzie pan powoływał. Czy w rządzie jest przewidziana funkcja takiego pełnomocnika, który będzie korygował wszystkie zadania związane z ustawą o zdrowiu publicznym? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Zembala.

Poseł Marian Zembala (PO):

Panie ministrze, pani premier, szanowni państwo, świeżo mam jeszcze w głowie bycie ministrem, w związku z tym chciałbym zacząć od takiego stwierdzenia, że na tej sali czasem zadajemy za dużo pytań – proszę mnie źle nie zrozumieć – czasem nie oczekując nawet odpowiedzi. Przeżyłem to na pierwszym, czy drugim spotkaniu. Proszę zrozumieć sens mojej wypowiedzi. Zacznę od stwierdzenia, że z bardzo wieloma z państwa po tej stronie miałem przyjemność pracować, i podkreślę w tym gronie Komisji sejmowej – to niesłychanie profesjonalny zespół.

Jeżeli pan minister był łaskaw powiedzieć o cyfryzacji jako jednym z głównych problemów, to ja go podzielał. W lipcu, w czerwcu, kiedy zostałem ministrem, uznałem ten problem za najtrudniejszy. On jest kontynuacją z wcześniejszych kilku lat. Niełatwy problem. Dziękuję za mądre podejście, które wynika ze zmiany założenia. Ten projekt od początku został rozdęty, jakbyśmy powiedzieli po uczniowsku. Ale, spokojnie, większość resortów – jak analizowaliśmy – popełniła te błędy. Przy czym, pamiętajcie państwo, że w zakresie cyfryzacji – mieliśmy tu wsparcie pani premier, analizowaliśmy to też w innych miejscach – stawka za informatyzację w Polsce jest na poziomie stawki w Saksanii, czyli w Niemczech. To na pewno wymaga zmiany. Dlatego patrzę na to w taki sposób, mając poczucie satysfakcji – mówię jako były minister z pięciu minionych miesięcy.

Zanim zadam pytanie dwie uwagi. Chcę się upewnić, niezależnie od pewnych istotnych zmian – do niektórych bym pana nie mawiał, zwłaszcza do likwidacji Funduszu, rozumiem jednak, że jest to założenie frontowe, ale biorąc pod uwagę niski koszt tej instytucji i kompetencji ludzi... Chcę jeszcze powiedzieć o mapach potrzeb. Jeżeli popatrzymy na to, co już zmieniliśmy, to z tej monstrualnej, rozbijanej na okres ponad półtora roku jednej dziedziny zrobiliśmy coś, co jest *executive summary*, co absolutnie wystarcza i do 20 grudnia jest pan w stanie mieć dane od konsultantów poszczególnych dziedzin zabiegowych.

Onkologia, i to przyspieszenie, które zrobiliśmy, jest konieczne, żeby rozpocząć świadczenia.

Jedna uwaga. Dlaczego jest przesunięcie kontraktowania? Tu zgadzam się z panem, mówiłem o tym w naszej pierwszej rozmowie. Ponieważ to Sejm spowodował – przy szacunku dla tej Izby – że nagle trzeba było stanąć wobec sytuacji kontraktowania od lipca, przy czym liczba spraw, która się nagromadziła, wymagała, żeby je załatwić. I załatwiliśmy po kolei, przyspieszając w sprawie map, pozyskując wcześniej 12 mld zł na ochronę zdrowia – z czego państwo skorzystają i z czego trzeba się cieszyć, bo są potrzebne – ale także rozwiązując inne problemy. Panie ministrze, chciałbym się tylko upewnić, że art. 68 ust. 3 konstytucji, gdzie priorytetem są dzieci, kobiety ciężarne i seniorzy, a który w moim czasie był mocno uwzględniany, również będzie mieć pan jako priorytet. My o nim dzisiaj nie mówimy, ale on musi być priorytetem każdego ministra, bo nie może być inaczej. To jest pierwsza sprawa.

Druga – pielęgniarstwa. Dzisiaj, proszę państwa, są różne komentarze. Podtrzymam stanowisko i dziękuję za wsparcie pani premier Kopacz, że kwota 400 zł brutto nie do podstawy – dzisiaj w gazetach nie piszą prawdy – bo byśmy tego nie udźwignęli wobec pracodawców, jest rozwiązaniem bardzo pomagającym pielęgniarcom. Dziękuję, że pan kontynuuje ten wysiłek, żeby poprawić sytuację tego zawodu.

Na koniec zapytam o jedną sprawę, której zabrakło mi w pana dzisiejszej wypowiedzi. Czy ta koncepcja, którą rozpoczęliśmy, powstania pierwszej sieci szpitali klinicznych...? Przecież jest możliwość na mocy rozporządzenia, aby od stycznia ośrodki akademickie, szpitale kliniczne, instytuty, mogły uruchomić... Stawiamy większe wymagania. Z panią minister Majszczyk zabezpieczyliśmy w budżecie 132 mln zł. Wszystko to po to, żeby po raz pierwszy szpitale kliniczne, instytuty, w zasadniczy sposób wzmocnić. Nie boję się tego powiedzieć jako parlamentarzysta. Jest to konieczne.

Życzę powodzenia, ponieważ w tym resorcie – czy to się komuś podoba, czy nie – potrzebna jest kontynuacja. Oczywiście są różne drogi, czasem mogą być różne wyboje. Być może są obszary, które wymagają wzmocnienia, a szczególnie zwiększenie poziomu wpływu składki. To będzie kluczem do tego, aby wzmocnić płatnika. Dziękuję jeszcze raz za możliwość wypowiedzi.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, chciałabym poruszyć sprawę POZ, bo nie do końca wybrzmiała w pana wypowiedzi całodobowość podstawowej opieki zdrowotnej. Owszem, mówi pan o pakietach celowanych w POZ, które już wcześniej były, natomiast cały czas jest problemem opieka całodobowa. Chciałabym wiedzieć, czy w tym zakresie też myśli pan o rozwiązaniu.

Druga sprawa dotyczy personelu medycznego, jak pan słusznie zauważył, nie tylko pielęgniarstwa, i nie tylko lekarza, ale całego innego personelu medycznego, który pozostał w tyle. Pytanie do pana – kiedy rozważy pan wyrównanie nierówności pomiędzy innym personelem, który, tak naprawdę – jak sami państwo wiedzą – jest równie potrzebny jak lekarz czy pielęgniarstwo.

Chciałabym również zapytać pana – przepraszam, ale nie mogę się skupić – o ubezpieczenia od zdarzeń medycznych, bo zapewne pan się orientuje, że znowu pozostał nam rok. Jaki jest stosunek ministerstwa, jaki będzie stosunek do dostosowania zakładów

opieki zdrowotnej do wymogów? Jak wiadomo, to również jest w tej chwili przesunięte. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję, pani poseł Radziszewska.

Posel Elżbieta Radziszewska (PO):

Chciałabym zadać trzy pytania dotyczące rzeczy ogólnych, ale głównych. Czy pan minister mógłby nakreślić, jak, przy likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia i przełożeniu finansowania na urzędy wojewódzkie, będzie wyglądać podpisanie umów, kontraktowanie, a może brak tego kontraktowania, czy zlecenie wykonywania zadań medycznych? W jaki sposób będą dzielone pieniądze, wedle jakich kryteriów? Kto to zrobi, bo przecież są to miliony zdarzeń codziennie. W każdym województwie dziesiątki podmiotów medycznych świadczy dzisiaj usługi. Jeżeli państwo chcą wszystko zlikwidować i przenieść do urzędów wojewódzkich, to nie będzie to powrót do systemu budżetowego, który był postpeerelowski. Dzisiaj mamy inną rzeczywistość. Nawet, jeśli ktoś myślał o likwidacji systemu ubezpieczeń i systemu Narodowego Funduszu Zdrowia kiedyś, to jest to coś innego niż dzisiaj. W jaki sposób podmioty medyczne będą angażowane w świadczenie usług pacjentom?

Druga rzecz. Dzisiaj, po dziesięciu latach, kiedy państwo mówili o sieci szpitali, też jest inna rzeczywistość. Już nie da się zrobić sieci murów. Zresztą, uważam, że zdroworozsądkowe było to, co dzisiaj obowiązuje, czyli, stworzenie mapowania, jakie usługi medyczne, w jakiej liczbie i w konkretnych dziedzinach, mając na uwadze epidemiologię w danym województwie, są potrzebne pacjentom w danym województwie. Co pan rozumie pod hasłem „sieć szpitali”? Z czym to się w ogóle kojarzy, bo hasło ładnie brzmi, ale nic nie znaczy? Chciałabym, żeby pan minister powiedział coś więcej.

Ponowię pytanie, które już dzisiaj padło, dotyczące leków dla seniorów. Dzisiaj w naszym społeczeństwie jest sporo osób powyżej 75 roku życia. One często mają po kilka chorób przewlekłych i rzeczywiście często jest tak, że pochłania to kilkaset złotych w ich budżecie. W jaki sposób, czy będą jakiegokolwiek ograniczenia, czy każdy pacjent powyżej 75 roku życia otrzyma wszystkie potrzebne mu leki za darmo? Taka była zapowiedź programowa w trakcie kampanii wyborczej. Chciałabym się dowiedzieć, czy rzeczywiście każdy chory pacjent powyżej 75 roku życia dostanie za darmo wszystkie potrzebne mu leki, niezależnie od tego, czy są refundowane, czy nier refundowane, bo pacjenci na swoje przewlekłe choroby biorą i takie, i takie.

Czwarta rzecz – to już pytanie szczegółowe, bieżące. Na sali sejmowej w nowej kadencji jest czytanie obywatelskiego projektu dotyczącego ustawy refundacyjnej, zaproponowanego przez lekarzy z Porozumienia Zielonogórskiego. Jaki jest stosunek pana ministra i rządu do tej ustawy? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Pani premier Kopacz, bardzo proszę.

Posel Ewa Kopacz (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, mam trzy pytania. Pierwsze dotyczy finansowania i wiarygodności, o której tak łatwo mówił pan przewodniczący Latos. Skoro o tej wiarygodności mowa, to chcę zapytać – jak pan podejdzie do obiecanych podwyżek dla ratowników medycznych i pielęgniarek pracujących w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego? To jest już zupełnie inna działka pieniędzy – jest to budżet państwa. Czy, w związku z tym, wniesie pan poprawkę do budżetu, która zapewni to finansowanie i podwyżki dla tej grupy zawodowej, czy też, jeśli nie wniesie pan takiej poprawki do budżetu, poprze pan poprawkę, którą wniesie opozycja?

Następna sprawa dotyczy nadwykonań. Czy będzie zapłacone za jakiegokolwiek nadwykonania zakładom opieki zdrowotnej w ramach rozwiązywanym w tej chwili rezerw w Narodowym Funduszu Zdrowia?

Trzecia sprawa dotyczy rezydentur. Czy utrzyma pan 100-procentowe finansowanie rezydentur, tak jak to zostało wprowadzone przez poprzednią ekipę?

Ostatnia rzecz, która – co muszę powiedzieć – trochę mnie zdziwiła, a mianowicie sprawa instytucji, które świadczą w ramach pakietu onkologicznego. Pan użył takiego określenia, że te instytucje traciły. Powiem, panie ministrze, że pakiet onkologiczny nie powstawał dla tych instytucji, tylko dla najciężej chorych pacjentów. Co zamierza pan zrobić? Jeżeli odpowiedź na pytanie dotyczące wypłacenia nadwykonań będzie pozytywna, to rozumiem, że instytucje świadczące w ramach pakietu onkologicznego, w których wystąpiły nadwykonania, nie będą mieć kłopotu finansowego, natomiast, jeśli nie będą wypłacane nadwykonania, to jak pan zamierza wzmocnić te instytucje, które w ramach pakietu onkologicznego wykonują swoje świadczenia.

To jest właściwie wszystko, poza jednym zasadniczym zdaniem w ramach wiarygodności. Jeśli państwo zamierzają wprowadzić bezpłatne leki dla emerytów i rencistów powyżej 75 roku życia, to chcę zapytać – w ramach jakich środków i jaka jest symulacja tego wydatku? Czy będzie pan to robić w ramach refundacji – a wie pan, że może to wynosić od 1 do 9 mld zł – czy będzie pan to robić z budżetu państwa, przenosząc już tę część działu medycyny do finansowania budżetowego? Jednak nie może pan tego zrobić bez ustawy. Kiedy będzie pan procedować ustawę, która pozwoli przenieść tę część, jak chociażby finansowanie leków dla emerytów i rencistów, do budżetu państwa? Jeśli tak, to w jakiej wysokości będzie zgłoszona poprawka do budżetu? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pani poseł Szczypińska.

Poseł Jolanta Szczypińska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, szanowna Komisjo, mam pytanie – ono tu wybrzmiało – które dotyczy skomercjalizowanych szpitali przekształconych w spółki prawa handlowego. Nieprawdą jest, że szpitale nie zostały zmuszone. Zostały zmuszone do komercjalizacji. Przykładem tego są szpitale w województwie pomorskim. Większość z nich nie była zadłużona, więc nie było podstaw do komercjalizacji. Moje pytanie brzmi tak. Te szpitale zostały skomercjalizowane, przekształcone w spółki prawa handlowego i są własnością, na przykład, marszałka województwa pomorskiego. W tych szpitalach – jak wiadomo – w większości nie chodzi o dobro pacjenta, tylko o zysk, bo jest to spółka prawa handlowego. Niestety, zachodzą sytuacje patologiczne, nad którymi nie ma żadnego nadzoru i nie ma możliwości reakcji. Mam pytanie – czy minister zdrowia planuje tę sprawę załatwić w ten sposób, żeby to jednak pacjent był podmiotem w szpitalu, a nie zarząd szpitala, który tylko generuje zyski? Służę informacjami ze szpitala w Słupsku o tym, co się tam dzieje. Czy jest projekt ustawy, która będzie zapobiegać przymusowej komercjalizacji, a także odwrócić tę sytuację, że szpitale zamienione w spółki prawa handlowego, których udziały nie zostały jeszcze zbyt prywatnym podmiotom, są w tej chwili marginalizowane, a opieka zdrowotna nad pacjentem, niestety, nie istnieje? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Pani poseł Kopcińska.

Poseł Joanna Kopcińska (PiS):

Dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, niewątpliwie cieszy, zwłaszcza środowiska zainteresowane, czyli pielęgniarские, deklaracja pana ministra odnośnie do kontynuowania realizacji podwyżek dla pielęgniarek. Wiemy jednak, jak wiele emocji wzbudzały negocjacje, które zakończyły się sukcesem, ale te wątpliwości pojawiły się również po ogłoszeniu tego sukcesu, zarówno w środowisku pielęgniarek, jak i wśród dyrektorów placówek, które te podwyżki mają wprowadzać. Krótko mówiąc, chcę zapytać – jaki jest stan zastany? Czy stan zastany pozwala na optymizm? Jakie widzi pan ewentualne zagrożenia, jeżeli takowe są, dla realizacji tego projektu? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Pani poseł Hrynkiewicz.

Posel Józefa Hryniewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, mam kilka pytań. Panie ministrze, czy wycofa pan zarządzenie z 10 listopada o prywatyzacji kontroli wody, w tym wody komunalnej dostarczanej mieszkańcom, które podpisał pana poprzednik.

Czy podjął pan działania, a jeśli nie, to jakie działania pan planuje, jeśli chodzi o amatorski eksport leków na przemysłową skalę? Już dzisiaj jestem zasypana skargami od farmaceutów w tej sprawie.

Trzecie pytanie. Czy przywróci pan minister Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, rozczłonkowany, a właściwe rozdeptany przy przyjmowaniu ustawy o zdrowiu publicznym? W tej sprawie bardzo wielu psychiatrów oraz środowisk, które wspomagają ludzi z zaburzeniami psychicznymi, w tym rodzin, występuje o to, żeby ten program przywrócić w jego pierwotnej postaci, zapewnić mu nadzór i właściwe finansowanie.

Kolejne pytanie. Czy i kiedy dokona pan odprywatyzowania procesu legislacji, jaki ma miejsce w Ministerstwie Zdrowia od kilku lat? Prace legislacyjne powierza się różnego rodzaju grupom, także lobbystycznym i prywatnym kancelariom.

Kolejne pytanie, ostatnie. Czy odpowie pan na te uwagi, wnioski i zarzuty, które w kolejnych raportach przedstawiała w ostatnich latach Najwyższa Izba Kontroli, a na które nigdy, na posiedzeniu Komisji w ostatnich czterech latach, nie usłyszeliśmy żadnej odpowiedzi i żadnego wniosku odnośnie do tego, jak Ministerstwo zamierza sprawy uporządkować.

Rozumiem, że są to pytania skomplikowane. Jeśli więc odpowiedź na te pytania nie jest możliwa dzisiaj, to poproszę o odpowiedź na piśmie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Pan poseł Ruciński.

Posel Marek Ruciński (N):

Panie przewodniczący, panie ministrze, moje pytania będą raczej bardzo proste, dlatego, że ja nigdy na tej sali nie siedziałem na żadnym miejscu. Moja pierwsza uwaga do pana ministra. Wydaje mi się, że odniesienie do PRL jest jednak zasadne. Mianowicie, od roku 1944 do 1989 roku żyliśmy w Polsce w realnym socjalizmie i jako praktykujący od 1977 r. lekarz, przede wszystkim „szpitalnik”, pamiętam te lata – oczywiście, nie od 1944 r. – jako okres, w którym właściwie nic się nie działo. Natomiast państwa, które pan podał, panie ministrze, głównie skandynawskie, przez te 45 lat, nie mając realnego socjalizmu, miały czas na to, żeby opiekę zdrowotną wspaniale reformować i bardzo możliwe, że na koniec doszły do wniosku, że pieniądze publiczne są najlepsze.

O czym mówiła pani poseł Chybicka? Mówiła o powrocie, a właściwie o wstecznej rewolucji. Również pamiętamy jako lekarze, że musieliśmy przejść cały etap tworzenia kas chorych. Nie było to łatwe. W momencie, kiedy kasy chorych zaczęły już działać nienajgorzej, pojawił się Narodowy Fundusz Zdrowia, a ostatnio, poprzez jego arbitralne aneksy do umów, to głównie lekarze musieli ponosić skutki wszystkich tych zmian. Obawiam się, że tym razem, przy powrocie do niewiadomo czego, to znowu lekarze będą musieli od nowa poznać wszystkie procedury zmian.

Trzecia sprawa. Wspomniał pan minister o ryzyku nadużyć. Rzeczywiście, taki program jak „senior i bezpłatne recepty” jest idealnym polem do nadużyć. Obawiam się, że już sam pomysł jest dużym obciążeniem dla budżetu, ale także kontrola, żeby tych nadużyć nie było, będzie dodatkowym kosztem, żeby to znowu lekarze nie byli odpowiedzialni za te nadużycia.

Ostatnie pytanie, kierowane do pana ministra. Przez lata był pan działaczem, a potem frontmanem izb lekarskich – wspaniałe czasy – ale w pana wypowiedzi nie padło ani słowo o izbach lekarskich, a wydaje mi się, że to jest czas dla tego, żeby były one łaskawie, od czasu do czasu, gremium doradczym, bo jest to tkanka, coś najlepszego, co może dać doskonałą informację i być doskonałym konsultantem dla pana ministra.

Pozwolą państwo – panie przewodniczący, panie ministrze i państwo – że zadam pytanie – a pierwszy podniosę rękę – bo wydaje mi się, że na tej sali wszyscy się znają mimo zmiany kadencji. Mam pytanie, ile jest osób na tej sali, które są lekarzami i są po raz pierwszy w Komisji Zdrowia. Dziękuję. Wspaniała młoda krew. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Jeśli wyczerpała się lista mówców ze strony posłów, to jeszcze ja mam kilka pytań do panów ministrów. Panie ministrze, mam kilka pytań. Mam nadzieję, że nasza współpraca będzie przebiegać bardzo merytorycznie i precyzyjnie.

Zacznę od tego, że powiedział pan o kłopotach z systemem informatyzacji, które pana zdziwiły. Mam nadzieję, że to nie jest wiedza zaskakująca dla pana ministra, bo przecież zarówno za czasów pani minister Kopacz, jak i za moich z czasów, kiedy byłem ministrem zdrowia, a także, kiedy ministrem zdrowia był prof. Zembala, był pan zatrudniony jako ekspert w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Z tego, co wiem, zrezygnował pan tuż przed nominacją. W związku z tym myślę, że ta wiedza nie jest dla pana wiedzą tajemną.

Chciałbym dopytać pana o taką rzecz, panie ministrze. Wielokrotnie słyszałem, czy czytałem pana wypowiedzi, w których wyrażał pan jasno pogląd, że jest zwolennikiem wprowadzenia dopłacania przez pacjentów. Tych cytatów jest całe mnóstwo – nie chcę zajmować naszego wspólnego czasu. Wielokrotnie pan mówił o tym, że to byłoby dobre rozwiązanie. Chciałbym zapytać – jak pan dzisiaj odnosi się do swoich poglądów w tej sprawie?

Chciałbym dopytać także o POZ, bo usłyszałem, że pan minister planuje napisać specjalną ustawę o POZ. Chciałbym przypomnieć, że w czasie protestu Porozumienia Zielonogórskiego, kiedy zamknięto drzwi przed pacjentami, pan z ramienia Naczelnej Rady Lekarskiej, ramię w ramię ze związkiem zawodowym, wspierał to działanie. Czy mogę usłyszeć ze strony pana ministra deklarację, że ustawa o POZ będzie zawierać tylko dobre rozwiązania dotyczące lekarza rodzinnego, a ze wszystkimi patologiami w systemie będziemy walczyć i nie dopuścimy więcej do takiej sytuacji, żeby lekarze jakiegokolwiek części systemu ochrony zdrowia zamknęli gabinety przed pacjentami, a już na pewno nie dopuścimy do sytuacji takiej – będę o to bardzo dbać jako członek samorządu lekarskiego – żeby Naczelna Rada Lekarska wspierała tych lekarzy, którzy zamykają gabinety przed pacjentami. Mam nadzieję, że ta ustawa będzie takim zdarzeniem zapobiegającym.

Chciałbym pana dopytać, w związku z tym, że program *in vitro* trwa w Polsce już od kilku lat – urodziło się 3700 dzieci – czy zamierza pan zlikwidować program *in vitro*, podtrzymać program *in vitro*, czy w dalszym ciągu finansować go z budżetu państwa? Chciałbym zapytać, czy zamierza pan wprowadzać zmiany w przepisach dotyczących klauzuli sumienia. Wielokrotnie wypowiadał się pan na ten temat. Także jako działacz samorządu lekarskiego kierowali państwo te przepisy do Trybunału Konstytucyjnego. Czy zamierza pan zaostriżyć, czy być może zliberalizować przepisy dotyczące klauzuli sumienia, czyli klauzuli, która pozwala lekarzowi odmówić wykonania procedury medycznej u pacjenta?

Chciałbym także odnieść się jednym zdaniem do pakietu onkologicznego, w stosunku do którego wyraził pan ubolewanie, że instytucje straciły pieniądze na pakiecie onkologicznym. Panie ministrze, celem pakietu onkologicznego było skrócenie czasu diagnozy i leczenia pacjentów, a nie wzbogacanie kolejnych instytucji. Dlatego będziemy się różnić w ocenie tej sytuacji.

Chciałbym dopytać także pana ministra Gryzę, który w czasach minionych był szefem mazowieckiej kasy chorych, a potem – jeśli dobrze pamiętam historię – prezesem Urzędu Ubezpieczeń Zdrowotnych, a więc budował system kas chorych – jak dzisiaj widzi swoją rolę w likwidacji płatnika, którego wcześniej w pewnej formule budował.

Ostatnie pytanie mam do pana ministra Łandy. W ostatnich dniach odeszło z funkcji dyrektorów dwóch wieloletnich, bardzo merytorycznych dyrektorów departamentu leków w Ministerstwie Zdrowia – pan dyrektor Fałek i pan dyrektor Bartolik. Obaj już nie pracują w tym departamencie. Dzisiaj na liście, którą państwo przedstawili, mówiącej, kto będzie reprezentować resort, widziałem przedstawicieli wszystkich departamentów oprócz departamentu leków. Kiedy poprosiłem sekretariat Komisji o sprawdzenie, kto będzie reprezentować departament leków na posiedzeniu, usłyszałem, że osobiście pan minister Łanda. Pan staje przed bardzo trudnym zadaniem, właściwie najtrudniejszym, jakie jest w resorcie. Pan staje dzisiaj przed zadaniem i koniecznością – pan w sensie nadzoru, a nie osobiście, personalnie... Zwolniwszy tych dyrektorów *de facto*

bierze pan całą odpowiedzialność na siebie. Staje pan przed najtrudniejszym zadaniem, negocjowania z koncernami farmaceutycznymi budżetu refundacyjnego, sięgającego 11 mld zł publicznych pieniędzy. Negocjacji, które toczyły się w resorcie przez wiele lat i których celem było obniżenie ceny leków i konkurencji między producentami, firmami farmaceutycznymi. Dzisiaj podjęli państwo w resorcie decyzję, że dwóch kluczowych dyrektorów tego departamentu, którzy te negocjacje prowadzili od lat, odchodzi z pracy. Jednocześnie bierze pan na siebie odpowiedzialność, będąc jeszcze kilka dni temu prezesem fundacji, która – jak się zdaje – bardzo blisko z koncernami współpracowała, a także pobierała od nich wynagrodzenie finansowe. Chciałbym wyjaśnić, jak pan planuje, jak pan rozumie swoją niezależność i przejrzystość, których absolutnie nie podważam. Jak pan planuje przeprowadzić proces przejścia z jednej strony barykady na drugą stronę barykady, od człowieka, który współpracował z koncernami farmaceutycznymi, do człowieka, który musi dzisiaj z koncernami farmaceutycznymi negocjować?

Chciałbym zapytać o jeszcze jedną rzecz pana ministra Łandę. Tu posłużę się dwoma cytatami. To są cytaty z przeszłości pana ministra. „Darmowe leki. Pytanie – skąd wziąć na to pieniądze? . Jeśli ma to być kosztem pieniędzy na inne części koszyka obejmujące świadczenia nielekowe, to nie jest to dobry pomysł. To hasło wyborcze i nic więcej”. Nawet 23 września tego roku, czyli miesiąc przed wyborami parlamentarnymi, był pan łaskaw wypowiedzieć się w jednym z portali internetowych – cytuję pana słowa – „Darmowe leki dla seniorów to niebezpieczna obietnica”. Panie ministrze, to czy jest pan za darmowymi lekami czy przeciw, bo różnica czasowa nie jest duża. Wrzesień był niedawno. Rozumiem, że pan wtedy nie był ministrem. Myślę, że w niektórych sprawach mamy nawet podobną opinię odnośnie do pewnych projektów. Chciałbym jednak znać pana opinię w tej sprawie dzisiaj, kiedy już jest pan ministrem. Czy darmowe leki – tak, czy, jak we wrześniu – nie? Ponieważ pan bierze odpowiedzialność personalną za deparlament leków, jest to kluczowe w tej chwili, bo pozbawił pan departament nadzoru dyrektorskiego. Jakie ma pan plany?

Przepraszam, myślałem, że to ostatni głos. Jeszcze pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja ma tylko jedno krótkie pytanie zainspirowane wypowiedzią pana przewodniczącego. To pytanie w zasadzie chciałbym skierować do pana przewodniczącego. Myślę o sytuacji związanej z nieobecnością, zwolnieniem dwóch panów dyrektorów – pana dyrektora Fałka i zdaje się pana dyrektora Bartolika. Ci panowie, przypisując sobie pewne możliwości, interpretowali przepisy ustawowe, prowadząc pewną korespondencję z różnymi hurtowniami farmaceutycznymi. Było to w czasach, kiedy pan przewodniczący pełnił funkcję ministra. Chciałbym zapytać, czy pan przewodniczący wiedział o tamtej korespondencji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Oddaję głos panu ministrowi. Przepraszam bardzo, w tej chwili udzieliłem głosu panu ministrowi. Czy pani premier chce jeszcze zabrać głos? Zaproszeni goście oczywiście zadadzą pytania. Proszę pana ministra o ustosunkowanie się do pytań posłów i oddaję głos posłom.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, bardzo dziękuję za pytania. Najgorzej, kiedy nie ma pytań. Wtedy nie ma sprawy.

Chciałbym powiedzieć tak, że kiedy państwo posłowie należący do Platformy Obywatelskiej pytają o to, co zamierzam zrobić z problemem, który właśnie teraz jest, to mam nieprzepracowane wrażenie, albo pokusę złośliwości, bo jestem ministrem od dwóch tygodni. Nie wiem dokładnie, ale coś koło tego. W związku z tym, jeżeli mówimy o poważnym problemach, które w tej chwili są do rozwiązania, to – na miłość boską – ciężko pracujemy, żeby zastanowić się, jak z nich wybrnąć, natomiast nie my jesteśmy autorami tych problemów.

Jeżeli pan poseł Miller pyta o to, jak zrealizować te, jak sam pan mówi, dobre pomysły, to powiem tak. Wydaje się, że jest sporo pomysłów, które można zrealizować stosunkowo

niewielkim albo prawie żadnym kosztem, jak, na przykład, przywrócenie w najbliższym czasie stażu podyplomowego lekarzy. To będzie koszt za jakiś koszt, który nazwałbym po prostu powrotem do normalności. To nie jest tak, że ten koszt... Na przykład, w tym roku ponosiliśmy, w przyszłym roku też będziemy go ponosić. Jest to zapisane w projekcie budżetu przygotowanym przez poprzedni rząd. Jest to, po prostu, powrót do normalności. A przy okazji, jest to kwestia pewnych priorytetów. Akurat ten przykład wiąże się z tym, co niektórzy nazywają groźbą felczyzacji medycyny. Lekarze muszą się uczyć długo teoretycznie, a później praktycznie też muszą się nauczyć, i to jako lekarze, a nie studenci, żeby móc mieć normalną relację z pacjentem. Myślę jednak, że odpowiedź na to pytanie pana posła o środki jest taka. My potrzebujemy pewnej mapy drogowej. Nie jest tak, że można to zrealizować w ciągu miesiąca. Nie powiedziałem, że to wszystko zacznie się za miesiąc, że wszystkie te rzeczy, o których powiedziałem, zmienimy za miesiąc. Oczywiście, tak nie będzie. Przypominam te słowa, które powiedziałem na koniec swojego wystąpienia, że zapraszamy w tej chwili do wielkiej debaty na ten temat. Będziemy spokojnie przygotowywać rozwiązania, a decyzje będą mieć charakter odroczoney. To jest w zasadzie odpowiedź na pytanie, w jaki sposób będzie można to zrealizować, nie dzisiaj, nie jutro, ale może już pojutrze, a może z jeszcze z jakimś odroczeniem. Po prostu, służba zdrowia w Polsce potrzebuje spojrzenia perspektywicznego. Myślę, że to jest to, czego dzisiaj potrzebujemy w wielu obszarach, ale w ochronie zdrowia jest to zupełnie fundamentalna sprawa. Rzeczywiście, nie da się zrobić tych rzeczy od razu.

Jednocześnie chciałbym obiecać tym, którzy tu siedzą, że będę rzecznikiem wzrostu nakładów na ochronę zdrowia. Czy mi się to uda? Czas pokaże, ale na pewno zgodzę się z panem, że nie da się tego zrobić bez pieniędzy. Odnośnie do tego nie mam żadnej wątpliwości. Nie zmieniam w najmniejszym stopniu swojego poglądu, że poziomem minimum nakładów na ochronę zdrowia ze środków publicznych, to 6% Produktu Krajowego Brutto. W ostatnich latach ten odsetek się zmniejszył, niestety. Z tym trzeba walczyć. Odnośnie do tego jest pełna zgoda. Mam nadzieję, że w tej sprawie będę mieć wsparcie także posłów z opozycji.

Pani prof. Chybicka. Troszkę zdziwiłem się i zabolalo mnie, że pani profesor powiedziała, że narzekałem na system ochrony zdrowia. Ja naprawdę widzę bardzo wiele dobrych rzeczy, które się dzieją i o tym, że jest wiele dobrego, w ogóle nie ma co dyskutować. To się dzieje na wielu poziomach, ale oczekiwania Polaków rosną. Nie ma żadnej wątpliwości, że mówienie dzisiaj o tym, że jest dobrze, jest, po pierwsze, niezbyt produktywnie, a po drugie, mam wrażenie, a raczej mam pewność, że nie jest zgodne z odczuciami znakomitej większości Polaków, pacjentów, już nie mówiąc o pracownikach systemu ochrony zdrowia, organizatorach itd.

Jeżeli chodzi o zarzut pani profesor, że skoro jest tak dobrze, to dlaczego zapowiadamy przewrót systemu, jeszcze raz chcę podkreślić, że to nie jest plan na miesiąc czy dwa. To jest plan długofalowy, związany z pewnymi trendami na świecie. A trend, zwłaszcza jeśli chodzi o to, co panią profesor szczególnie interesuje, a więc opieki nad dziećmi, a już szczególnie nad dziećmi bardzo chorymi, jest czymś, co powinno być odpowiedzialnością państwa, w tym kierunku będziemy zmierzać. Sieć szpitali i referencyjność, o którą pani profesor pytała, będzie wprowadzana właśnie po to, żeby zaopiekować się tymi, którzy w warunkach mniej czy bardziej zaawansowanego rynku mogliby sobie nie poradzić.

Medycyna szkolna – to kolejne pytanie pani profesor – ma się zajmować przede wszystkim promocją zdrowia, profilaktyką, wczesnym wykrywaniem chorób, a nie leczeniem na terenie szkoły. To jest oczywiste. Rozwiązania, jeszcze raz powtarzam, bo już chyba o tym wspomniałem we wstępnym wystąpieniu, że nie mówimy o tym, że w każdej szkole ma być pełnoprofilowy gabinet stomatologiczny i pełnoprofilowy gabinet lekarski. To oczywiście w ogóle nie byłoby możliwe. Natomiast, mówiłem o tym, że jest możliwe, że jeżeli w gminie jest jedna duża szkoła, w której jest pełnoprofilowy gabinet, to inne szkoły z niego korzystają. Tam, gdzie nie ma takiej możliwości, należy po prostu zorganizować opiekę w taki sposób, żeby była ona możliwa poza szkołą, w placówkach, które z tymi szkołami sąsiadują.

Jeżeli chodzi o zatrzymanie wyjazdów z Polski lekarzy i pielęgniarek – bo o to też pani poseł pytała – to mogę powiedzieć tak. W przypadku lekarzy problem nie jest już taki ostry jak kiedyś. Myślę, że to nie jest najważniejsze. Nawet jeśli jest tak, jak pani profesor mówi, że wielu studentów czy młodych lekarzy deklaruje myślenie o wyjeździe, to wielu z nich myśli o tym, żeby wyjechać i się wykształcić czy dokończyć. Wielu z nich wraca do Polski w ostatnim czasie. Tak mówią statystyki, które są dostępne. Wydaje się, że w tej chwili nie ma tego problemu w ostrej formie. W związku z tym, jeśli stajemy wobec problemu niedostatecznej liczby lekarzy, to w tym przypadku najważniejsze jest przede wszystkim kształcenie większej liczby lekarzy. Zwracam uwagę na to, że jeśli dzisiaj zaczniemy kształcić więcej lekarzy, to dopiero za mniej więcej 10 lat będziemy mieć specjalistów przy łóżku chorego. Jeśli teraz tego nie zaczniemy, to odsunie się to w czas w ogóle niemożliwy do przewidzenia i pozostanie nam to, co robią niektóre zamożniejsze kraje Europy Zachodniej, czyli – moim zdaniem – niemoralny system aktywnej rekrutacji z krajów, gdzie jest jeszcze gorzej. Trzeba na to patrzeć także w wymiarze globalnym. Trzeba sobie zdawać sprawę z tego, że Polska jest jednym z najbogatszych krajów na świecie i my wobec takiego problemu już stajemy, bo dzisiaj ci lekarze, którzy do Polski przyjeżdżają, to są lekarze z krajów biednych, w których wcale nie ma nadmiaru lekarzy. Musimy polegać na swoich możliwościach. One istnieją, dlatego że wszyscy rektorzy uczelni medycznych w Polsce deklarują, że mogliby kształcić więcej lekarzy. Planujemy, żeby w przyszłym roku zostało przyjętych na studia medyczne w języku polskim – co podkreślam – około 15% studentów więcej.

Jeśli chodzi o sprawę pielęgniarek, to sytuacja jest bardziej krytyczna, bo trzeba powiedzieć, że kształcenie większej liczby pielęgniarek nie rozwiązuje problemu, ponieważ – jak mówiłem – tylko 1/3 z nich chce zostać w Polsce albo zostać w zawodzie. Trzeba przygotować bardziej kompleksowe rozwiązanie, które uczyni ten zawód bardziej atrakcyjnym.

Pan profesor Pawłowicz mówił o aneksowaniu i ryzykach z tym związanych. Już sygnalizowałem, że rzeczywiście to może być problem dla tych, którzy zainwestowali i chcieliby nowego kontraktu. Zwracam uwagę na to, że w tym zakresie, jeżeli środki na to pozwolą, są możliwe konkursy uzupełniające. Prawo to przewiduje. Aneksowanie, przesunięcie kontraktowania, nie zamykamy takiej drogi.

Natomiast, jeśli chodzi o pakiet onkologiczny, to pan poseł pyta – to zresztą jest pytanie, które powtarzało się kilkakrotnie... Rzeczywiście w ostatnim czasie zostały dokonane trochę kosmetyczne zmiany w rozporządzeniach, czyli w tym, co jest bezpośrednio zależne od ministra zdrowia, które niewątpliwie poprawiają sytuację czy problemy związane z pakietem. Potrzebne są jednak zmiany ustawowe. Odnośnie do tego nie ma żadnej wątpliwości. Niestety, tak. Zwracam uwagę na to, że posłowie opozycji, a także wielu ekspertów zewnętrznych, przestrzegało w okresie przygotowywania pakietu onkologicznego przed niektórymi rozwiązaniami, na przykład, gdy Kartę DILO i różne inne rozwiązania bardzo szczegółowe i techniczne wpisywali państwo do ustawy. To jest wielki problem, który, niestety, my musimy rozwiązać, ale to nie my go stworzyliśmy. Prawda? W tej chwili bardzo wiele zmian technicznych, nawet kosmetycznych – tak bym powiedział – musi być dokonanych drogą nowelizacji ustawy. Jednak zapowiadam czy obiecuję, że będziemy nad tym pracować najszybciej jak się da, ale też nie w pośpiechu, bo potrzebna jest rozwaga. Zapewniam również, że już w tej chwili jestem w kontakcie ze środowiskami onkologicznymi, z ekspertami, których będę słuchać, jakie rozwiązania są najlepsze. Powiedziałem o prawdopodobnej likwidacji Karty DILO jako jednym z postulatów, które się powtarzają, które słyszę.

Pan poseł Hok pytał o sieć szpitali, jak ona będzie zorganizowana. Po pierwsze, odnośnie się do projektu, który – można tak powiedzieć – prawie był uchwalony. To był projekt pana profesora Religi. Myślę, że po cichu i w spokojnej debacie, nie takiej przed kamerami, większość osób zgadza się, że takie lub podobne rozwiązanie jest Polsce potrzebne. My z liczbą ponad 1000 szpitali w Polsce – 3 lata temu było ich 700 z niewielkim dodatkiem – po prostu przesadziliśmy, gdzieś się w tym wszystkim gubimy.

Jak będzie przebiegać akredytacja – to też było pytanie, które się powtarzało. Kto będzie mógł wejść do tej sieci? Po pierwsze, projektu ustawy jeszcze nie ma. To też nie

będzie ustawa, która drogą poselską wejdzie za tydzień. Będziemy o tym rozmawiać. Na pewno tym, co będzie podstawowym kryterium wchodzenia do sieci, będzie jakość. Nie wyobrażam sobie, żeby w publicznej sieci znalazły się szpitale, które nie są w taki czy inny sposób akredytowane. Mówiąc „akredytowane” nie mam na myśli tego sposobu akredytacji, który obowiązuje dzisiaj, bo jest on nadmiernym oczekiwaniem, niemożliwym do spełniania przez wiele jednostek. Wydaje się jednak, że jakiś sposób akredytacji jakości, taki, na przykład, jak istnienie systemu zarządzania jakością, zarządzania ryzykiem, jak obowiązek prezentacji wyników, co – jak można powiedzieć – jest już normą na świecie, to będą warunki do tego, żeby w takiej sieci szpitali się znaleźć.

Pan poseł pytał również o taryfy. Przypominam, że to nie jest coś, co nam spada w tej chwili na głowę, bo one będą obowiązywać od 2017 r., więc można tam jeszcze porobić korekty.

Pytał pan o to – zresztą, nie tylko pan poseł, ale też następne osoby – czy rzeczywiście mamy do czynienia z przymusem komercjalizacji, czy nie przesadziłem używając tego określenia. Proszę państwa, nie przesadziłem. Proszę zajrzeć do obowiązującej ustawy o działalności leczniczej. Ona, w przypadku kłopotów finansowych podmiotu publicznego, mówi o czterech możliwościach – ujemny wynik pokrywa albo podmiot, albo organ założycielski, albo dochodzi do likwidacji lub komercjalizacji. W sytuacji, kiedy dotyczy to podmiotu, jakim, na przykład, jest szpital powiatowy, jak to nazwać inaczej, jeśli nie przymusem komercjalizacji w sytuacji, kiedy podmiot nie pokryje ujemnego wyniku, jednostka samorządu terytorialnego nie ma na to pieniędzy, na likwidację nie można sobie pozwolić. Wobec tego trzeba go przekształcić w spółkę. Prawda? Czy to dobrze, czy to źle, to jest osobna sprawa, ale po prostu tak jest. Tak mówi ustawa. Można to nazwać przymusem albo okolicznością, która sprzyja, i to mocno, takiej sytuacji, ale – moim zdaniem – wygląda to jak przymus. Można się spierać o słowo.

Dziękuję bardzo panu posłowi Latosowi za szereg pytań. Jeżeli chodzi o Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i problem projektu P1, to – jak już wspominałem – mamy bardzo poważny problem polegający na tym, że z jednej strony wisi nad nami wizja zwrotu 0,5 mld zł Komisji Europejskiej, a z drugiej strony mamy projekt, który nie jest gotowy, wobec tego to, o czym wszyscy marzyliśmy – co jest zapisane w ustawie nowelizującej ustawę o informacji w ochronie zdrowia, która właśnie wchodzi w życie – że będą elektroniczne recepty, elektroniczne zlecenia, skierowania... Zwolnienia też, ale to nie przez P1... Jesteśmy w bardzo trudnej sytuacji i próbujemy robić co się da, żeby uratować, co się da.

Poprosiłbym teraz pana ministra Piotra Gryzę, żeby powiedział kilka słów o tym, jak ta sytuacja wygląda, bo myślę, że to nas wszystkich bardzo trapi. Nie ukrywam, że zajmowaliśmy się tym bardzo intensywnie, nie mając nawet czasu, żeby zająć się czymś innym. Proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, przede wszystkim, przycisnęły nas terminy, bo to 30 listopada, kiedy produkty powinny być oddane i 31 grudnia, kiedy kończy się finansowanie projektu. Ten projekt trwa już cztery lata i jego efekty powinny być widoczne, a ich nie ma. Z naszej perspektywy, na podstawie prowadzonych analiz, które rozpoczął poprzedni minister, pan prof. Zembala – do czego bardzo pozytywnie się odnieśliśmy, bo była to próba ratowania projektu – dochodzimy do wniosku, że ten projekt w tej formule organizacyjnej, w tej formule projektowej, nie ma szans przyniesienia efektu. Cztery lata trwa projekt, przekładane są ciągle terminy, a rygor wykonalności niestety zapada.

Poza tym, jeśli można, to jeszcze drobna nutka związana z systemem w ogóle. Otóż, w systemie mamy dwa wielkie źródła gromadzenia danych. Pierwszy, to Narodowy Fundusz Zdrowia, a drugim miał być właśnie CSIOZ i system P1. Niestety, pewnym makro błędem – jak sądzę – było to, że systemy te w ogóle nie są ze sobą spójne. Rozpoczęto wielki projekt bez relacji z tym zbiorem danych i systemem, który jest realny i działa. Ponieważ jednak, na podstawie analizy – i bardzo krótkiej, bo terminy płyną nieubłagane – doszliśmy do wniosku, że ten projekt nie ma szans powodzenia. To również

wynikało z analiz, które przeprowadził zespół w czasie urzędowania pana ministra Zem-bali. Dlatego, kiedy upłynął termin, CSIOZ, bo to była jego kompetencja – możemy już państwa poinformować, zresztą komunikat zostanie podany jutro lub nawet już dzisiaj – w zależności od istniejącej sytuacji projektowej – przypominam, że żaden finalny produkt użytkowy nie został oddany – w przypadku strumienia pierwszego, w dniu 30 listopada odstąpił od umowy z wykonawcą, co wiąże się z nałożeniem kar umownych i rezygnacją z wykonywania produktów. W przypadku strumienia drugiego i trzeciego, częściowo odstąpił od wykonywanej umowy w zakresie produktów odebranych. Oczywiście, te produkty zostają, łącznie z prawem autorskim. W zakresie strumienia czwartego zaproponował porozumienie, ponieważ tam, na podstawie przeprowadzonej analizy i w końcu decyzji CSIOZ, zaangażowanie produktowe było największe.

Uważamy, że takie decyzje były absolutnie niezbędne, żeby w ogóle uratować ten projekt w takim sensie, żeby rozpocząć nieco inny sposób łączenia produktów, które w tej chwili zostały odebrane. Nie zamykamy tego produktu, tylko podejmujemy inny sposób wykończenia tych produktów, które zostały przyjęte. Chcemy skoncentrować się na przyrostowej metodzie realizacji tego produktu, tak, żeby w skończonym czasie można było wdrożyć najbardziej istotne i niezbędne elementy, które podniosłyby jakość systemu w opiece zdrowotnej. Myślimy przede wszystkim o e-recepcie. Na pewno zastany stan, stan tego projektu, będziemy jeszcze długo „nosić ze sobą”, ponieważ będziemy musieli toczyć postępowania z firmami. Takie są konsekwencje. Jednak trzeba wreszcie powiedzieć – jest termin wymagalności produktu. Jest termin, kiedy produkt powinien działać. Na to się zdecydowaliśmy.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, panie ministrze. Kontynuując odpowiedź na pytania pana przewodniczącego Latosa, o to, kiedy będą „leki 75+” odpowiadam, że projekt w ministerstwie jest już prawie gotowy. Bardzo szybko zostanie skierowany do normalnej procedury rządowej – stanie się projektem rządowym. Zostanie również skonsultowany na zewnątrz, tak jak wszystkie takie projekty. W zależności od tego, jak ta poważna konsultacja będzie przebiegać, jak najszybciej chcemy go wdrażać w życie.

W jaki sposób? Takie pytanie też było. W największym skrócie, bo było też kilka innych pytań o to, czy jest on bezpieczny. Z jednej strony, proszę państwa, chcemy zagwarantować pacjentom nie wszystkie leki. Pani premier mówiła o tym, że to może kosztować 9 mld zł. Nie ma o to obaw, dlatego że według naszych obliczeń, jeśli przyjrzeć się temu, ile pacjenci 75+ wydają na leki, to średnio wypada około 300 zł rocznie. Jest ich 3 mln, a więc nie są to takie pieniądze, ale oczywiście, proszę państwa, musimy zachowywać się odpowiedzialnie. Zatem, wśród leków, które będziemy zapisywać na listę – bo będzie odrębna lista dla seniorów... Po pierwsze, mechanizm wpisywania na tę listę będzie taki sam, jak mechanizm wpisywania na listę refundacyjną, czyli, będzie podlegać tej samej zasadzie... Tak samo będą zapadać te decyzje i będziemy się zachowywać krocząco, że tak powiem.

To znaczy, że na początek na pewno zostaną tam wpisane leki tanie, a także te, które, ze względów medycznych, są przypisane do starości, czyli takie, które są praktycznie stosowane w chorobach występujących przede wszystkim u osób starszych i w przypadku których ryzyko ich zapisywania innym osobom na osobę starszą będzie jak najmniejsze. To będzie pierwsze ograniczenie.

A drugie ograniczenie będzie takie, że chcielibyśmy, aby recepty tego typu mogły być wystawiane, czy te leki mogły być przepisywane przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a nie przez wszystkich lekarzy. Zobaczymy, jak to będzie działać. A jeżeli nie będzie sygnałów o nadużyciach, jeżeli te wydatki nie będą wymykać się spod kontroli, to będziemy tę listę sukcesywnie poszerzać. Przypominam, że co dwa miesiące jest możliwość tworzenia nowej listy.

Jeżeli chodzi o pytanie pani przewodniczącej, pani minister Małeckiej-Libery, to, po pierwsze, była taka refleksja z pani strony, że jest szykowana jakaś rewolucja. Zatem jeszcze raz powtarzam, że nie rewolucja, tylko ewolucja, bo nie szybko, a powoli – tak można powiedzieć w skrócie – z uproszczonego rynku, na którym regulacja trochę wymknęła się spod kontroli, do większej odpowiedzialności państwa. To jest kierunek

tej ewolucji, co nie znaczy, że nie ma miejsca dla prywatnych podmiotów na rynku, ale to wszystko musi być uregulowane i państwo, a nie rynek, musi być regulatorem tego wszystkiego.

Jeżeli chodzi o dopuszczenie do sieci czy w ogóle kwestię kontraktowania z ośrodkami, które mają charakter prywatny, to myślę, że jakoś musimy sobie poradzić z kwestią zysku – mówię o tym raczej jako o problemie, a nie rozwiązaniu – dlatego że mówimy o środkach publicznych. Myślę, że musimy mieć tego świadomość. To jest duży problem, o czym wiem, bo bardzo interesowałem się rozwiązaniami w Skandynawii. Ta sprawa jest jedną ze spraw głównych. Jeżeli środki publiczne są wydawane, to z nich nie może powstawać zysk, który żywi jakąś organizację czy instytucję, czy ludzi, którzy znaleźli sposób na to, żeby powiększać swoją zamożność. Środki publiczne, generalnie, służą do finansowania, do pokrywania kosztów tego, co jest uzasadnione ze względów publicznych. Myślę, że z tym musimy sobie jakoś poradzić. To nie jest prosta sprawa, ale generalnie – jeszcze raz powtarzam – kwalifikowanie tych, którzy będą mogli uczestniczyć w systemie, będzie oparte przede wszystkim na jakości, o której już mówiłem wcześniej.

Pytała pani również o kwestię medycyny szkolnej. Myślę, że na to pytanie już odpowiedziałem, że ona może być w szkole albo poza szkołą. Pytała pani także o to, czy będzie pełnomocnik do spraw zdrowia publicznego. Rozważamy taką możliwość. Myślę, że jeszcze jest za wcześnie, żeby odpowiedzieć na to pytanie, ale powiem – chyba tak.

Pan prof. Zembala zwrócił uwagę na przepisy konstytucyjne dotyczące konieczności szczególnej troski o dzieci, seniorów i kobiety w ciąży. Oczywiście, nic dodać, nic ująć. Konstytucja obowiązuje. Jednak chciałbym zwrócić uwagę na to, że art. 68 konstytucji mówi również o tym, że wszyscy obywatele mają prawo do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. O tym zobowiązaniu również nie można zapomnieć. Tak więc, szczególna troska, to jedno, ale troska o wszystkich, nie różnicując ich na tych, którzy z takiego czy innego powodu się nie ubezpieczyli albo nie mogli się ubezpieczyć, też należy do nas.

Pani poseł Gelert pytała o całodobową opiekę w podstawowej opiece zdrowotnej. Muszę powiedzieć, że jest to pytanie bardziej o plany niż o stosunek do rzeczywistości, bo ona jest, jaka jest. To znowu jest jedna z rzeczy zastanych. Mogę powiedzieć tylko tyle, że rozważamy pewne rozwiązania – mówię rozważamy, bo nie chciałbym, żeby to było już gdzieś rysikiem wypisane na kamieniu – w których, po pierwsze, izby przyjęć, a szczególnie szpitalne oddziały ratunkowe zostaną bardziej włączone do systemu ratownictwa medycznego, finansowane ze środków budżetowych, a także poszerzone o moduł nocnej opieki, w ramach którego zostaną objęci opieką ci, którzy już i tak tam trafiają. Chodzi o to, żeby w szpitalu można było w jakimś sensie oddzielić tych pacjentów, którzy przychodzą tam z powodu stanu nagłego i tych, którzy i tak przychodzą, żeby mogli być obsłużeni bez naruszania równowagi funkcjonowania i gotowości SOR do udzielania pomocy w sytuacjach nagłych.

Jeśli pani poseł pyta, kiedy wyrównamy nierówności płac pomiędzy kadrami i różnymi zawodami, to po prostu się uśmiecham. Przepraszam bardzo. Kiedy? Wtedy, kiedy to się uda. Na razie to się nie udało. Będziemy nad tym pracować. Powiedziałem, i jeszcze raz powtarzam – będziemy pracować nad rozwiązaniem, które będzie regulować wynagrodzenia w ochronie zdrowia w sposób kompleksowy, ale też z całą pewnością nie będzie to rozwiązanie, które zapewni wszystkim wynagrodzenia na poziomie, którego oczekują od jutra. Tak się po prostu nie da.

Pytała pani również o dwa miecze damoklesowe, które wiszą nad placówkami opieki zdrowotnej. Zdarzenia medyczne, to pierwsza sprawa. Proszę państwa, tu trzeba powiedzieć, że...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam, panie ministrze. Bardzo proszę o ciszę. W tej chwili zabrał głos minister zdrowia. Wysłuchajmy odpowiedzi na zadane pytania. Proszę o ciszę na sali.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Jeśli chodzi o zdarzenia medyczne, to powiedziałbym tak. Wszystko wskazuje na to, że odsunięcie tego o rok było tylko daniem sobie czasu na lepsze rozwiązanie. Myślę,

że wszyscy w tym zakresie się zgadzają, że to rozwiązanie tak zwanych zdarzeń medycznych... Używam sformułowania „tak zwane”, bo dla mnie jako lekarza zdarzeniem medycznym jako żywo nie jest to, co jest wpisane w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w rozdziale 13a, tylko, na przykład, wizyta albo operacja. To są zdarzenia medyczne. Dlaczego użyto takiego określenia? Naprawdę nie wiem. Jednak go użyto. Cały ten rozdział – moim zdaniem – jest po prostu do przepracowania. Osobiście byłbym za tym – mogę powiedzieć „osobiście”, bo na razie jest to dalekosiężny plan – żeby rozwiązać to tak, jak było w uzasadnieniu do nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – niektórzy z państwa to pamiętają – która wprowadziła ten rozdział, czyli, korzystając z rozwiązań, które są obecne w niektórych krajach, zwłaszcza skandynawskich, w Nowej Zelandii. Są to rozwiązania, które stanowią, że pacjenci poszkodowani w wyniku albo w związku z udzielaniem świadczeń medycznych mają szansę na odszkodowanie bez konieczności udawania się do sądu i bez konieczności udowodnienia winy. To są systemy, które dobrze się sprawdzają w niektórych krajach. Myślę, że do takiego systemu należałoby dojść w Polsce, zamiast tego nieszczęsnego ubezpieczenia od zdarzeń medycznych. Czy to się uda zrobić w rok? Tego nie wiem, ale z całą pewnością, jeśli ten rok będzie nam upływać, to obiecuję pani poseł, że będę za tym, żeby to odsunąć jeszcze o rok i dać sobie jeszcze więcej czasu, zresztą tak, jak zrobili to moi poprzednicy.

Jeśli chodzi o okres dostosowania się przedsiębiorstw, podmiotów leczniczych do tych wymogów, to mogę powiedzieć, że tu mamy trochę więcej czasu, bo to jest początek 2018 r. Myślę jednak, że znowu mamy do czynienia z podobną sytuacją, że kolejne kierownictwa Ministerstwa Zdrowia decydują, żeby to trochę przesunąć, bo wiadomo, że starych koszar napoleońskich nie da się poszerzyć o pół metra, bo to po prostu jest niewykonalne, a w takich miejscach są szpitale. Trzeba więc zadać sobie pytanie, czy... Tak, pieniądze – pan profesor mi tu podpowiada – ja wiem, ale z drugiej strony, w jakimś momencie trzeba sobie zadać pytanie, ile z tych wymogów rzeczywiście warunkuje bezpieczeństwo pacjenta i jakość wykonywanych świadczeń, bo to jest sprawa podstawowa. Nie, kiedy to się robi, tylko, czy w ogóle trzeba. Myślę, że trzeba jakoś wybrnąć z tego, bo inaczej nie ma to sensu.

Pani marszałek Radziszewska wspominała o systemie Narodowego Funduszu Zdrowia, jako o systemie ubezpieczeniowym. Ja bym z tym polemizował i myślę, że wszyscy, którzy zajmują się systemami ochrony zdrowia na świecie zgadzają się, że nazywać nasz system ubezpieczeniowym można tylko z bardzo dużym przybliżeniem. To jest system co najmniej mieszany. A w przypadku systemu mieszanego będziemy kłaść akcent w inną stronę, to znaczy na budżet i odpowiedzialność państwa, a nie fakt ubezpieczenia się przez pacjenta czy obywatela. Ten system jest mieszany. Przyszły system też będzie mieszany. Spokojnie możemy na to patrzeć jako na przejście ewolucyjne.

O sieci szpitali pani marszałek też wspominała. Przypominam, że już o tym mówiłem – o wskaźnikach jakościowych itd. Pytała też pani – to w zasadzie jest pytanie retoryczne – czy każdy pacjent 75+ będzie objęty programem darmowych leków. Odpowiadam po raz enty – tak, każdy pacjent, ale nie na wszystkie leki. Kilka dni temu w jednej z gazet przeczytałem nie bardzo życzliwy artykuł, że prawdopodobnie nie wszyscy pacjenci mogą na to liczyć, a jeśli wszyscy, to na pewno nie na wszystkie leki. Taka była informacja. Prosiłbym, żeby nie powtarzać takiej niezbyt rozsądnej konstatacji, która prowadzi donikąd. Chcemy objąć tym wszystkich pacjentów, ale nie w odniesieniu do wszystkich leków. Nie wszystkich – podkreślam. Tych, które będą zabezpieczać ich potrzeby zdrowotne, a jednocześnie będą efektywne, bo wiadomo, że są leki bardzo drogie, które czasem niekoniecznie mają uzasadnienie.

Pani premier Kopacz pytała o to, czy są pieniądze na obiecane podwyżki. Powiedziałbym, że to jest pytanie trochę podchwytliwe, bo projekt budżetu przygotował poprzedni rząd, pani premier, i rzeczywiście takiej pozycji nie było, mimo że to poprzedni rząd podpisał porozumienie z pielęgniarkami w obszarze, który ich dotyczy, który musi być w budżecie, czyli w budżecie ministra zdrowia. Jednak, w tej chwili uspokajam – te pieniądze będą w nowelizacji, w autopoprawce. Potrzeba 20 mln zł i one będą, bo już są wpisane. Minister finansów otrzymał ode mnie propozycję zmiany w tym zakresie. Tak więc

panie pielęgniarki, które pracują w jednostkach bezpośrednio zależnych od ministra zdrowia, dostaną podwyżki zgodnie z porozumieniem.

Czy będą płacone nadwykonania? To jest pytanie – to pani premier zadała to pytanie – troszkę nie do mnie, jak myślę. To znaczy, jeśli będą pieniądze, to za nie zapłacimy. Będziemy się starać tak przekształcać ten system, żeby w takiej sytuacji, w której szpitale czy inne jednostki są zmuszone wykonywać świadczenia, które po prostu muszą być wykonane, te pieniądze musiały się znaleźć.

Czy rezydenci w 100-procentach...? Powiem inaczej. Odpowiadałbym raczej na pytanie, czy wszyscy absolwenci studiów medycznych, a w zasadzie stażu podyplomowego, mogą liczyć na specjalizowanie się w ramach rezydentury. Tak, oczywiście. Od razu chcę dodać, że w sytuacji, gdyby doszło do likwidacji stażu za dwa lata, byłby z tym wielki problem, dlatego że mielibyśmy 6 tys. absolwentów w jednym roku, a na pewno tylu rezydentur, a właściwie tylu miejsc do specjalizowania, nie znaleźlibyśmy. Zatem, ten problem przy okazji można rozwiązać, jeżeli staż się utrzyma.

Zarówno pani premier, jak i później pan przewodniczący Arłukowicz, pytali o to, czy też snuli taką refleksję, że przecież nie po to był pakiet onkologiczny, żeby zarabiała instytucje udzielające świadczeń onkologicznych. Oczywiście, że nie, ale proszę państwa, jeżeli te instytucje, te ośrodki onkologiczne mają kłopoty finansowe, to kłopot mają też pacjenci. Odnośnie do tego nie ma chyba żadnej wątpliwości. Zatem, wprowadzenie pakietu w obszarze konieczności udzielania świadczeń, które nie są pokryte pakietem – bo o tym obszarze mówimy – wprowadziło poważne problemy finansowe w tych ośrodkach. Niestety, jest to faktem. Wydaje się, że nie można tego nie zauważać, bo poza Kartą DIŁO leczonych jest w tych ośrodkach całkiem sporo pacjentów i niestety, ośrodki te nie mogą liczyć na zapłatę. Tu jest cały reżym nadwykonań, kolejek itd.

Pani poseł Szczypińska pytała, co będzie się dziać ze skomercjalizowanymi publicznymi placówkami. Proszę państwa, w ramach nowelizacji ustawy o działalności leczniczej chcemy nie tylko zatrzymać proces jednak przymusowej, a w każdym razie nakazanej w dużej mierze, komercjalizacji, ale także zrobić coś z tymi jednostkami, które już zostały skomercjalizowane. Takim programem, który już dzisiaj mogę zapowiedzieć, jest wprowadzenie zasady, że skomercjalizowane publiczne jednostki nie będą mogły się prywatyzować. Większość własności publicznej nie może ulec zaburzeniu – czyli, ponad 50% musi pozostać w rękach publicznych – a także wprowadzenie zasady *non profit* do tych publicznych spółek, aby stały się one czymś w rodzaju spółek użyteczności publicznej, w których misja, a nie zysk, będzie dominować w działalności.

Pani poseł Kopcińska pytała o optymizm, czy pesymizm w sprawie pielęgniarek. Powiedziałbym tak – porozumienie jest zawarte i trzeba je wypełnić. Jest to bardzo poważne wyzwanie, przede wszystkim finansowe. Mam jednak nadzieję, że po spotkaniach z przedstawicielami Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych – liczę na to również – gdzieś po drodze spotkamy się w sprawie regulacji płac, o której już wspominałem wcześniej, że będzie jakieś rozwiązanie, i to niezależnie od tego, że pielęgniarki muszą zarabiać więcej, że obowiązuje to porozumienie i trzeba je realizować, że dojdziemy do jakiegoś rozwiązania, które będzie bardziej docelowe i będzie budzić mniej wątpliwości także po stronie innych, na przykład, pracodawców. Docierają do mnie głosy, że pracodawcy mają ogromny problem z tą sprawą.

Pani prof. Hrynkiewicz zadała tyle pytań, że się trochę pogubiłem, ale pytała o kwestię prywatyzacji kontroli wody, oczywiście w cudzysłowie. Muszę powiedzieć, że dowiedziałem się o tym dwa dni temu i badam tę sprawę, ale wydaje się, że posunięto się tu za daleko i tę sprawę trzeba będzie pozostawić w rękach służb publicznych.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego oczywiście pozostaje w mocy, dzięki, między innymi, interwencji pani profesor. Z tego, co pamiętam, zostało to zmodyfikowane w ustawie o zdrowiu publicznym. Problemem nie jest jednak sam plan, ale jego realizacja. Myślę, że na tę realizację kładłbym nacisk. Wspomniałem już wcześniej, że wśród planów przechodzenia z systemu ubezpieczeniowego do budżetowego obszar psychiatrii – jak się wydaje – świetnie się do tego nadaje, jako jeden z takich modułów, które można by wyjąć spod ubezpieczeń. Proszę państwa, opieka nad osobami z chorobami psychicznymi, jak rzadko która, dotyczy właśnie osób, które mają problemy

z ubezpieczeniem, a które również, jak rzadko które, wymagają niepozostawiania ich samym sobie jako samoorganizującym opiekę nad sobą. Tu musi być daleko idąca koordynacja świadczeń. Wydaje się – już mam takie zapewnienia po rozmowach z niektórymi ekspertami – że można przejść do budżetowego finansowania – budżetowego nie tylko z budżetu, ale nie poprzez procedury. To znaczy, żeby opieka psychiatryczna była po prostu skoordynowana – szpital, oddziały dzienne, poradnie i różnego rodzaju ośrodki, aż do opieki społecznej, czy gdzieś na jej styku – żeby to było finansowane budżetowo na danym terenie. Wydaje się, że mało jest takich obszarów medycyny, które można by właśnie w ten sposób potraktować. Podkreślam, że to na razie jest pomysł, a nie rozwiązanie, które jest w konkretnym harmonogramie. Wydaje się, że właśnie tutaj można zrobić znacznie więcej niż samym istnieniem czy nieistnieniem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Pani profesor pytała też o to, czy legislację będziemy robić siłami ministerstwa czy ekspertów zewnętrznych. Powiem tak – w Ministerstwie Zdrowia zastałem zatrudnienie na poziomie 660 osób. To jest bardzo duże zatrudnienie. Nie chcę powiedzieć, że jest tam ktoś niepotrzebny, ale wydaje się, że w takiej grupie ludzi znajdują się tacy, którzy dysponują wystarczającą siłą do tego, żeby legislacja mogła dokonywać się własnymi siłami. Nie znaczy to jednak, że w niektórych sytuacjach... Proszę państwa, nie ma się czego wstydzić. Tu nie chodzi o pisanie ustaw poza resortem, bo to nie byłoby dobre, a zdaje się, że się to zdarzało, a przede wszystkim o korzystanie z różnego rodzaju ekspertów, którym trzeba płacić. Już w kilku miejscach spotkałem się z jakąś dziwną praktyką, która była dotychczas stosowana, że niektórzy eksperci funkcjonowali na zasadzie sił społecznych, co jest bardzo zacie z ich strony, ale wydaje się, że państwo nie może bazować na takich rozwiązaniach.

Jeśli chodzi o dotychczasowe kontrole ministerstwa, czy w ogóle systemu ochrony zdrowia w Polsce, dokonane przez NIK, to kilka dni temu widziałem się z panem prezesem NIK i otrzymałem od niego dziesięć grubych książek z tymi kontrolami. Potwierdzam – to nie jest optymistyczny obraz systemu ochrony zdrowia. Jest bardzo dużo do zrobienia. Zabieramy się do pracy, żeby to usprawnić.

Pan przewodniczący Ruciński polemizował ze mną, czy to nie jest jednak powrót do PRL, i że to lekarze zawsze byli bici. Proszę państwa, to nie jest powrót do PRL, bo jeśli chodzi o to, co pan powiedział o tym, jakie rozwiązania są, na przykład, w krajach skandynawskich, to dzięki bogu możemy skorzystać z tych doświadczeń. Nie musimy przejść całej tej drogi, jaką oni przeszli. Prawda? Zresztą, tak naprawdę, oni nie przeszli od ubezpieczeń do systemu zabezpieczeniowego, tylko od samego początku, można powiedzieć, gdy Bismarck wprowadzał w Niemczech ubezpieczenia, bodajże w 1890 r., to Dania w tym samym roku, czy rok później, wprowadziła system zabezpieczeniowy. Tak więc, są to dwie opcje, które trzeba rozważać. Sporo wiem na ten temat i jestem gotów bronić podejścia państwowo-zabezpieczeniowego, ponieważ ono jest generalnie tańsze, a na pewno sprawiedliwsze. Wydaje się, że jeśli idzie o tendencje na świecie, to tendencja jest raczej w tym kierunku. To znaczy, żeby więcej regulować, żeby od rynku przechodzić do takich systemów, które niekoniecznie są w ręku państwa, ale jednak są regulowane. Najlepszym przykładem są te, w których w najbardziej liberalnym systemie ochrony zdrowia mamy do czynienia z coraz większą interwencją państwa, które jednak dostrzegło, że pozostawienie tego samoregulacji jest po prostu niebezpieczne dla pacjentów, a już na pewno dla środków publicznych. Przypominam, że Amerykanie wydają 21% PKB na zdrowie, co jest absolutnym rekordem i powiedziałbym, że wcale z tego nie ma idealnego efektu zdrowotnego.

Ostatnią osobą, która zdawała mi pytania, był pan przewodniczący. Bardzo serdecznie dziękuję za te pytania, ale, panie ministrze, panie przewodniczący, jako żywo żadne z tych pytań nie dotyczyło planów Ministerstwa Zdrowia, tylko – przepraszam – były to troszkę złośliwości, ale i tak odpowiem.

Byłem zatrudniony w CSIOZ przez kilka lat jako ekspert, a nie jako decydent, i wiem tyle, ile powiedziałem, a nie tyle... A na temat tego, co zdecydowano, mam tyle wiedzy, ile mam jej dzisiaj. Każdy z nas gdzieś pracował. Ja pracowałem między innymi w CSIOZ.

Nie wstydzę się tego, bo starałem się doradzać najlepiej jak mogłem, a ile z tego wzięto, tego do końca nie wiem, bo nie ja podejmowałem decyzje.

Mówił pan również o moich poglądach i wypowiedziach z przeszłości, zresztą, nie tylko moich, bo i innych wiceministrów – poproszę ich o ustosunkowanie się do spraw, które bezpośrednio ich dotyczyły. Ja się tego nie wstydzę, dlatego że każdy z nas, myślący człowiek, dojrzewa. Ja też dojrzewałem do różnych rzeczy. Zajmuję się ochroną zdrowia od bardzo wielu lat. W międzyczasie skończyłem studia podyplomowe, mogłem spojrzeć z Unii Europejskiej, jak to wygląda. Wydaje się, że przez ten czas bardzo dużo się nauczyłem. Staram się dzisiaj na tym stanowisku, na które mnie teraz rzuciło, zrealizować to wszystko, czy dać z siebie to wszystko, czego przez te lata się nauczyłem. Nauczyłem się, jako absolwent studiów podyplomowych z zakresu ekonomiki zdrowia na Uniwersytecie Warszawskim, jako osoba, która przeszła bardzo trudny egzamin – przynajmniej jak na lekarza – kandydata na członków rad nadzorczych spółek Skarbu Państwa. Nauczyłem się bardzo dużo będąc od wielu lat doradcą Światowej Organizacji Zdrowia, jeżdżąc po świecie i doradzając, między innymi, w reformach ochrony zdrowia, na przykład, w azjatyckich krajach posowieckich. Nauczyłem się bardzo dużo pracując w Unii Europejskiej jako prezes Stałego Komitetu Lekarzy UE, pracując w Parlamencie Europejskim i na rzecz Komisji Europejskiej, będąc ekspertem przez wiele lat w tym obszarze, zresztą, prawie do wczoraj. Naprawdę nauczyłem się dużo i nie wstydzę się tego, jeśli sięgnąć po moje wypowiedzi sprzed kilku lat, albo nawet mniej niż sprzed kilku lat, że mówiłem rzeczy, których się nie wstydziłem w tamtym czasie. Nie wstydzę się, ale również odpowiadam – owszem, w niektórych miejscach zmieniłem swoje stanowisko. Na przykład, zmieniłem swoje stanowisko, jeśli chodzi o ogólną filozofię najlepszego systemu ochrony zdrowia. Z całą pewnością... Słucham? Budżetowy, tak. Między innymi w tym zakresie też zmieniłem poglądy.

Jeżeli chodzi o moje działania w samorządzie lekarskim, to zwracam uwagę na to, że zgodnie z konstytucją, art. 17 ust. 2, a także ustawą o izbach lekarskich, samorząd lekarski reprezentuje zawody lekarza i lekarza dentystry, ale także działa na rzecz ochrony interesu publicznego i w jego granicach – cytuję z pamięci. Oczywiście, to oznacza, że samorząd lekarski nie jest związkiem zawodowym i zawsze traktowałem swoją działalność w samorządzie lekarskim na różnych stanowiskach, jako służbę publiczną. Odnośnie do tego nie ma żadnej wątpliwości – samorząd lekarski jest instytucją, czy organizacją i instytucją państwa prawa. A zatem – też nie wstydzę się tego – nie było tak, że byłem tam obrońcą jakichś partykularnych interesów, czy coś w tym stylu.

Jeśli chodzi o barykady, bo pan przewodniczący mówi, że byliśmy po dwóch stronach barykady w takich czy innych układach – zresztą tego słowa użył pan również w stosunku do panów wiceministrów – to po prostu uważam, że to słowo jest zupełnie nieadekwatne. Nigdy nie byłem po żadnej stronie barykady. Starałem się budować mosty. Jeśli chodzi, na przykład, o problem częstego, żeby nie powiedzieć corocznego problemu z kontraktowaniem w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, to był kiedyś nawet taki moment, że byłem mediatorem między ministrem zdrowia a przedstawicielami organizacji podstawowej opieki zdrowotnej.

Pytał pan o *in vitro*. Program będzie trwać do połowy przyszłego roku. Później już nie.

Pytał pan o klauzulę sumienia. Klauzula sumienia, to nie jest kwestia poglądów ministra zdrowia, tylko Trybunał Konstytucyjny uznał, że to jest fundamentalne prawo każdego obywatela, a także lekarza. Co więcej mógłbym do tego dodać? To jest wyrok Trybunału Konstytucyjnego i on nie wymaga żadnej aktywności ze strony ministra zdrowia, żeby to potwierdzić w jakiś sposób.

O ośrodkach onkologicznych już mówiłem, że ich sukces – moim zdaniem – jest sukcesem pacjentów, a ich porażka, jest porażką pacjentów. Na koniec poprosiłbym jeszcze pana ministra Łandę i pana ministra Gryzę, bo do nich osobiście miał pan pytania. Pan minister Łanda.

Poseł Ewa Kopacz (PO):

Przepraszam bardzo, panie przewodniczący, *ad vocem*, bo pan minister już przekazuje głos wiceministrowi...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, pani premier. Też będę chciał to skomentować w dwóch słowach. Bardzo proszę.

Poseł Ewa Kopacz (PO):

Panie ministrze, nie otrzymałam odpowiedzi. Pan mnie źle zrozumiał. Pytam, czy pan poprze zmiany, które będą wprowadzone w budżecie, dotyczące podwyżek dla ratowników medycznych. Jak pan pamięta, w czasie kampanii, już po prezentacji budżetu, odbywały się rozmowy po protestach ratowników medycznych. Zapytałam pana, czy poprze pan taką poprawkę w budżecie, którą wniesie opozycja, a która zagwarantuje podwyżki ratownikom medycznym i pielęgniarcom zatrudnionym w Państwowym Ratownictwie Medycznym. To jest pierwsza rzecz.

Druga. Mam wrażenie, że trochę się nie rozumiemy. W każdym razie ja nie zrozumiałam pana ministra. Jaki w końcu będziemy mieć system – mieszany czy budżetowy? Pan odwołuje się do spełnienia obietnic z kampanii mówiąc, że budżetowy, a tymczasem mówi pan, że będzie mieszany, jak dotychczas. Chciałabym wiedzieć, czy będzie mieszany, czy będzie budżetowy.

Trzecia sprawa, to pańska wypowiedź dotycząca nowych kontraktów podczas aneksowania, wtedy, gdy podmioty mają nowe zakresy działania. Chcę pana poinformować, że do-póki nie ma rozporządzenia dotyczącego szczegółowych warunków kontraktowania, to pan może tylko i wyłącznie rokować. Na pewno nie rozpisze pan żadnych konkursów.

Kolejna sprawa, o którą będę pytać na każdym posiedzeniu Komisji, w której będzie uczestniczył pan lub przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia. Jak pan zamierza skrócić kolejki, bo to był główny temat w ciągu ostatnich czterech lat. Będę pana pytać na każdym posiedzeniu Komisji, o ile udało się panu już skrócić kolejki w różnych obszarach. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję, pani premier. Jednym zdaniem odniosę się do odpowiedzi pana ministra, zanim przekazemy głos dalej. Panie ministrze, czy dobrze zrozumiałem, że pan powiedział – myślę, że źle zrozumiałem, dlatego proszę o sprostowanie – że środki publiczne będą wydawane w taki sposób, aby instytucje nie miały zysku. Mam wrażenie, że próbuje pan zbudować system, którego nie ma nigdzie na świecie. Jak wiemy, branża medyczna, farmaceutyczna, i każda inna są, takimi samymi branżami gospodarczymi w całym świecie. Co, w takim razie, zrobimy z refundacją, panie ministrze. Czy będziemy kupować leki po cenach producenta? Czy koncerny będą zarabiać na produkcji leków? Inaczej Polska byłaby jedynym krajem, w którym koncerny farmaceutyczne prowadziłyby działalność charytatywną. Czyli, rozumiem, że wtedy lekarze, którzy mają swoje prywatne podmioty lecznicze, w tym także lekarze rodzinni, panie ministrze, którzy przecież funkcjonują przy udziale środków publicznych, mają swoje zyski, co jest naturalną rzeczą rynkową... Jak będziemy kupować i refundować leki – po koszcie produkcji?

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, panie przewodniczący. Pani premier pyta o podwyżki dla ratowników. Muszę powiedzieć, że nie jestem do końca gotowy do udzielenia odpowiedzi w tej sprawie, ale, szczerze mówiąc, wydaje mi się, że to jest trochę tak, jakby pani premier pytała o coś, co państwo zrobili, a my o tym nie wiemy. Przepraszam, że tak mówię, ale nie rozumiem pytania. Oczywiście, jeżeli są zobowiązania w stosunku do pielęgniarek, to muszą być zrealizowane. Jeśli chodzi o wszystkich innych pracowników, to mówiłem, że jest długoterminowy plan rozwiązania tej sprawy. Na pewno nie będzie to zrobione jutro, ale przyjrzymy się tej sprawie.

Jeśli chodzi o system, proszę państwa, to może nie całkiem precyzyjnie się wyraziłem, ale wydaje się, że twierdzenie, iż dzisiaj w Polsce mamy system ubezpieczeniowy jest nieprawdą. Po pierwsze, jeśli Narodowy Fundusz Zdrowia jest ubezpieczycielem, to, proszę państwa, istnieje w języku angielskim takie określenie *statutory health insurance*, i to jest właśnie to. To nie jest po prostu ubezpieczenie, tylko państwowe ubezpieczenie ze wszystkimi tego konsekwencjami. Jeżeli mówię o tym, że będziemy przechodzić stop-

niowo do systemu budżetowego, to po drodze będzie kilka etapów. Na przykład, w kontekście psychiatrii wspominałem o takim etapie, że można niektóre moduły systemu ochrony zdrowia przenieść na finansowanie wprost z budżetu. Nie znaczy to, że nastąpi to z dnia na dzień. Ten system będzie ewoluował, a nie będzie poddany żadnej rewolucji ani przewróceniu do góry nogami.

Jeśli chodzi o warunki kontraktowania – pani premier zadała pytanie – oczywiście, ale tego rozporządzenie nie ma. Ono powinno być. W tej chwili nad nim pracujemy. Jeśli ktoś czyni nam zarzut, że jeszcze nie mamy rozporządzenia w sprawie warunków kontraktowania – przepraszam, kryteriów kontraktowania, bo pani premier użyła sformułowania „warunki kontraktowania”, a chodzi o kryteria – to poprzednia ekipa tego nie skończyła. To jest bardzo duże i skomplikowane rozporządzenie. Pracujemy nad tym. Jest kontynuacja. Pan profesor zostawił gruby plik dokumentów – że tak powiem – my nad nimi dalej pracujemy. Oczywiście, jest to do zrobienia, a jak będzie, to będzie.

Poseł Marian Zembala (PO):

Nie jestem ministrem, ale jedna uwaga dla państwa. Niemożliwe było po decyzji Sejmu, że nagle musi być kontraktowanie od lipca – moja polemika jest tylko moją wypowiedzią uspokajającą – żeby konsultanci krajowi i cały zespół, który intensywnie pracuje nad mapami – musi je zrobić do 20 grudnia – nagle rzucili się wspólnie z Funduszem, żeby przygotować dla każdej grupy oddzielne warunki kontraktowania. Byłoby to powierzone, byle jakie i byłby ten syndrom – pamiętamy – psychologa klinicznego z algorytmem, który zapłaciliśmy. Dlatego ponad podziałami, proszę państwa, spokojnie patrzmy na tę sprawę. To dobra decyzja.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Wreszcie ostatnie pytanie, o skrócenie kolejek. Kolejki są, to fakt, i te kolejki nie powstały pod rządami ministra Radziwiłła, proszę państwa, tylko trochę wcześniej. Zwracam na to uwagę. To jest wielki ból. Trzeba przyrzeć się wszystkim możliwym sposobom, ale jednym z systemowych sposobów skracania kolejek jest to, o czym już wspominałem. To jest nabywanie pakietów opieki, a nie poszczególnych procedur. To, między innymi, jest jeden z tych mechanizmów, które napędzają kolejki. Z całą pewnością tak jest, zarówno w AOS, jak i w szpitalnictwie.

A pana ostatnie pytanie, panie przewodniczący, to chyba trochę bardziej złośliwość niż pytanie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę nie szukać złośliwości.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Może ja nie do końca jasno się wyraziłem z tym profitem, ale wobec tego, odpowiem też trochę złośliwością. Chodzi o to, żeby nie „kręcić lodów” w publicznej służbie zdrowia.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

To będziemy razem pracować w tym zakresie. (Oklaski). Tak, już udzielałem głosu wice-ministrom. Panie ministrze, rozumiem intencję, o której pan powiedział w ostatnim zdaniu. To było coś, co przyświecało i mojej drodze w resorcie zdrowia, jeśli zaś chodzi o opowiadanie dzisiaj takiej historii, że system będzie bezzyskowy, to jest to po prostu niemożliwe do zrobienia. Pan to wie, i ja to wiem. I teraz mówię to zupełnie poważnie, bez dygresji politycznych.

Panowie ministrowie chyba chcą zabrać głos. Oddaję głos. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Łanda:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, odpowiadam na pytania pana przewodniczącego. Pan poseł na pewno wie, że dyrektorów w Departamencie Polityki Lekowej i Farmacji jest trzech. Informuję, że dyrektor główny zwolnił się na własny wniosek, za porozumieniem stron. Drugi – pierwszy zastępca dyrektora – został przeniesiony do Departamentu Współpracy Międzynarodowej. Natomiast trzeci wciąż pracuje. Zaręczam również, że nie ma żadnego zagrożenia, jeśli chodzi o panowanie nad polityką lekową. Zaręczam, że poza ministerstwem – w ministerstwie również – jest bardzo wielu

kompetentnych ludzi, którzy mają właściwe postawy i spokojnie potrafią podołać zadaniom, które przed tym departamentem stoją.

Przypominam również... Ja akurat kompetencje kierownictwa tego departamentu oceniam nie najwyżej. Widzę pewne braki w zakresie *evidence-based medicine*, *health technology assessment*, stosowania instrumentów dzielenia ryzyka. Przypominam, że to właśnie te osoby spowodowały różnego rodzaju perturbacje, które pan poseł, jako minister zdrowia miał z ustawą refundacyjną już od roku 2011, potem 2012 i 2013. Pamiętam, że to oni właśnie oponowali przed zmianami, które postulowało środowisko zewnętrzne, eksperci zewnętrzni, które były oczywiste i które trzeba było potem i tak wprowadzić.

Te problemy, które były wtedy, były spowodowane – moim zdaniem – przez złe wykonywanie obowiązującego prawa, błędy w projektowaniu tego prawa oraz brak właściwego nadzoru nad polityką lekową, na czym cierpieli chorzy. Przypomnę o utracie refundacji leków, które są lekami o ugruntowanej pozycji w leczeniu, a które były wcześniej powszechnie refundowane. Mówię o 1 stycznia 2012 r. Wiem, czyje to były pomysły.

Dalej. Jeżeli chodzi o kolejny przykład z tego obszaru, jeżeli chodzi o ocenę postaw i kompetencji, to, w mojej ocenie, ustawa o zakazie wywozu leków refundowanych jest najgorszym aktem prawnym jaki w życiu widziałem, ponieważ w sposób zbiurokratyzowany i opresyjny próbuje hamować zupełnie nieskutecznie wywóz tych leków z Polski. A wystarczy zrobić bardzo prostą rzecz, podwyższyć ceny urzędowe obniżając jednocześnie ceny efektywne leków, a to dzięki właściwemu wykorzystaniu instrumentów dzielenia ryzyka, czego do tej pory nie było. Czyli, wydatki pacjentów powinny zostać zachowane na stałym poziomie, a koszty NFZ ponoszone na leki powinny ulec obniżeniu – właśnie dzięki wykorzystaniu instrumentów dzielenia ryzyka. Jedynym skutecznym mechanizmem jest podniesienie cen urzędowych.

Dalej. Jak wyglądały negocjacje z koncernami farmaceutycznymi? Pozostaje tajemnicą Poliszynela, jakie tam były krzyki i zachowania, które – moim zdaniem – nie przystoją urzędnikom państwowym.

Dziękuję za to, że zauważył pan przewodniczący, że podejmuję się bardzo trudnego zadania, być może jednego z najtrudniejszych w resorcie. Jest to na pewno wyrazem zaufania pana ministra Radziwiła do mnie. Powiem więcej, będę odpowiadać, i odpowiadam, nie tylko za politykę lekową, ale również za koszyk i taryfikację. Obiecuję, że zrobię dobry użytek z tych kompetencji, które mam. Na razie wszystko wskazuje na to, że będę mieć po temu odpowiednie narzędzia.

Odnosnie do mojej fundacji, którą założyłem, to akurat chyba nikt inny lepiej niż poprzednia ekipa rządząca nie wie, jaką dobrą robotę ona robi. Tak, rzeczywiście, ale chodziło też o fundację. Zatem, po pierwsze, nie muszę udowadniać mojej postawy pro-państwowej, ponieważ już kiedyś przechodziłem ze strony konsultingu w kierunku urzędu państwowego. Byłem dyrektorem Departamentu Gospodarki Lekami w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. Moja postawa nigdy nie budziła żadnych wątpliwości. Jeszcze wcześniej byłem kierownikiem Biura Standaryzacji w Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Moja postawa nigdy – jak mówiłem – nie budziła zastrzeżeń. Co więcej, regulacje dotyczące przejrzystości, racjonalności oraz kontaktów z przemysłem farmaceutycznym w Departamencie Gospodarki Lekami były realnie wprowadzone i realnie przestrzegane, podczas gdy później, przez kilka lat, w Departamencie Polityki Lekowej one nie były przestrzegane w sposób właściwy.

Jeśli chodzi o fundację, której byłem fundatorem i założycielem, to ja pracowałem tam zupełnie nieodpłatnie, a wręcz z własnych środków finansowych wspierałem i fundowałem różne rzeczy. Oczywiście, musiałem po to sięgać i proponować również jakieś miejsce w programach seminariów, które prowadziła fundacja, koncernom farmaceutycznym, jeśli tematy dotyczyły kwestii systemowych, a nie pojedynczych leków. Pan minister, pan poseł o tym dokładnie wie. Po drugie, fundacja, tak naprawdę, prowadzi działalność niezwykle istotną. Ta działalność będzie kontynuowana, bo chodzi o monitorowanie kolejki. Czyli, jeśli ta ekipa poradzi sobie z kolejkami, długość kolejek i ich liczba będzie spadać, to ta fundacja w sposób obiektywny pokaże, że tak jest. Jeśli będzie inaczej, to ta fundacja będzie patrzeć na ręce politykom, tak jak do tej pory patrzyła.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Już oddaję głos kolejnemu wiceministrowi. Muszę jednak odnieść się do rzeczy, która jest zadziwiająca. Pan powiedział, że chce walczyć z wywozem leków poprzez podniesienie cen urzędowych, czyli, *de facto*, zwiększenie finansowania koncernów farmaceutycznych ze środków publicznych. Panie ministrze, mówił pan o dzieleniu ryzyka. Ja te wszystkie mechanizmy znam. Teraz nie pora, abyśmy toczyli merytoryczny spór na tej sali, ale, jeśli pan chce walczyć poprzez podnoszenie urzędowych cen leków, to ja będę się temu bardzo poważnie przyglądać.

Odnoszę do pana fundacji. Nie mam absolutnie żadnych zastrzeżeń do pana postawy, bo nie mam podstaw, żeby myśleć o potencjalnych nieprawidłowościach. Pytałem tylko, czy fundacja, której był pan fundatorem i prezesem, otrzymywała środki finansowe od koncernów farmaceutycznych. Odpowiedź brzmi, „tak, otrzymywała” – wiemy o tym obaj. To były bardzo poważne przepływy finansowe z koncernów farmaceutycznych, dlatego tak bardzo podkreślałem trud sytuacji, w jakiej pan się dzisiaj znalazł, bo będzie pan musiał negocjować z koncernem, który wcześniej pana finansowały – oczywiście, „pana” w cudzysłowie. Mówię o fundacji, więc proszę nie odbierać tego personalnie. Tylko tyle miałem do powiedzenia w tej sprawie. Bardzo dziękuję.

Proszę, kolejny wiceminister.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, po pierwsze, jestem naprawdę głęboko wzruszony, że pan mnie wywołał do tablicy, bo to jest przypomnienie tego, że ja rzeczywiście ten system tworzyłem. Z panem ministrem Pinkasem tworzyliśmy jedną kasę chorych, a później miałem przyjemność nadzorować ten system jako prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych. Naprawdę, bardzo dziękuję za to przypomnienie. To jest dla mnie osobiście bardzo ważna i miła rzecz. Natomiast, odpowiadając jakby na intencję tego pytania, jak to możliwe, żeby ktoś, kto stworzył tamten system, znalazł się w tej ekipie, powiem, co jest dla mnie najważniejsze. Po pierwsze, identyfikuję się z tą ekipą pod względem ideowo-aksjologicznym. Podobnie zresztą, z ministrem. Tak, identyfikuję się z ministrem pod względem ideowo-aksjologicznym. Są sprawy zasadnicze, dla których, uważam że warto tę służbę podjąć. To jest pierwsza, bardzo istotna sprawa.

Druga, żeby zastanowić się nad tym, jak działa system, chciałbym może krótko przypomnieć, z mojej perspektywy, podstawowe pryncypia, którym służyliśmy przy budowie kas chorych. Po pierwsze, wolność pacjenta, wolność wyboru. To ten system stworzył wolność poruszania się pacjenta po systemie. Po drugie, pewna podzielność systemu, która umożliwiała lokalnym jednostkom, jakimi były kasy chorych, tworzenie bardziej adekwatnej polityki dla określonego obszaru. Po trzecie, uwzględnienie analizy kosztów w działalności medycznej. To jest bardzo ważny element, który pozwala na to, żeby w skali makro bardziej efektywnie wykorzystywać środki finansowe, które są skierowane na ochronę zdrowia. Wreszcie ostatni element, który był u podstawy tworzenia tego systemu, którego, być może, nie udało się do końca zrealizować. Mianowicie, pewna reprezentacja pacjenta. Kasa miała być tym, kto reprezentuje interesy pacjenta. Pan minister mówił o pewnej metodzie opieki koordynowanej, to jest ta sama idea.

Poza tym, chcę powiedzieć, że szanuję pracę ministra zdrowia – pana, panie ministrze, też – ponieważ zdaję sobie sprawę z tego, jakie to jest ciężkie, jakie ogromne są zagrożenia, jak ten system jest skomplikowany. To jeszcze system, w którym o sukcesie decyduje szczegół, nie ogół. *De facto*, decyduje szczegół konkretnego rozwiązania. Oddaję więc szacunek panu, i panu ministrowi Konstantemu Radziwiłłowi.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Jeśli można, to jeszcze nie wszystko. Rozumiem, że my ten system tworzymy. Proszę więc potraktować to moje wywołanie do tablicy, jako pewną gwarancję, że będziemy tworzyć system racjonalny, który będzie stracił się wykorzystywać wszystko, co dobre w tym systemie, żeby nie stracić tego, co jest jego pozytywnym elementem, a stworzyć wartości dodane, bo wszyscy widzimy, że ten system trzeba jakoś zmieniać. Zresztą, to nie jest

nowość. Systemy ochrony zdrowia cały czas się zmieniają, bo nie ma idealnego rozwiązania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Przystępujemy do zadawania pytań przez gości. Będę udzielać głosu w miarę możliwości w kolejności zgłoszeń, które widzę. Proszę państwa, dwie prośby. Proszę ograniczyć czas zadawania pytania do jednej minuty. Proszę nie zadawać pytań, które były już zadane. Udzielam głosu z przypomnieniem o bardzo precyzyjnym przedstawianiu się, kogo państwo reprezentują zabierając głos. Bardzo proszę.

Prezes Federacji Pacjentów Polskich Stanisław Maćkowiak:

Dzień dobry państwu. Stanisław Maćkowiak, Federacja Pacjentów Polskich. Na początek chciałbym podziękować panu przewodniczącemu za zaproszenie Federacji na dzisiejsze posiedzenie. Uważamy to za zauważenie organizacji pacjenta, jako ważnego podmiotu systemowego.

Proszę państwa, każdy słyszy to, czego oczekuje. My usłyszeliśmy dużo pozytywnych deklaracji w wypowiedzi pana ministra zdrowia. Pierwsza rzecz. Dużą nadzieję pokładamy w deklaracji ścisłego konsultowania opracowywanych zmian ze wszystkimi interesariuszami systemu. Mamy nadzieję, że będą brane pod uwagę również wyniki konsultacji i wszystkie wnioski oraz uwagi, które zostaną wypowiedziane w tych konsultacjach.

Po drugie. Obiecująca jest deklaracja budowy, wzorem instytucji europejskich, partnerskiej współpracy ministra zdrowia z organizacjami pacjentów. Myślę, że pierwszy krok w tej współpracy został uczyniony na wczorajszym spotkaniu pana ministra z sekretariatem Dialogu dla Zdrowia.

Chciałbym zadać jedno konkretne pytanie, dotyczące możliwości rozpatrzenia finansowania ze środków publicznych realizacji leczenia pacjentów chorych na choroby rzadkie, w ramach opracowywanego – co prawda, miał być skończony w 2013 r., a do dzisiaj nie jest – narodowego planu dla chorób rzadkich. Takie propozycje padały w trakcie prac nad narodowym planem. W związku z tym myślę, że ten element mógłby być rozpatrzony w najbliższym czasie.

Na koniec, chciałbym oczywiście zadeklarować nasze zaangażowanie we wszystkie prace, zarówno Komisji Zdrowia, jak i Ministerstwa Zdrowia, mające na celu polepszenie sytuacji pacjentów. Dziękuję państwu uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo...

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam. Panie prezesie, chciałbym zauważyć, że zawsze był pan zapraszany na posiedzenia Komisji Zdrowia.

Prezes FPP Stanisław Maćkowiak:

Tak, oczywiście. Dzisiaj chciałem jednak specjalnie podziękować panu przewodniczącemu z uwagi na to, że była limitowana dostępność do dzisiejszego posiedzenia. Oczywiście, jak najbardziej, zawsze byliśmy zapraszani. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Z prawej strony widzę dwie ręce w górze. Bardzo proszę, w takiej kolejności – pani na końcu sali, pan prezes Mądrala i pani przewodnicząca.

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Lucyna Dargiewicz:

Dziękuję bardzo. Lucyna Dargiewicz, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. Dziękuję państwu, bo dzisiaj padło na tej sali bardzo dużo słów przepelnionych troską o zawody pielęgniarki i położnej.

Chciałabym państwa poinformować, że środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych od kilku lat alarmuje o trudnej sytuacji tych zawodów. Ostatni rok był okresem naszych wyteżonych działań, zarówno związku zawodowego, jak i samorządu zawodowego. Opracowaliśmy raporty o stanie pielęgniarstwa. Dane w tych raportach są zatrważające. Jesteśmy na końcu w Europie, jeżeli chodzi o pielęgniarki i położne.

Proszę państwa, w systemie ochrony zdrowia w Polsce jest zatrudnionych około 2% młodych pielęgniarek – do trzydziestego roku życia. Ten zawód praktycznie umiera. Dziękuję ministrowi Zembali, który docenił ten problem, i pielęgniarki, i położne podpisały porozumienie. Mamy rozporządzenie, które zabezpiecza pewne środki dla tej grupy zawodowej.

Jestem też pełna uznania dla nowego ministra zdrowia, który, ponad wszelkimi podziałami, podjął to wyzwanie i rozmawiając ze środowiskiem związku zawodowego zadeklarował, dzisiaj to potwierdził, wolę utrzymania tego porozumienia, rozporządzenia ministra zdrowia. Natomiast, ponieważ zarówno panowie ministrowie, jak i państwo, wypowiadając się dzisiaj na temat pielęgniarek i położnych, widzą potrzebę doinwestowania tej grupy zawodowej, naszym problem jest to, że dzieje się to zbyt głośno i może niepotrzebnie. Może po to, żeby skłócać środowiska, pojawiają się jakieś doniesienia medialne na temat niezadowolenia grupy zawodowej z zaproponowanych kwot, na temat olbrzymiej krytyki tego porozumienia. Nie, to był odważny krok ministra zdrowia. To była decyzja, która musiała zapaść tu i teraz. W tej chwili możemy pracować nad umocowaniem tych rozporządzeń w ustawach albo innych aktach prawnych. Jako środowisko pielęgniarek i położnych nie ujmujemy prawa do dochodzenia swoich roszczeń innym grupom zawodowym, niemniej jednak, ten zawód w Polsce wymiera. Dziękuję państwu za to, że państwo to widzą.

Staramy się z Ministerstwem Zdrowia, jak i we własnym środowisku, przeprowadzać badania i rozmawiać, jak poprawić sytuację tej grupy zawodowej, rozporządzenie OWU zabezpiecza nam środki. Pracowałyśmy również nad umocowaniem pielęgniarki w systemie ochrony zdrowia. Dzisiaj pan minister Radziwiłł wspomniął o tym, że zarówno podniesienie uposażenia pielęgniarek i położnych, jak i inne rozwiązania, są konieczne, żeby w Polsce ten zawód chciały wykonywać młode osoby, a te, które zostały jeszcze w zawodzie, nie porzuciły go. Jesteśmy społeczeństwem starzejącym się, potrzebujemy opieki, potrzebujemy pielęgniarek i położnych.

Mam pytanie do ministra Warczyńskiego, z którym pracowaliśmy nad umocowaniem pielęgniarek w systemie świadczeń zamawianych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, nad tak zwanymi koszykami. Prace w tym zespole przebiegały bardzo dobrze. Było zrozumienie po obu stronach, wypracowaliśmy pełne rozwiązania, ale jakby zabrakło czasu dla odchodzącej ekipy na podpisanie rozporządzeń. Moje pytanie dotyczy tego, czy prace w tym kierunku będą kontynuowane. Uważam, że jest to dobry kierunek. Umocowanie pielęgniarki w systemie zapewni przyszłość tego zawodu, zachęci też osoby do tego, żeby ten zawód wykonywać bezpiecznie, nie bojąc się, że za chwilę coś się wydarzy – sytuacje mogą być różne – że nie będzie warunków do wykonywania tego zawodu. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata MałECKA-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pan prezes Mądrała.

Wiceprezes Pracodawców RP Andrzej Mądrała:

Szanowni państwo, mamy trzy pytania. Można by komentować bardzo długo, ale czas nagli i nie chcę zabierać go za dużo.

Po pierwsze, dialog i jeszcze raz dialog. Chcę już dzisiaj podziękować panu ministrowi za wczorajsze spotkanie, które zostało zorganizowane na jego zaproszenie. Przypomnę tylko, że od jesieni 2013 r. nie było Komisji Trójstronnej. To nie nasza wina. Nie wina tych, którzy reprezentują ochronę zdrowia. Ona nigdy nie miała swojego miejsca i w dalszym ciągu sytuacja jest podobna. Dlatego chciałbym zaapelować do pana przewodniczącego i do pana ministra, aby na jakichkolwiek warunkach – wszystko jedno jakich – powstała stara, dobra, z problemami, ale jednak komisja, która nazywała się zespołem do spraw zdrowia przy ministrze zdrowia. Tam załatwialiśmy wszystkie sprawy.

Proszę państwa, podzieliło nas bardzo dużo w ostatnim czasie, a przede wszystkim, wspomniana przez naszą koleżankę sprawa dotycząca podwyżek dla pielęgniarek i położnych. Chciałbym powiedzieć jedno. Z tego względu musimy zrobić wszystko, panie ministrze, panie przewodniczący, żeby wrócić do sytuacji sprzed miesiący. To, co się stało, jest fatalne. To jest tragiczne dla naszego środowiska. Jak najszybciej trzeba tę sytuację

uzdrowić. Przekazaliśmy wczoraj panu ministrowi konkretny plan sporządzony przez nas. Bardzo prosimy, żeby do niego wrócić.

Druga rzecz, to finansowanie systemu ochrony zdrowia. Proszę państwa, nie mówię, że ma być ono budżetowe. Wiem tylko jedno, że jeżeli wszystko wrzucimy do budżetu – patrząc na to, jak wygląda rozdawnictwo obecnego rządu – to nie będzie pieniędzy, nie tylko tych ze składek, ale i żadnych dodatkowych. Apeluję, żeby zachować rozsądek. Pieniądze ze składek, jakby ich źle nie oceniać, są to pieniądze znaczone. Są to pieniądze dla pacjentów, dla świadczeniodawców.

Na koniec trzecia sprawa. Nie dzielimy szpitali na prywatne i publiczne. Dzielimy szpitale tylko na te, które dają dobrą jakość leczenia i na te, które dawno nie powinny istnieć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Głos ma pani Ochman. Zapraszam. Przypominam o minucie. Od następnego posiedzenia Komisji będziemy mieć tutaj urządzenie, które będzie przypominać o tym czasie. Oddaję głos.

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

Dziękuję, panie przewodniczący, że w ogóle udzielił mi pan głosu. Niemniej jednak, chcę podkreślić z całą mocą, że reprezentuję środowisko pracownicze – tu chcę zwrócić się do pana ministra Radziwiłła – panie ministrze, również środowisko pielęgniarek i położnych. Zapewniam, że to rozporządzenie, które powstało, a o którym pan mówi, że powinno być utrzymane, powstało z naruszeniem wszelkich praw. Również ustawy zasadniczej i innych ustaw, o czym pan doskonale wie, ponieważ rozmawialiśmy o tym wielokrotnie. Oczekujemy, jako swoistego probierza intencji, rzeczywistego rozwikłania tego problemu, przy czym – powtarzam jeszcze raz – nikt nikomu nie chce odbierać żadnych podwyżek. Jednak, to, co mówiła pani dyrektor, pani poseł Gelert – nie może być takiej sytuacji, żeby konfliktować, a Platforma skonfliktowała pracowników służby zdrowia, powiem szczerze, o marne grosze. Niech pan nie idzie tą drogą, którą szedł Bartosz Arłukowicz i minister Marian Zembala, a wcześniej Ewa Kopacz.

Krótkie dwa pytania. Panie ministrze, nie wspominał pan ani razu, ani słowem o ratownictwie medycznym. Czy będzie utrzymany publiczny charakter tej służby? Czy ta służba rzeczywiście wróci – tak jak mówi tytuł ustawy – do państwowej służby? Czy będzie obejmować jednostki publiczne, zwłaszcza że wykonują one zadania służby państwowej?

Kolejna sprawa – Państwowa Inspekcja Sanitarna. Jestem zdumiona, że o tej służbie również nie powiedziano ani słowa, ponieważ przez ostatnie 8 lat została rozbita, praktycznie jej nie ma. Moje pytanie dotyczy tego, czy ona wróci do tak zwanego pionowego działania, czyli podporządkowania ministrowi, czyli do finansowania i merytorycznego nadzoru ministra. Wtedy nie będzie pan mieć takich sytuacji z rozporządzeniem dotyczącym wody, jak w tej chwili, ponieważ minister praktycznie utracił nadzór nad tą służbą.

Jeszcze jedno pytanie. Z panią przewodniczącą Kopcińską byliśmy latem tego roku na spotkaniu w jednym z miast powiatowych, gdzie spotykaliśmy się z jeszcze jedną patologią – nie tylko z przekształcaniem szpitali, ale i z ich dzierżawą na wiele lat. Chciałabym zapytać – czy resort zdrowia przygląda się również temu procederowi? Czy w tej sprawie będą jakieś działania naprawcze?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Kto w kolejności? Bardzo proszę.

Ekspert Związku Powiatów Polskich Marek Wójcik:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam bardzo, my się znamy, ale proszę się przedstawić.

Ekspert ZPP Marek Wójcik:

Ja się przedstawię, ale chciałem się najpierw przywitać. Marek Wójcik, Związek Powiatów Polskich.

Bardzo przepraszam, że zadam pytanie, które ma charakter bieżący, ale sprawa jest poważna. W związku z tym chciałem poinformować pana ministra, że w jedenastu województwach szpitale powiatowe zadeklarowały, że nie podpiszą aneksów na rok 2016, które gwarantują im kwoty niższe w 2015 r.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam bardzo. Bardzo proszę o ciszę na sali. Będę w tym konsekwentny. Tracimy wspólnie czas, jeżeli się nie słuchamy. Staram się ograniczyć czas trwania tego posiedzenia Komisji, ale nie przeszkadzajmy sobie. Bardzo proszę kontynuować.

Ekspert ZPP Marek Wójcik:

W związku z tym chciałbym prosić pana ministra o to, aby zechciał odpowiedzieć, kiedy może spotkać się z przedstawicielami szpitali powiatowych i samorządami powiatowymi, które w pełni popierają działania dyrektorów szpitali. Powiem, że mamy wrażenie, iż jesteśmy w ostatniej chwili przed degradacją szpitali powiatowych – ja nazywam je podstawowymi.

Pytanie drugie – dobrze, że zadaję je w tym momencie – dotyczy inspekcji sanitarno-epidemiologicznej, ponieważ w przeciwieństwie do pani przewodniczącej Ochman twierdzę, że trzeba wyprostować sytuację sanepidu, ale w kierunku racjonalnym, to jest przesądzenia, że za funkcjonowanie tej inspekcji odpowiadać będą w pełni samorzady terytorialne – majątek, zadania, pracownicy, finanse – a nie, jak teraz, absolutnie szczątkowo.

Trzecia kwestia – także niestety bieżąca, ale my musimy godzić kwestie strategiczne z bieżącymi – dotyczy dyrektorów oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia. Chciałbym prosić pana ministra o odpowiedź, kiedy przesądzi się sprawę kierowania oddziałami Funduszu w kilku województwach, w których czekamy na obsadzenie stanowisk dyrektorskich od wielu miesięcy. Z całą pewnością nie ułatwia to pracy NFZ, a ponieważ jest to już kompetencja ministra zdrowia, a nie prezesa, dlatego ośmielam się zadać to pytanie. Bardzo dziękuję za uwagę.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Już oddaję głos kolejnym osobom. Gdyby ktoś z państwa – bo tego nie wytłumaczyłem... Ten dźwięk świadczy o tym, że czas mija. Oddaję głos. Bardzo proszę, pani z końca sali. Przepraszam, ja z tej odległości nawet nie widzę, kto zabiera głos, więc proszę się przedstawiać.

Prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych Elżbieta Puacz:

Elżbieta Puacz, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych. Panie przewodniczący, szanowni państwo, reprezentuję środowisko diagnostów laboratoryjnych, które od wielu lat wnosi prośby o zmiany i przywrócenie prawidłowego miejsca diagnostyce laboratoryjnej w polskim systemie ochrony zdrowia.

W Polsce nadal nie wiemy, ile jest wykonywanych badań laboratoryjnych. Nie ma też wyceny tych badań. Dlatego nie wiemy, ile środków finansowych przeznaczonych jest na diagnostykę laboratoryjną, której znaczenie w procesie terapeutyczno-diagnostycznym wszyscy znamy. Czy możemy liczyć, panie ministrze, na szybkie wydanie rozporządzenia do ustawy dotyczącej informatyzacji w celu utworzenia rejestru badań laboratoryjnych? Czy, jako środowisko możemy też liczyć na wycenę badania laboratoryjnego z uwzględnieniem wymogów jakościowych i kwalifikacji wymaganych od personelu wykonującego te badania?

Obecnie w Polsce istnieje niekontrolowany transport materiału biologicznego do badań. Bez żadnego nadzoru jest on także transportowany poza granice kraju, bez informacji o tym, czy został zutylizowany po wykonaniu danego badania. Czy Ministerstwo Zdrowia zajmie się nadzorem i określeniem w aktach prawnych zasad bezpiecznego transportu tego materiału?

Ostatnie – od 2011 r. środowisko diagnostów laboratoryjnych wnosi o nowelizację ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. Prace były rozpoczęte jeszcze za minister Kopacz.

Mamy więc prośbę. Czy w tym momencie pan minister podejmie dalsze prace, aby wreszcie została znowelizowana ustawa, która uporządkuje wiele rzeczy w diagnostyce? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Starajmy się trzymać czasu. Bardzo proszę.

Przewodnicząca zarządu Regionu Mazowieckiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Maria Balcerzak:

Maria Balcerzak, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy. Panie ministrze, czy pochylił się pan nad problemem przedstawiania lekarzy jako potencjalnych przestępców? Nagłaśniane sprawy o rzekomych nadużyciach finansowych, o rzekomych błędach, ginięciu pacjentów na izbach przyjęć albo przed, karanie za drobne nieścisłości w administracyjnym wypełnianiu nakazów Narodowego Funduszu Zdrowia – pan to wszystko wie, bo na ten temat wielokrotnie rozmawialiśmy. My chcemy pracować zgodnie z naszą wiedzą medyczną i naszym sumieniem. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję, także za dyscyplinę czasową. Kto z państwa chce jeszcze zabrać głos? Bardzo proszę.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Panie ministrze, panie przewodniczący, Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, podstawowa opieka zdrowotna, leczenie otwarte. Oczywiście, dialog, dialog – o czym tu była mowa. Przyjmujemy zaproszenia, które zostały już rozesłane, odnośnie do tematów. Oczywiście, zgodnie z sugestią pana przewodniczącego, nie powtarzam spraw, które już były poruszone. Jedna, która jeszcze została, to kwestia dotycząca systemu e-WUŚ, czyli Elektronicznego Systemu Weryfikacji pacjenta, a w szczególności młodzieży niepotwierdzającej uprawnień do lat 26. Oczywiście, jeszcze rzecznik praw pacjenta i dokumentacja, koroner. To są sprawy na przyszłość, ale myślę, że o tym będziemy rozmawiać. Jednak głównie e-WUŚ, szczególnie w kontekście zapowiadanych już wcześniej zmian. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa? Nie widzę więcej zgłoszeń. Bardzo proszę, panie ministrze.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, panie przewodniczący. Dziękuję również wszystkim państwu, którzy zadali pytania. Chciałbym przypomnieć, że w dniu, w którym objąłem urząd ministra – 16 listopada – wysłałem 150 albo 200 listów do wszystkich uczestników systemu, a w każdym razie do tych, którzy byli na liście. Jeśli kogoś pomiąłem, to przepraszam. Staralem się wysłać je do wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia – ważniejszych osób, a także organizacji – z prośbą o nadsyłanie pogrupowanych postulatów dotyczących tego, co można zrobić najszybciej, co można zrobić tylko siłami ministra i stosunkowo prosto. Z tego miejsca od razu chciałbym podziękować, bo już zacząłem dostawać takie listy. Stworzyłem specjalny system. Gabinet polityczny zajął się tą sprawą, żeby to sortować, „tabelkować”. Będziemy mieć ogromny materiał do naprawy systemu ochrony zdrowia. Bardzo za to dziękuję.

W tym kontekście rozumiem również, że niektórzy z państwa, którzy zadali pytania, jak na przykład pan dyrektor Wójcik, mogą się ze mną umówić. Jeśli tak, to oczywiście zapraszam, ale może nie w tym miejscu.

Pan prezes Maćkowiak z Federacji Pacjentów Polskich pytał o choroby rzadkie. Tak, chcemy ożywić na nowo Narodowy Program Chorób Rzadkich. W ramach tego będziemy rozwiązywać ten problem, który dotyczy, wbrew nazwie, wielu milionów ludzi. Z całą pewnością jest to problem, który dostrzegam i na pewno tym się zajmiemy.

Pani prezes Dargiewicz miała pytanie do ministra Warczyńskiego, to może od razu, według kolejności, poprosiłbym, panie przewodniczący...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Może jednak pan minister zechce odpowiedzieć pokrótce na wszystkie pytania do pana, żebyśmy to czasowo ograniczali.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dobrze, już się spręzam. Z panem prezesem Mądralą widzieliśmy się już wczoraj. Dziękuję bardzo za ponowne nawoływanie do dialogu, ale jeszcze raz podkreślam, że naprawdę wystartowałem z dialogiem. Zachęcam wszystkich, którzy tutaj są, którzy dostali te listy albo ich nie dostali, żeby, niezależnie od spotkania i możliwości zadania pytania bezpośrednio, po prostu opisali wszystko, co mają na sercu, jeśli chodzi o bardziej lub mniej szczegółowe rozwiązania w różnych obszarach.

Jeśli chodzi o refleksję dotyczącą finansowania, to zwracam uwagę na to, że to nie są plany na jutro. Jednak, jakby dostrzegając ten problem, który zresztą analitycy z różnych systemów ochrony zdrowia też dostrzegają, na przykład w kontekście kryzysu finansowego, że w krajach, w których był system oparty bardziej na budżecie, były większe kłopoty z nakładami na ochronę zdrowia w okresie kryzysu. Dostrzegam ten problem. Jednym z rozwiązań, między innymi, może być zastąpienie składki na tak zwane ubezpieczenie zdrowotne – bo w zasadzie to słowo dzisiaj w przepisach nie pada – dedykowanym na zdrowie podatkiem, tak zwanym podatkiem zdrowotnym. Można dedykować pieniądze na zdrowie, niekoniecznie nie przewidując, że to jest tak, że można finansować to z budżetu. To jednak tylko refleksja na boku. Wtedy te pieniądze – jak pan prezes powiedział – też są znaczone.

Pani przewodnicząca Ochman. Jestem między młotem i kowadłem, bo jedni mówią utrzymać, a drudzy mówią, za nic w świecie – mówię o rozporządzeniu w sprawie podwyżek. Otóż, chcę zadeklarować, że porozumienie z pielęgniarkami w kwestii podwyżek musi być podtrzymane, natomiast zapisana w rozporządzeniu droga do tych podwyżek nie jest jedyną. Zdaję sobie sprawę z tego – są takie sygnały – że jakby to ktoś zaskarżył, to mogłoby się okazać, że to rozporządzenie zostało przyjęte niezgodnie z procedurą, że jest sprzeczne z konstytucją lub innymi przepisami. Gdyby więc tak było, to nie znaczy, że należy się wycofać z podwyżek. Bardzo mocno to deklarujemy. Jeszcze raz deklaruję to, że widzę możliwość rozwiązania tego problemu całościowo. Chciałbym do tego doprowadzić, oczywiście we współpracy z reprezentacją pracowników, w tym także pielęgniarek.

Odnosnie do ratownictwa medycznego, muszę powiedzieć, że jest to obszar, nad którym pracujemy. Uważam sytuację, w której pracownicy pogotowia, i to ci liniowi, pracują jako osoby samozatrudnione, za patologię. Natomiast, jeżeli chodzi o podmioty, które to realizują, to na ten temat trzeba po prostu porozmawiać. Jednak ta pierwsza sprawa wydaje mi się naprawdę jakimś nieporozumieniem.

Odnosnie do inspekcji sanitarnej, to już zauważyłem tu dwa postulaty. Jedni mówią – pionowo, a drudzy mówią – poziomo. Prawda? Powiem tak – wydaje się jednak, że będziemy wracać do pionowego systemu.

Panie dyrektorze Wójcik, muszę pana rozczarować. Kogoś muszę, bo jak są dwa postulaty sprzeczne, to, niestety... Jednak oczywiście nie jest też tak, że będzie tak od jutra, że zrobimy to jednym pociągnięciem pióra. To jest kwestia dyskusji, jak powinno być, żeby było lepiej. Myślę, że przy okazji należy też rozważyć to, czym inspekcja sanitarna powinna się zajmować, jak daleko sięgać. Czy czasem nie jest tak, że ona przeszkadza w niektórych rzeczach, jeśli chodzi o prowadzenie różnych rodzajów działalności, które podlegają kontroli itd. Myślę więc, że to jest temat trochę szerszy.

Pani przewodnicząca pytała o dzierżawę szpitali. Myślę, że to jest być może w zapowiedziach dotyczących nowelizacji ustawy o działalności leczniczej. O tym elemencie akurat nie wspominałem, ale korzystam z tego pytania, żeby powiedzieć, co myślę na temat dzierżawy szpitala, czy części szpitala. Uważam, że w kontekście tej debaty, pytań czy komentarzy pana przewodniczącego na temat zysku i działania bez zysku, a także pana prezesa Mądrali i innych osób, jak to będzie z podmiotami prywatnymi, czy je chcemy likwidować itd. Myślę tak, ale to też jest moja osobista refleksja, że mam największy problem z tym sektorem prywatnym, który działa na majątku publicznym, który wyko-

rzystuje tę okoliczność czy tę sytuację. Nie chcę za bardzo uogólniać, ale w takich okolicznościach jest chyba najtrudniej to uporządkować. Obawiam się, że w tym obszarze jest najwięcej, jeśli nie „kręcenia lodów”, to ryzyka „kręcenia lodów”. Myślę, że to jest obszar, który raczej nie powinien dominować.

Pana dyrektora Wójcika już zaprosiłem, i zapraszam jeszcze raz. Bardzo proszę. Dzisiaj już to powiedziałem.

Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich. Pan wspomniał, że w wielu oddziałach od wielu miesięcy czekają konkursy. Z mojej informacji wynika, że w dwóch oddziałach, a nie w wielu. Dwa to też za dużo. Chcę powiedzieć przy okazji, że nie przyszedłem do Ministerstwa, żeby wymieniać wszystkich, zwalniać i wymieniać na swoich. To nie tak. Jeżeli jest sytuacja, w której są jakieś wakaty, to będziemy się temu przyglądać. Jeśli zgodnie z prawem ma się odbyć konkurs, to się odbędzie. Tyle mogę powiedzieć. Odnośnie do kadry zarządzającej – jak powiedziałem – nie jest tak, że chcemy zrobić generalną wymianę kadr. Nie ma takiego zamiaru.

Panią prezes Puacz z Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych też zapraszam do siebie. Jeśli pani prezes mnie pyta, czy będziemy pisać rozporządzenie w sprawie rejestru, czy planujemy wycenę, to dzisiaj nie jestem gotów do odpowiedzi na te pytania. Chciałbym raczej zobaczyć całościowy... Po prostu, chciałbym porozmawiać.

Odnośnie do ustawy, to rzeczywiście ona nie ma szczęścia. Myślę, że to też jest sprawa do ponownego porozmawiania. Nie lubię – to nie jest kwestia gustu, tylko zasad – metody, jaką jest inicjatywa poselska. Powinno sięgać się do tego tylko w wyjątkowych sytuacjach. Mówię o dużych rozwiązaniach. One nie powinny iść tą drogą, bo to rząd jest odpowiedzialny za przygotowanie. Rząd ma możliwość korzystania z ekspertów, zasięgania opinii itd. Nie odbywa się to wtedy w pośpiechu. Myślę, że to jest klasyczny przykład takiego właśnie rozwiązania, bo mówimy o dużej nowelizacji ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. To z całą pewnością nie powinno być robione na łapu capu. Zapraszam po prostu do rozmowy, musimy nad tym popracować. Myślę, że między innymi dlatego ta ustawa ugrzęzła ostatnio w parlamencie, bo była tą drogą forsowana.

Posel Marian Zembala (PO):

Panie przewodniczący, czy można w tej sprawie...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, bardzo proszę.

Posel Marian Zembala (PO):

...bo warto, żeby to państwo wiedzieli, jako przykład ilustracji problemu. Otóż, tę ustawę, a raczej jej kontrowersję, poddaliśmy bardzo merytorycznej dyskusji w ramach rady konsultantów w Ministerstwie Zdrowia i akademickiej dyskusji w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Dlaczego? Dlatego, że część założeń – przy całym szacunku dla pomysłodawców – była taka, żeby wyłączyć z tego zawodu – uwaga! – mikrobiologów, biologów molekularnych i bakteriologów, co byłoby sprzeczne... Odsyłam do istniejącego zapisu z realnym wykonaniem i fachowością, z kompetencjami...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, przepraszam, że przerywam, ale teraz jest czas odpowiedzi ministrów zdrowia...

Posel Marian Zembala (PO):

Wiem, ale jakby wspieram...

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, panie profesorze. Pani dr Maria Balcerzak z Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy pytała. W zasadzie trudno powiedzieć, czy to było pytanie. To był raczej komentarz. Chcę powiedzieć tak – i to *a propos* tego, co mi wypominał trochę pan przewodniczący – że tam, gdzie wina, tam też powinna być kara. Odnośnie do tego nie ma żadnej wątpliwości. Natomiast myślę, że problemem jest nie to, że ktoś wśród lekarzy popełnił jakiś poważny błąd i że został ukarany, bo czasem może się zdarzyć – nawet jest takie wrażenie społeczne – że nie zawsze ta procedura jest skuteczna. Jednak z całą pewnością nie może być tak, żeby ludzie bali się albo bardziej podlegali nadzorowi w obsza-

rze, który dotyczy biurokracji, czyli rzeczy, które są mało ważne. Dzisiaj chyba mamy do czynienia z czymś takim, że lekarze często podlegają kontroli nie w zakresie tego, czy robią coś w sensie medycznym dobrze czy źle, tylko, czy wywiązali się ze wszystkich zobowiązań biurokratycznych.

Jednocześnie – dziękując za to pytanie – chciałbym powiedzieć, że jednym z moich dalekosiężnych planów – jak wspomniałem – jeżeli chodzi o rozwiązania w zakresie tak zwanych zdarzeń medycznych... Proszę państwa, ma dość dobrze ugruntowaną wiedzę, jak to wygląda w niektórych krajach. Na przykład, w krajach skandynawskich system gwarantujący pacjentom rekompensaty za szkody poniesione w związku z działaniami medycznymi bez sądu i bez konieczności udowadniania winy sprzyja czemuś, co w Polsce jest zupełnie nieznanne. Otóż, my – mówiąc językiem ekspertów międzynarodowych, angielskim – żyjemy w kulturze *name, blame, shame*, czyli, znaleźć winnego, potępić go i zawstydzić. Niestety, ta kultura sprzyja raczej ukrywaniu błędów, a nie poprawie jakości. Myślę więc, że od tego systemu trzeba odejść, bo pod rządami rozwiązań skandynawskich to lekarze i inni profesjonaliści medyczni w sytuacji, kiedy dochodzi do tego, że pacjent ponosi szkodę w związku z działaniami medycznymi, i to bez względu na to, że było jakieś niedopatrzenie – nie mówię o dużych błędach, bo one oczywiście wymagają napiętnowania... Odnośnie do tego nie ma wątpliwości. Jednak, również w takich niedobrych sytuacjach – to jest najbardziej zaskakujące dla nas, obserwatorów z zewnątrz – to właśnie lekarze, pielęgniarki i inni profesjonaliści medyczni współpracują z pacjentem, aby on dostał rekompensatę za szkodę, którą poniósł. To jest coś, co w naszym systemie jest zupełnie niemożliwe. Myślę, że przejście do takiej właśnie kultury jest możliwe wtedy, kiedy postaralibyśmy się naśladować rozwiązania prawne gwarantujące pacjentowi, że nie musi iść do sądu i procesować się z lekarzem, żeby dostać odszkodowanie. To, niestety, napędza również wzajemną agresję i niechęć, która w tym systemie jest dzisiaj naszym problemem.

Pani prezes Janicka pytała, po pierwsze, o system e-WUŚ. Pani prezes, jeżeli chodzi o docelową sytuację, to chcę powiedzieć, że e-WUŚ zniknie, bo będzie niepotrzebny, ponieważ każdy człowiek, który zgłasza się z problemem do lekarza, powinien być przyjęty, a nie przyjęty najpierw przez e-WUŚ. Jeśli dane w systemie wyświetlają się w kolorze czerwonym, to nie wiadomo, co z nim robić, i zaczyna się problem. To jest docelowo.

Czy ta sytuacja może być szybko rozwiązana? W tej chwili analizuję taką możliwość, żeby w podstawowej opiece zdrowotnej z tego zrezygnować. Nie mówię, że to jest konkretny projekt na jutro, ale wydaje się, że jest wiele argumentów za tym, żeby tak było. Z jednej strony argumentów konstytucyjnych, mówiących o tym, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia i do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Jest również drugi argument – finansowy. Otóż, nie tak dawno, proszę państwa, czytałem opracowanie dotyczące imigrantów – a to też problem, z którym będziemy musieli się zetknąć. Otóż, zrobiono badanie w kilku krajach Europy Zachodniej bardzo wyraźnie wskazujące, że oferowanie imigrantom dobrej opieki na poziomie podstawowym pozwala oszczędzić pieniądze, bo ci ludzie, jeśli nie są pod opieką podstawową, to potem trafiają ze znacznie bardziej kosztownymi problemami, które i tak trzeba sfinansować ze środków publicznych. Jednak jeszcze raz podkreślam, że to nie jest rozwiązanie na jutro, ale na pewno będziemy się nad tym pochylać.

Odnośnie do koronerów, to jest sprawa skomplikowana. Znam ją i obiecuję, że będziemy przymierzać się do tego. Myślę, że ta sytuacja, które jest w tej chwili, nie jest możliwa do utrzymania. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję, panie ministrze.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Aha, jeszcze panowie ministrowie...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jeśli muszą ministrowie, to oczywiście mogą odpowiedzieć.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Było pytanie konkretnie do pana ministra Warczyńskiego.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panu ministrowi oczywiście udzielię głosu, chciałbym tylko podkreślić to, że pan minister Warczyński jest mistrzem udzielania odpowiedzi na piśmie.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:

Jeśli można, odpowiem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Warczyński:

Odpowiem – dwa razy tak, i już, a pani przewodnicząca będzie wiedzieć.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo wszystkim państwu dziękuję. Drodzy państwo, wyczerpaliśmy porządek obrad.

Chciałbym jeszcze przekazać państwu informację. Proszę o wytrzymanie kilku sekund. Marszałek Sejmu zwrócił się do komisji sejmowych o sporządzenie planów prac komisji na okres od 1 stycznia do 31 lipca 2016 r. W związku z tym, wyznaczam termin do dnia 16 grudnia na składanie przez państwa posłów propozycji do planu prac Komisji.

Na tym kończę posiedzenie Komisji. Chciałbym państwu przekazać jeszcze jedną uwagę. Drodzy państwo, przechadzałem się po sali i patrzyłem na skład naszego dzisiejszego spotkania. Będę bardzo precyzyjny w dopełnianiu listy obecności, a także list organizacji i instytucji, które towarzyszą nam w posiedzeniu Komisji, będę zwracać się z zapytaniem o funkcje pełnione przez określone osoby, a nie tylko o same nazwiska osób wyznaczonych na posiedzenie Komisji. Bardzo też proszę państwa posłów, jeżeli chcecie wprowadzić swoich gości na posiedzenie, o zgłaszanie wcześniej tej sprawy w Komisji Zdrowia, żebyśmy mogli dobrze i merytorycznie przygotować dyskusję na posiedzeniu. Będę na to bardzo zwracać uwagę. Proszę się nie dziwić pewnym utrudnieniom, które na początku będą temu towarzyszyć. Dziękuję.

Zamykam posiedzenie Komisji.