

VIII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 6)

z dnia 27 stycznia 2016 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 6)

27 stycznia 2016 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bartosza Arłukowicza (PO)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację dotyczącą utworzenia sieci szpitali publicznych – powrót do koncepcji.

W posiedzeniu udział wzięli: **Krzysztof Łanda** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Alicja Maliszewska** starszy specjalista w Zespole Prawnym Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Iwona Piekarska** starszy specjalista w Oddziale Nadzoru Właścicielskiego Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, **Joanna Wrzesień** naczelnik Wydziału w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych wraz ze współpracownikiem, **Marek Trosiński** wicedyrektor w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Zdzisław Bujas** wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych ze współpracownikiem, **Wanda Fidelus-Ninkiewicz** dyrektor Biura w Naczelnej Izbie Lekarskiej wraz ze współpracownikiem, **Renata Górna** radca i **Jerzy Sokołowski** ekspert Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, **Maciej Jakubiak**, **Jarosław Pokoleńczuk** i **Agnieszka Sikorska-Brzozowska** eksperci Pracodawców RP, **Marek Jeziorski** członek Rady Nadzorczej Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Mariusz Kocój** członek Zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, **Zofia Małas** prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikami, **Danuta Miłkowska-Mendrek** członek Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Elżbieta Puacz** prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych oraz **Marek Wójcik** ekspert Związku Powiatów Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegorzka**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych oraz **Grzegorz Ciura** – specjalista z Biura Analiz Sejmowych.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Czy mamy kworum? Stwierdzam kworum. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji dotyczącej utworzenia sieci szpitali publicznych – powrót do koncepcji. Przedstawia minister zdrowia. Czy ktoś z państwa ma uwagi do porządku dziennego? Jeśli nie, to stwierdzam jego przyjęcie.

Witam wszystkie panie i panów posłów. Witam przedstawicieli resortu, zaproszonych gości i wszystkich państwa na sali. Oddaję głos panu ministrowi zdrowia. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Łanda:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, tak jak przekazaliśmy w piśmie do pana przewodniczącego, Ministerstwo Zdrowia stoi na stanowisku, że sieć szpitali powinna w Polsce powstać, zresztą, zgodnie z kierunkiem, który...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam. Czy mogę prosić pana ministra o przysunięcie mikrofonu troszeczkę bliżej, bo będzie wygodniej... Dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Łanda:

Kontynuując – taki, jaki kierunek wyznaczył świętej pamięci pan profesor Religa będąc ministrem zdrowia. Oczywiście, ideę utworzenia sieci szpitali jak najbardziej popieramy i zamierzamy prowadzić najpierw prace koncepcyjne w tym zakresie, a potem zaproponować odpowiednie zmiany w prawie. Natomiast, sieć szpitali – i praca nad tą koncepcją

– nie może być rozpoczęta zanim nie zostaną zakończone prace nad mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie szpitalnictwa. Zgodnie z obowiązującym prawem, do 1 kwietnia prace nad „mapami” potrzeb zdrowotnych w zakresie szpitalnictwa mają zostać zakończone. Zgodnie z dokumentami i porozumieniem z Komisją Europejską, prace nad tymi „mapami” muszą zostać zakończone do dnia 30 kwietnia. W związku z tym, sieć szpitali i koncepcję musimy rozwijać na podstawie rzetelnych danych. Te dane w tej chwili podlegają analizie. Na razie zostały opublikowane tylko dwa zakresy, czyli kardiologia i onkologia. Prace nad kolejnymi trzynastoma zakresami trwają. Jak mnie zapewnia Departament Analiz i Strategii, te prace zakończą się w terminie.

Chcę również podkreślić, że te prace są kontynuowane w takim zakresie, w taki sposób i takimi środkami, jakie zostały zaplanowane przez poprzednie kierownictwo resortu, i nie ma absolutnie żadnej ingerencji ze strony obecnego kierownictwa resortu, jeżeli chodzi o zmianę kierunków, zmianę przyjętych metod. Pełnia prac tego Departamentu koncentruje się w tej chwili wyłącznie na „mapach” potrzeb zdrowotnych, abyśmy wyrobili się w terminie i zakończyli te prace z dokumentami odpowiedniej jakości. Tak to zostało zaplanowane. W związku z tym, dopiero wtedy, kiedy te mapy zostaną zakończone, będziemy mogli wrócić do tematu sieci szpitali. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Oddaję głos paniom i panom posłom. Bardzo proszę, panie pośle. Pani poseł za chwilę. Pan poseł Zembala.

Poseł Marian Zembala (PO):

Panie ministrze, panie przewodniczący, szanowni państwo, chciałbym jeszcze raz powiedzieć jako minister przez pięć miesięcy w poprzedniej kadencji, że należę do tych, którzy się cieszą, że mój następcą odniesie sukces. To jest myślenie, cel. To jest pierwsza myśl.

Druga myśl. Chciałbym, żeby w naszym działaniu patrzeć na zjawisko sieci nie jak na jednorazowy akt, bo w żadnym kraju taki jednorazowy akt w ciągu miesiąca nie powstał, ale jak na zjawisko dynamiczne, które wymaga czasu, chodzi bowiem o sieć szpitali z definicji, ale też, jakich szpitali.

Rozumiem także ten komentarz, który napisał pan minister Łanda, że przez sześć miesięcy... Proszę jednak, aby w tym patrzeniu nie umknęło myślenie i działanie ponad podziałami, które już de facto wszyscy razem wypracowaliśmy, a nawiązuje do modelu, a raczej do koncepcji profesora Religi, którego jestem następcą, współpracownikiem i sukcesorem w myśleniu, a mianowicie, sieci szpitali akademickich. I tutaj apeluję do wszystkich państwa posłów. Jest kwota 132 mln zł, więc stosunkowo niedużo w tym ważnym i oszczędnym gospodarowaniu, która została przygotowana przez nas na wzmocnienie szpitali akademickich. Nazwijmy więc to siecią Religi dla uczczenia tego pioniera – proponuję – od półrocza 2016 r. Jest stosowne rozporządzenie. I dziękuję panu ministrowi za ten przykład, kiedy cel nas tak łączy, że nie mówimy „my-oni”, tylko poprawiamy i działamy wspólnie. Dziękuję za taką postawę, bo zwłaszcza w resorcie zdrowia jest ona wyjątkowo potrzebna.

Proszę państwa, jeżeli przyjmujemy takie założenia, to co się stanie. Otóż, trudna sytuacja szpitali akademickich, na których – państwo to wiedzą – spoczywa ciężar leczenia „trudnych” chorych... Jeszcze raz mówię – to nie dlatego tam proponujemy podniesienie o złotówkę... I to jest możliwe poprzez rozporządzenie prezesa. To dlatego, że podnosimy poprzeczkę wymagań, dajemy więcej o złotówkę na punkcie. To jest bardzo dużo dla szpitali uniwersyteckich, które są w trudnej sytuacji. Dzięki temu – jest to tak zwany model francuski – oddziałujemy... Podam państwu przykład. Jeżeli w Rzeszowie – mamy ośrodek akademicki – nastąpi wzrost finansowania świadczeń o złotówkę, to dyrektor szpitala akademickiego, instytutu, dostaje tę złotówkę, ale jednocześnie z informacją, że 20 gr. od tej kwoty jest oddziaływaniem na ordynatora, czyli, jeśli wykonujesz dużo operacji guzów trzustki, masz dużo trudnych przypadków, to masz większe finansowanie. I nie dlatego, że ten sam zabieg kosztuje w całej Polsce inaczej, tylko dlatego, że „trudni” chorzy ze szpitali miejskich, powiatowych – a wszystkie szpitale szanujemy – muszą tam trafić, i trafiają, żeby przeprowadzić trudniejszą diagnostykę.

Dlatego chcę prosić o to, abyśmy w sprawie... Proponuję nawet nazwać to siecią Religi – będzie to pewien ukłon... My przygotowaliśmy tu rozwiązania organizacyjne. Jeżeli do tego moi ambitni następcy i państwo dołożą wolę, to jesteśmy w stanie to zrobić od półrocza. Przypomnę, że jest zgoda wszystkich środowisk akademickich, wyrażona na posiedzeniu KRAUM – Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych. Jest oczekiwanie na to, abyśmy tę sytuację poparli. A w związku z tym, stworzymy coś, co jest zgodne z programem wyborczym – tworzenie pierwszego etapu sieci – i uwzględnimy te szpitale akademickie, a więc także psychiatrię akademicką, o której wiemy, w jak trudnej jest sytuacji... Chciałbym więc prosić państwa, aby na etapie zaczynania nie wprowadzać podziału, że szpital powiatowy jest gorszy, że szpital miejski jest gorszy. Nie ma takiej klasyfikacji. Natomiast ten dobry szpital powiatowy, dobry szpital wojewódzki czy miejski, przy tej samej wartości świadczenia za punkt staje a priori w sytuacji gorszej, bo ma większe koszty diagnostyczne, większą gotowość, a ponieważ trafia tam pacjent „trudniejszy”, liczba badań diagnostycznych, które kosztują, musi być znacznie większa. Proszę tak do tego podejść.

Jeszcze jedna uwaga w sprawie „map”. Również dziękuję panu ministrowi za komentarz. Chcę państwu powiedzieć, że znacznie przyspieszyliśmy, żeby „mapy” zrobić, bo one także są warunkiem, który podpisaliśmy, i 12,5 mld zł w ciągu dwóch i pół roku wchodzi do systemu ochrony zdrowia. Jednak zwrócę uwagę na jedną rzecz, że zrezygnowaliśmy z pierwotnej koncepcji, żeby „mapy” powstałe w ministerstwie przekazać do dyskusji społecznej, w której każdy dodaje cokolwiek, bo one by powstawały półtora roku, na rzecz wspólnego działania z płatnikiem, z Narodowym Funduszem Zdrowia, ponieważ wciąż polska medycyna nie stoi rejestrami, z wyjątkiem kardiologii i kardiologii, gdzie są rejestry. Pulmonologia zaczyna. Te rejestry są gwarancją ich powstania. Reasumując, cieszymy się, że te działania, które wspólnie podejmujemy – i działamy ponad podziałami – na pewno zaowocują sytuacją, która pomoże, po pierwsze, szpitalom akademickim, których sytuacja ekonomiczna jest więcej niż trudna – o to państwa bardzo proszę – i, po drugie, powstaniu „map”.

Mogę też powiedzieć, że kiedy byłem ministrem, zaproponowałem skład ekspercki najlepszy, jaki jest w Polsce, jeśli chodzi o „mapę” kardiologiczną i kardiologiczną. Ta „mapa” powstała i identyfikuje problem. Onkolodzy również wybrali te elitarne grupy. Dlaczego to jest ważne? Dlatego, że przez okres półtora roku, drodzy państwo, za kwotę 195 mln zł, znowu razem, pod kierunkiem pana ministra Konstantego Radziwiła i jego ambitnego zespołu, jest możliwe to, co przygotowaliśmy, czyli 19 wzorcowych programów w poszczególnych obszarach medycyny... I to też cieszy.

Dziękuję bardzo i apeluję do państwa o poparcie tego projektu. To jest coś, co powinno nas mocno łączyć. A jest logistyczna możliwość, aby to uruchomić od połowy 2016 r., bez uszczerbku na pieniądzach. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani poseł Chybicka... Nie widzę, kto się zgłaszał. Widzę, OK.

Poseł Alicja Chybicka (PO):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, mam pytanie do pana ministra. Czy te prace nad „mapami” zapotrzebowań i prace nad siecią szpitali nie powinny toczyć się równolegle? W zasadzie sieć szpitali to nie jest to samo, co „mapy” zdrowotne. To są dwa odrębne problemy, oczywiście ząębające się w pewnym sensie, ale w sieć szpitali wejda wszystkie szpitale zaczynając od samego dołu, czyli od najmniejszych, do tych zlokalizowanych wysoko. Już w tej chwili należałoby identyfikować szpitale wielospecjalistyczne, które na pewno w tej sieci się znajdą, i te prace – tak mi się wydaje, ale może się mylę – powinny toczyć się równolegle. Jest bowiem taka potrzeba – mówił choćby o tym przed chwilą pan minister Zembala – aby szpitale wysokospecjalistyczne, jakimi są szpitale akademickie, znalazły się w tej sieci w najwyższym stopniu referencyjności. Zapewne dołożenie złotówki w takich wielospecjalistycznych szpitalach zrobi jakiś ruch w finansowaniu, ale wydaje mi się, że prace powinno się zacząć już, nie czekając, aż powstaną „mapy” zdrowotne. Daj Boże, żeby udało się je zrobić do końca kwietnia, ale jest to dość duża praca. Oby to było! Jednak najlepiej byłoby, gdyby te prace toczyły się

dwoma torami i równolegle. Ministerstwo jest dość duże, myślę więc, że nie ma problemu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Czech.

Poseł Anna Czech (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, to ja zgłosiłam do planu pracy Komisji temat prac nad siecią szpitali, dlatego, że jestem wieloletnim dyrektorem szpitala – również w tej chwili pełnię tę funkcję – i wiem, jak doskwiera brak koordynacji na szczeblu wojewódzkim, a także centralnym. Sieć szpitali byłaby jakimś rozwiązaniem, na przykład, w przypadku wyniszczającej konkurencji. Na pewno trzeba nad tym pracować, ale lepiej to zrobić spokojnie, z rozważą, po przeanalizowaniu wszystkich elementów. Dlatego nie spodziewałam się, że ten temat zostanie tak wcześnie zapisany w terminarzu posiedzeń Komisji. Myślałam, że panuje tu taki zwyczaj, że pan przewodniczący wstępnie uzgadnia to z ministrem. Jeśli to nie nastąpiło, to ja też przepraszam, ale uważam, że lepiej jest dłużej poczekać, popracować, niech ministerstwo przeanalizuje wszystkie aspekty, a dopiero później przedstawi koncepcję. Myślę, że to będzie słuszne i zasadne. A oczywiście, ta sieć jest potrzebna i jest potrzeba, aby w końcu została wprowadzona. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Pani poseł Małecka-Libera, bardzo proszę.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, szanowni państwo, ja jestem przeciwnikiem sieci. I przeciwnikiem sieci byłam kilka lat temu, kiedy pojawił się projekt, który miał być wtedy procedowany w Sejmie, a zakładał utworzenie takiej sieci. To było kilka lat temu. Podtrzymuję to swoje zdanie. Uważam, że sieć szpitali to jest jakość usług, i poprzez jakość usług powinniśmy określać, które szpitale są dobre, a które być może powinny nieco zmieniać swój profil.

Kolejna rzecz, która zawsze pojawia się przy określaniu sieci, to ręczne sterowanie – ten szpital wchodzi w sieć, a ten nie. Czy taki szpital, który wchodzi w sieć, będzie szpitalem motywującym swoich pracowników do zmian i do poprawiania jakości? Niekoniecznie.

Druga rzecz, która z tego wypływa – kiedy z tej sieci szpital wypada. Cała procedura, schemat wkładania tych szpitali do sieci i ich wyprowadzania, jest zupełnie zbędna. Po to rozmawialiśmy i wypracowaliśmy standardy jakości, i po to idziemy w kierunku podnoszenia jakości usług, żeby automatycznie, poprzez jakość usług, sieć sama się kwalifikowała.

Natomiast, w odniesieniu do tego, co powiedziała przede mną pani poseł, zgadzam się z panią poseł, że polityka regionalna i określona liczba szpitali w danym regionie jest konieczna, ale to ma wynikać z „map” potrzeb. I właśnie mapy potrzeb to taki instrument i narzędzie, które nie powinny pokazywać tylko stanu obecnego, a powinny pokazywać planistycznie, jakie ewentualne potrzeby w danym regionie są. To będzie wynikać z „map”. Mam nadzieję, że na „mapach” będą uwzględnione przede wszystkim dane epidemiologiczne i to, w jakim kierunku w danym regionie powinna rozwijać się specjalistyka, liczba specjalistów itd. To w oczywisty sposób też będzie powodować, że w danym regionie pewna liczba szpitali będzie się rozwijać w danych specjalizacjach, a inne będą się zwiijać, bo nie będzie takiej potrzeby na danym terenie. Uważam, że rozmowa o tym pod tym kątem jest celowa, ale zakładanie a priori, że stworzymy jakąś sieć i wśród tych szpitali będą, na przykład, szpitale wysokospecjalistyczne, w moim odczuciu, jest złym założeniem. Natomiast, rzeczywiście, trudno w tej chwili dyskutuje się o szczegółach, bo ich nie znamy. Pewnie będziemy o nich dyskutować wtedy, kiedy ewentualnie taki projekt do nas trafi. Proszę jednak pana ministra, żeby zwrócił uwagę na to, czy aby na pewno takie sztywne zapisywanie i tworzenie sieci wielospecjalistycznych, akademickich, powiatowych rzeczywiście jest najważniejsze. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, pan poseł Sośnierz.

Poseł Andrzej Sośnierz (PiS):

Chciałbym odnieść się do wystąpienia pana posła Zembali, bo pobrzmiwała w nim taka nuta, że sieć tworzy się po to, żeby przede wszystkim szpitale akademickie zaopatrzyć w pieniądze. Sieć szpitali akademickich ma zupełnie inne założenia niż sieć szpitali, którą państwo powinni budować, bo sieć szpitali akademickich wynika z potrzeb kształcenia. Osią budowania takiej sieci jest to, ilu studentów kształcimy, i pod te potrzeby buduje się sieć szpitali klinicznych. Natomiast ta sieć, którą państwo robią, ma na uwadze przede wszystkim pacjenta, czyli właśnie epidemiologię. Dlatego założenie, że podstawą budowania sieci będzie „mapa” potrzeb zdrowotnych jest jak najbardziej słuszne. Problem tylko w szczegółach – jak zawsze.

Do sieci szpitalnej podchodzono w Polsce w ostatnich dwudziestu latach już kilka razy. Może najbardziej zaawansowany projekt przeprowadziła pani minister Cegielska, i też się nie udał, dlatego, że zasadniczo jest to prawie niewykonalne zadanie. Trzeba przyjąć pewne założenia. Przy założeniach, to się uda. Jednak te założenia muszą być przyjęte z góry. Również odnośnie do map potrzeb zdrowotnych muszą być z góry przyjęte, dlatego, że na dzisiaj te mapy, które się opracowuje, są odzwierciedleniem stanu istniejącego. One lekko wnikają w epidemiologię, ale w aktualnej postaci nie jest to mapa, która nadawałaby się do tych celów, o których mówimy. Teoretyczne założenia są jak najbardziej słuszne, bo tworzenie sieci bez pacjentów i bez uwzględniania ich potrzeb jest właściwie bezsensowne, ale taki wątek tu wybrzmiał w wystąpieniu posła Zembali, że właściwie mamy przede wszystkim szpitale akademickie, a to jest jeszcze coś innego. Oczywiście, szpitale akademickie też są w tej sieci, ale nie pod potrzeby akademików należy tworzyć sieć, tylko pod potrzeby pacjentów. To jest oczywiste. A te interesy często się rozchodzą, są rozbieżne. Chciałem tylko zwrócić na to uwagę, żeby to uwzględnić.

I chciałbym też zwrócić uwagę na trudność. Dobrze byłoby jednak coś przyjąć na wstępie tej sieci, a także „map”, dlatego, że te „mapy”... Będzie potem takie wrażenie... Wszyscy dostaniemy te „mapy” i będzie się to nam wydawać prawdą objawioną. Proszę wierzyć lub nie – będzie to „mapa” prawdziwa, uwzględniająca dane założenia, a jakie one będą, nie wiadomo. A potem plan budowany na podstawie fikcji albo nieprawidłowej „mapy” też będzie zły. Tak właśnie swego czasu pan minister Arłukowicz projektował pakiet onkologiczny na odstawie fałszywych założeń, ale to nie on był winien, tylko ta baza, którą mu dostarczono. To były dane nieprawdziwe. Na tej podstawie zbudowano program, który oczywiście nie mógł być prawdziwy, ale to jest kwestia metodologii budowania bazy informacyjnej, czy budowania czegokolwiek. Na to chciałem zwrócić uwagę, i na to, żeby nie koncentrować się na sieci akademickiej, bo to jest inny problem niż sieć dla pacjentów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, ja chciałabym zapytać pana ministra o charakterystykę źródeł danych oraz o ocenę tych źródeł danych, na podstawie których opracowuje się „mapy” potrzeb i sieć szpitali. Myślę, że to jest istotny punkt wyjścia, żebyśmy się dowiedzieli, jak państwo oceniają te dane, na podstawie których można budować ich kompletność, wiarygodność i przydatność do zbudowania takiej sieci. A to, że taka sieć jest potrzebna, wie każdy, kto w ostatnim czasie, a także wcześniej, odwiedził kilka szpitali i widział, jak to się kształtuje, jak na każdym oddziale wewnętrznym rano znajduje się kilkudziesięciu pacjentów starych, chorych, zaniedbanych, głodnych, niedożywionych, przywiezionych z pensjonatów. Ja byłam w kilku warszawskich szpitalach i widziałam w ostatnich miesiącach pacjentów przywiezionych z podwarszawskich pensjonatów. Skądś oni tam się wzięli. Podobna sytuacja jest także w innych szpitalach. Widać więc wyraźnie, że jakoś trzeba rozwiązać ten bardzo trudny, a narastający przecież problem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Pani poseł Krynicka, bardzo proszę.

Poseł Bernadeta Krynicka (PiS):

Dziękuję. Panie ministrze, panie przewodniczący, ja też chciałabym nawiązać do wypowiedzi pana posła Zembali. Nie tylko szpitale akademickie są wysokospecjalistyczne. O tym, trzeba pamiętać. Jest wiele szpitali wojewódzkich, między innymi, szpital wojewódzki w Łomży, który jest naprawdę wysokospecjalistyczny i szkoli studentów różnych kierunków medycznych. To chciałabym przypomnieć i podkreślić, żeby to też było brane pod uwagę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Bardzo proszę, pani poseł Kopcińska.

Poseł Joanna Kopcińska (PiS):

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Ja tylko pragnę przypomnieć, że sama idea sieci nie jest nowym pomysłem. Prawo i Sprawiedliwość już kiedyś składało projekty ustaw. Prace nad pierwszym nie zostały dokończone, a drugi został odrzucony. Był czas, żeby wszyscy państwo do tego tematu wcześniej wrócili i nad nim pracowali. Nie da się... Trzeba się w tej chwili zastanowić nad kierunkiem, w jakim mają pójść te szczegółowe rozwiązania, a do tego potrzeba chociażby zakończenia pracy nad „mapami” potrzeb zdrowotnych. Pragnę tylko przypomnieć, że te „mapy” potrzeb zdrowotnych, które dzisiaj były już wiele razy wywołane, to cel II w części A z roku 2014. Te prace – jak wiemy – przeciągały się. Dopiero 26 marca 2015 r. minister zdrowia podpisał rozporządzenie i te prace trwają. Żebyśmy stworzyli wspólnie, ponad podziałami, wspólny projekt pod nazwą sieć szpitali potrzeba trochę cierpliwości.

Mam też prośbę, żebyśmy posiedzenia naszej Komisji planowali w sposób umożliwiający dyskusję nad problemami, które już są, które są nierozwiązane i nad którymi możemy procedować, bo wprowadzenie na dzisiejsze posiedzenie tego punktu, panie przewodniczący, tak naprawdę, niewiele wnosi. Jak przypominałam, od wielu lat idea sieci jest żywa. Projekty były. Dajmy czas i skupmy się na tym, nad czym możemy procedować tu i teraz. Mamy plan pracy Komisji z wieloma ważnymi punktami, na których rozwiązanie czekają przede wszystkim pacjenci, a później personel. Skupmy się na tym i planujemy tak te posiedzenia, żebyśmy mogli pracować i żeby to były posiedzenia merytoryczne, rozwiązujące problemy, których jest mnóstwo – każdy obecny na tej sali to wie – a nie wszczynajmy niepotrzebnych sporów politycznych. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przypomnę pani poseł tylko tyle, że plan pracy został przyjęty przez Komisję, zaś dzisiejszy temat był zgłoszony przez panią poseł Czech, co staram się realizować na zasadach równego podejścia do planowania. Jednak oczywiście przyjmuję tę uwagę. Bardzo proszę, pani poseł Szczurek-Żelazko.

Poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Panie przewodniczący, koleżanka wcześniej podkreśliła tę kwestię zasadności zwołania dzisiejszego posiedzenia, ale myślę, że to już wybrzmiało wyraźnie, abyśmy pochylali się nad tematami, które rzeczywiście są ważne, a nie rozmawiali o temacie, który też jest ważny, ale nie był przewidziany na posiedzenie w takim trybie. Natomiast, odnośnie do samej sieci szpitali, nie dziwi mnie wypowiedź pani poseł Małeckiej-Libery. Wiemy doskonale, że poprzedni rząd był przeciwny sieci szpitali i efekty tego mamy dzisiaj, kiedy w poszczególnych regionach są białe plamy, bo pewien rodzaj świadczeń nie jest zabezpieczony wyłącznie dlatego, że nie jest opłacalny. Z kolei w innych miejscach jak grzyby po deszczu powstają nowe szpitale, które korzystają również ze środków unijnych i nie posiadają kontraktu. Mowa o tym, że będą konkurować jakością jest daleka od rzeczywistości, bo w jaki sposób będziemy mierzyć tę jakość. Nie mamy konkretnych wskaźników. Dlatego konkurencja, tak naprawdę, polega jakby na wyłapywaniu z systemu ochrony zdrowia tych obszarów, które są opłacalne. W związku z tym, jak najbardziej sieć szpitali musi powstać, ale musi powstać na bazie dogłębnej i szczegółowej analizy.

„Mapy” potrzeb zdrowotnych są więc wyjściowym produktem, który będzie umożliwiać racjonalne skonstruowanie tej sieci.

Oczywiste jest, że to będzie musiało ewaluować, ponieważ zmienia się epidemiologia, zmienia się demografia w poszczególnych regionach. Na pewno będą musiały zajść zmiany, ale my musimy zrobić wszystko, aby system organizacji ochrony zdrowia był jak najbardziej dopasowany do aktualnych potrzeb zdrowotnych w poszczególnych regionach kraju. To, czy powinny w tym znaleźć się szpitale powiatowe, uniwersyteckie czy wojewódzkie, to jest wtórna sprawa. Jest oczywiste, że mapa musi definiować te kwestie, ale to nie jest podstawowa sprawa, która powinna być tutaj dyskutowana. Natomiast, jak najbardziej, mapy powinny powstawać, i to w miarę szybko, na podstawie bardzo dokładnej analizy.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, ja na początek chciałbym podziękować panu posłowi, panu ministrowi Zembali, za koncyliacyjną wypowiedź, za to, że docenia działania obecnego rządu, obecnego ministra zdrowia odnośnie do pewnej idei i troski o polskich pacjentów. Myślę, że ten głos powinien być dobrym sygnałem dotyczącym pełnej współpracy, którą tutaj, w Komisji, powinniśmy mieć zarysowaną. Spory polityczne – od tego pewnie w większym stopniu jest sala plenarna. Pewnie będą i na tej sali sytuacje, że będziemy się spierać, natomiast powinniśmy się spierać i dyskutować przede wszystkim na temat projektów i rozwiązań dobrych dla pacjentów. Warto w związku z tym, aby ta dyskusja była maksymalnie merytoryczna. Dlatego też dziękuję za ten sygnał i za ten głos pana posła. To, po pierwsze.

Po drugie, rzeczywiście będzie czas, kiedy na temat sieci szpitali będziemy mogli bardzo szczegółowo dyskutować i pewnie wtedy będziemy też mieć różne stanowiska, być może różne spojrzenia na wiele spraw, co w tej sieci powinno się znaleźć, a co musi się w niej znaleźć, jak to wszystko ma wzajemnie funkcjonować i jaka ma być wzajemna współpraca. Jednak, żeby to zrealizować, szanowni państwo, musimy poznać mapę potrzeb zdrowotnych.

Rozpoczęcie tych prac jeszcze w poprzedniej kadencji Sejmu rozumiałem w ten sposób, że to jest właśnie wstęp do niezrealizowanej deklaracji dotyczącej sieci szpitali, bo pamiętam doskonale, że kiedy przed ośmioma laty projekt ustawy o sieci szpitali został złożony w kolejnej kadencji Sejmu już jako projekt poselski – ponieważ pan minister Religa nie zdążył go przeprowadzić za czasu swojej bytności w ministerstwie – został odesłany do podkomisji z takim komentarzem kularowym, że popieramy, ale potrzebujemy kilka miesięcy, aby wypracować własne pomysły, własne koncepcje, własne rozwiązania. Coś się jednak później zablokowało, bo przez kolejne ponad trzy lata, jak pamiętam, ten projekt w ogóle nie był procedowany i proszę sobie wyobrazić, że posiedzenie podkomisji ani razu nie zostało zwołane przez jej przewodniczącego. Tego typu dziwna obstrukcja była. Wiem to, ponieważ byłem przedstawicielem wnioskodawców, jeśli chodzi o projekt ustawy o sieci szpitali. Czasem na posiedzeniu Komisji Zdrowia pytałem przewodniczącego podkomisji, kiedy zwoła posiedzenie podkomisji. Można zajrzeć do stenogramów i to sprawdzić.

Teraz mamy sytuację nową – dyskutujemy najpierw o mapach potrzeb zdrowotnych. I teraz – możemy to nazwać siecią szpitali albo inaczej – będzie to powiązane właśnie z tymi mapami. Trudno wymyślać sieć szpitali, zadania poszczególnych placówek, trudno oceniać, czego w danym powiecie jest za dużo, a czego za mało, bez mapy potrzeb zdrowotnych. Tak jest to realizowane, szanowni państwo, w bardzo wielu krajach świata, że nie stymuluje się, czy nie daje się swoistej promesy czy rzeczywistej promesy na rozwój takich czy innych możliwości leczniczych w takiej czy innej dziedzinie medycyny ot tak, po prostu, dlatego, że ktoś na taką fantazję, czy jest takie oczekiwanie w takim czy innym starostwie, tylko wynika to z pewnych zdarzeń medycznych. My musimy je mieć zdiagnozowane, poznane. Wtedy będziemy mogli działać zgodnie z tym harmonogramem i być może ustalić referencyjność i tę wspomnianą mapę. Myślę więc, panie prze-

wodniczący, że w związku z tym, będziemy do tego wracać przy okazji „mapy” potrzeb zdrowotnych.

Myślę też, że o tyle dobrze, że teraz dyskutujemy, że pewne rzeczy sobie nawzajem wyjaśniliśmy, ponieważ merytorycznie trudno dyskutować o szczegółach na tym etapie. I warto – jak tu ktoś z państwa powiedział – pewne sprawy uzgadniać z ministrem zdrowia, żeby ta praca dobrze przebiegała. Patrzę chociażby na plan pracy na miesiąc luty. Tam podobnie nie na czasie jest temat związany z perspektywą likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia. Też nie będzie to za wcześnie, aby o szczegółach rozmawiać... Natomiast, zarówno w styczniu, jak i w lutym, mamy chociażby kwestie związane z pakietem onkologicznym czy opieką nad chorymi na nowotwory i z chorobami krwi. Zresztą być może obie sprawy można połączyć. To rzeczywiście jest coś, co na bieżąco można oceniać. Pakiet onkologiczny funkcjonuje już ponad rok. W związku z tym możemy pewne wnioski mieć i możemy rozmawiać na temat tego, co należy zmieniać i poprawiać, tym bardziej, że – jak pamiętam – zarówno pan minister Arłukowicz, jak i pan minister Zembała deklarowali pewną potrzebę zmian w pakiecie onkologicznym. Został powołany specjalny zespół, którym kierował pan poseł Pawłowicz. Niestety, nie wdrożono do wspomnianego pakietu onkologicznego niczego z tych rozwiązań – nie wiem, czy słusznych, czy niesłusznych, bo ten raport nie został nam dostarczony – ale to jest coś, o czym rzeczywiście powinniśmy dyskutować i na bieżąco pewne wnioski z dyskusji wyprowadzać. To tyle. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Gasiuk-Pihowicz, bardzo proszę.

Poseł Kamila Gasiuk-Pihowicz (N):

Ja mam jedno krótkie pytanie. Myślę, że może mi uda się uzyskać odpowiedź od Ministerstwa Zdrowia już na tym etapie, odnośnie do utworzenia sieci szpitali publicznych. Mianowicie, od momentu pojawienia się propozycji profesora Religi minęło już trochę czasu i sytuacja na rynku usług medycznych zmieniła się. Mamy już na poziomie powiatowym szpitale, które są prywatne, a w dalszym ciągu zabezpieczają pacjentów na poziomie podstawowym. Mam pytanie, czy te szpitale także będą uwzględniane podczas tworzenia sieci. Mam nadzieję, że to jest na tyle fundamentalne pytanie, że mogę uzyskać odpowiedź już na tym etapie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Gądek, bardzo proszę.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Jakieś zbiorcze myślenie... Panie przewodniczący, panie ministrze, koleżanki i koledzy posłowie, pierwsze pytanie, techniczne, ponieważ ciągle tu słychać głosy, że trzeba ministerstwu dać czas, że debata jest niepotrzebna. Kto to zgłosił do planu pracy? Czy to pan przewodniczący zgłosił na ten okres ten temat?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam?

Poseł Lidia Gądek (PO):

Kto zgłosił do planu pracy ten temat w tym terminie?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Czech.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Momencik. Drodzy państwo...

Poseł Lidia Gądek (PO):

Przepraszam, za chwilę będą państwo mieć głos...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Drodzy państwo, ja będę prowadzić posiedzenie Komisji tak, żeby każdy mógł zabrać głos. Teraz mówi pani poseł Gądek. Bardzo proszę.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Przewijają się tu ciągle głosy, że to za wcześnie, chociaż wydaje się, że na ważne sprawy nigdy nie jest za wcześnie. Warto zadać pytania, a może nawet wyrazić sugestie, które ministerstwo w swoich pracach zapewne weźmie pod uwagę. Zresztą, dyskusja odbywa się tu bardzo spokojnie i merytorycznie, więc podteksty, że głosy są polityczne są absolutnie nie na miejscu, ponieważ wszyscy jesteśmy zainteresowani tym, żeby powstała zdecydowanie dobra sieć szpitali. Czy ona będzie się nazywać „sieć szpitali publicznych”, czy to będzie tylko i wyłącznie oznakowanie, odpowiednie umiejscowienie szpitali w ramach „map”, to jest kwestia drugorzędna. Ważne, żeby zabezpieczyć potrzeby zdrowotne naszych obywateli na poziomie szpitalnym – jak dzisiaj mówimy – z odpowiednią dostępnością, zarówno odległościowo, jak i referencyjnie.

Chciałabym jeszcze dopytać o to, co tutaj wybrzmiało przed chwilą w głosie mojej przedmówczyni. Czy w tej sieci będą wzięte pod uwagę wyłącznie szpitale publiczne, czyli te, których organem założycielskim jest podmiot publiczny, czy też wszystkie inne, i czy głównym kryterium kwalifikacji do sieci będzie jakość, kompleksowość świadczonych usług, czy właśnie rodzaj organu założycielskiego? Jest to niezmiernie ważne dla naszych pacjentów, bo to nie jest kwestia tego, że pacjent ma rozróżnić, czy dany szpital jest samorządowy i samorząd ma ambicje utrzymania go, tylko ma mieć pewność, niezależnie od tego, z jakiego rodzaju usługi chce skorzystać, że ta usługa jest na wysokim poziomie świadczenia i jest skoordynowana w dobrej współpracy z opieką specjalistyczną i z podstawową opieką zdrowotną. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Już oddaję głos kolejnym posłom. Chciałbym tylko przypomnieć paniom i panom posłom, że harmonogram pracy Komisji wraz z terminami Komisja przyjęła 15 stycznia. Wtedy był czas na zmiany terminów i potencjalne inne propozycje. Chciałbym też przypomnieć, że do pewnego zmęczenia przypominałem państwu, iż bardzo proszę o wskazanie propozycji terminów rozpatrzenia kolejnych tematów, które ujmujemy w planie pracy, bo to właśnie ułatwi nam organizację pracy. I Komisja 15 stycznia przyjęła taki plan pracy.

Dziękuję bardzo. Pani poseł Kopacz. Pani premier Kopacz, przepraszam... Przepraszam, nie zauważyłem. Bardzo proszę, pani poseł. Przepraszam, nie zauważyłem.

Poseł Maria Zuba (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja mam dwa pytania do pana ministra. Z wypowiedzi i apelu wygłoszonego do nas tutaj przez pana ministra Zembalę wynika, że oczekuje, aby nie było podziału na szpitale wojewódzkie i akademickie, ale jednocześnie w końcowej części swojej wypowiedzi apeluje również, żeby szpitale akademickie traktować priorytetowo. Nasuwa mi się więc pytanie, czy jest możliwe zbudowanie sieci szpitali bez podziału na powiatowe, wojewódzkie i akademickie. A jednocześnie rodzi się pytanie, czy szpital powiatowy jest w stanie zabezpieczyć... Czy ministerstwo widziałoby to tak, że pacjent pełny zakres usług medycznych może otrzymać w szpitalu powiatowym?

Kolejna sprawa dotyczy „mapy” potrzeb pacjenta. To przecież sieć ma być odpowiedzią na potrzeby usług medycznych pacjenta. Jak zatem ministerstwo widzi możliwość, i czy jest taka możliwość, żeby nie znając tych potrzeb budować sieć, i jak określić dla tych szpitali standardy? I czy właśnie w tych kryteriach, które będą decydować o lokalizacji szpitali w sieci, będzie brana pod uwagę również sprawa koszyka usług – to, co jest gwarantowane z ubezpieczenia. Czy wszystkie te szpitale znajdujące się w sieci będą realizować wyłącznie lub... A może inaczej. Czy ich zakres usług jest realizowany na podstawie ubezpieczeń społecznych? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, pani premier Kopacz.

Posel Ewa Kopacz (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, mam dwa pytania. Pierwsze dotyczy pracy nad tym projektem, bo tak to zrozumiałam, że projekt dotyczący sieci szpitali będzie dopracowywany i dopiero wtedy wniesiony do parlamentu, do łaski marszałkowskiej. Czy ten projekt, który my znamy jako parlamentarzyści już kolejnej kadencji, który był przedstawiany przez Prawo i Sprawiedliwość w poprzednich kadencjach, będzie podstawą do prac nad nowym projektem? Czy gros zapisów z tamtego projektu znajdzie się w tym nowym?

I drugie pytanie, które dotyczy finansowania. Pan dobrze wie, panie ministrze, że dzisiaj nie liczba szpitali, ale sposób finansowania i odpowiedniego kontraktowania świadczeń powoduje, że pacjenci czują się odpowiednio zabezpieczeni, bo to nie o liczbę budynków chodzi, ale o wykorzystanie łóżek i odpowiednie pieniądze w kontraktach, żeby pacjenci mogli być leczeni w danym szpitalu. Niekiedy w połowie miesiąca kończy się kontrakt na dany miesiąc i pacjenci po prostu nie są przyjmowani, mimo że łóżka stoją puste. Jak więc zamierza pan połączyć sieć szpitali ze sposobem finansowania i czy przy okazji to będzie zmiana finansowania szpitali na wszystkich poziomach, nie tylko klinicznych, w związku z wprowadzeniem sieci szpitali? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pan poseł Miller, bardzo proszę.

Posel Rajmund Miller (PO):

Proszę państwa, mamy dzisiaj merytoryczną dyskusję, ale myślę, że teraz nie uzyskamy odpowiedzi, bo każdy z państwa przedkłada założenia związane z państwa doświadczeniem w pracy na stanowiskach dyrektorskich czy innych. Ja mam konkretne pytania, bo myślę, że dzisiaj ministerstwo nie odpowie nam na żadne z zadanych pytań. Na jakim etapie jest dzisiaj ministerstwo w realizowaniu pracy zarówno nad projektem „map” potrzeb, jak i nad projektem sieci szpitali, i na kiedy pan minister proponuje następne spotkanie z Komisją, żeby przedstawić nam konkretne założenia do obu projektów? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Czy jeszcze ktoś z pań i panów posłów? Bardzo proszę, pani poseł.

Posel Anna Kwiecień (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, chcę zgłosić uwagę odnośnie do kwestii sieci szpitali. Po tych wielu latach wydaje się, że jest to niezbędne z uwagi na to, że mamy mieszany charakter własnościowy w systemie ochrony zdrowia. Mamy podstawową opiekę zdrowotną, która praktycznie ma charakter niepubliczny, mamy specjalistykę, która też w dużej mierze jest niepubliczna, i większość szpitali, które są publiczne. I te, które są publiczne, najczęściej realizują świadczenia kompleksowo, natomiast te szpitale prywatne, o których tu się mówi, i o które tu się walczy, jak wiemy, od wielu lat realizują świadczenia zdrowotne przede wszystkim znakomicie wycenione. Tam, w prywatnych szpitalach, nie ma szpitalnych oddziałów ratunkowych, nie ma interny. Proszę pokazać prywatną internę, pediatrię, psychiatrię czy oddział zakaźny.

Chciałabym więc zapytać, czy równolegle będą takie zmiany w wycenie świadczeń, żeby system ochrony zdrowia nie był drenowany, bo dzisiaj wszystkie te problemy, proszę państwa, wynikają z drenowania systemu ochrony zdrowia poprzez wybrane świadczenia zdrowotne, natomiast te nieopłacalne są dźwigane na barkach publicznych zakładów opieki zdrowotnej. To od lat coraz bardziej pogrąża też szpitale. My wiemy, że po godzinie 18.00 w szpitalnych oddziałach ratunkowych jest wysyp pacjentów, którzy są diagnozowani, a powinni być skierowani na badania i zdiagnozowani w podstawowej opiece zdrowotnej albo w specjalistyce. Ja bardzo proszę pana ministra, żeby przy... Wydaje mi się, że sama sieć nie załatwi sprawy, jeśli nie urealnimy wyceny świadczeń, bo doskonale wiemy, które świadczenia świetnie się opłacają. A prywatne szpitale nie są kompleksowe. To są szpitale okulistyczne, które realizują dwie-trzy procedury. To jest kardiologia inwazyjna. Można powiedzieć, że z każdego zakresu wybrane są opłacalne

świadczenia – trzy-cztery – a wszystkie nieopłacalne dźwigają szpitale publiczne. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy ktoś z pań i panów posłów jeszcze pragnie zabrać głos? Jeszcze pani premier Kopacz, bardzo proszę.

Poseł Ewa Kopacz (PO):

Przepraszam bardzo, że pozwalam sobie po raz drugi prosić o głos, ale ponieważ padły takie sugestie, że na spotkaniu lutowym będziemy rozmawiać o likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia, a w związku z tym, znowu będziemy rozmawiać nieprzygotowani, to może warto by było poprosić pana ministra – myślę, że to jest temat gorący, a zresztą ja obiecywałam pytać o to na każdym posiedzeniu Komisji – żebyśmy może podyskutowali o tym, czy ministerstwo znalazło już skuteczny sposób, czy też poszukuje takiego sposobu na skracanie kolejek do specjalistów. Może więc moglibyśmy usłyszeć opinię Ministerstwa Zdrowia na ten temat, i o ile, jeśli już takie działania zostały podjęte, udało się skrócić kolejki oczekujących do specjalistów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę państwa, prosiłbym starać się – zgłaszała się po raz drugi jeszcze pani poseł Gądek – żeby, w miarę możliwości, w jednej części wypowiedzi zawrzeć swoje przemyślenia...

Poseł Lidia Gądek (PO):

Przepraszam, ale temat wypłynął później w wypowiedzi jednej z posłanek. Szanowni państwo, oczywiście, ten stereotyp... Ja nie mam udziału w żadnym szpitalu, i nie pracuję w szpitalu – żeby to nie wybrzmiało w ten sposób. Natomiast, jest w Polsce coraz więcej szpitali, również na poziomie powiatowym, świadczących usługi takie jak powiatowe, które mają już organ założycielski niepubliczny, i świadczą wszystkie usługi nie wybierając sobie dobrych kasków. Moim zdaniem – zresztą, myślę, że w tym zakresie minister Łanda jest ze mną zgodny, bo wielokrotnie na ten temat dyskutowaliśmy na różnych forach – lekiem na zło wybierania dobrych „kasków” jest prawidłowa wycena procedur. Jeżeli wycenimy procedury w odpowiedni sposób, to, czy to będzie szpital powołany przez spółkę, czy przez Kościół, czy przez stowarzyszenie, czy też przez samorząd, i tak będzie mieć takie same możliwości i wybieranie „kasków” nie będzie się po prostu opłacać. W związku z tym, kontynuując moje pytanie, lekiem na to są kompleksowość przy dobrej wycenie i prawidłowa opieka nad pacjentem, dostępność do odpowiednich standardów, a nie to, jaki jest organ założycielski...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam panią poseł. Bardzo dziękuję o ciszę na sali. Czy pani poseł skończyła wypowiedź?

Poseł Lidia Gądek (PO):

Tak. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę.

Poseł Małgorzata Zwiercan (Kukiz'15):

Mam do pana ministra jedno bardzo krótkie pytanie, ale bardzo ważne. Czy podmioty lecznicze, które na ten moment nie mają kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, będą brane pod uwagę przy tworzeniu sieci szpitali?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Bardzo proszę, pani poseł. Znowu po raz drugi. Nie zamierzam ograniczać, ale będę przypominać...

Poseł Maria Zuba (PiS):

Ja bardzo krótko, w kontekście zapytania mojej koleżanki. Chciałabym zapytać konkretnie, czy w ramach budowania sieci będzie weryfikacja wycen usług medycznych. Czy będzie dokonywana weryfikacja usług i korekta tych wycen? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. To pytanie padało już kilkakrotnie. Pan minister na pewno się ustosunkuje.

Chciałbym zapytać, czy ktoś z państwa chce jeszcze zabrać głos. Nie widzę chętnych. Ja chciałbym zwrócić się do pana ministra z bardzo krótkim pytaniem, bo rozumiem, że idea sieci szpitali publicznych, o których rozmawiamy, była poruszana już od wielu lat. Pan także powoływał się na to, że jest to pewna kontynuacja myśli, która była opisywana przez poprzedniego ministra zdrowia rządu Prawa i Sprawiedliwości.

Panie ministrze, rozumiem, że jest pewien rodzaj etapowania prac. Zajmowałem się tym przez wiele lat. Wiem, jak to funkcjonuje. Chcę jednak pana zapytać o jedną rzecz. Czy ministerstwo planuje wyłączyć z finansowania publicznego te jednostki, które nie znajdują się w planowanej sieci szpitali publicznych? Czy te szpitale, które nie znajdują się w tej sieci, mogą liczyć, lub nie mogą liczyć, na finansowanie publiczne ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia lub innej instytucji, która powstanie w to miejsce po zapowiedzianej likwidacji NFZ? Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Łanda:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, odpowiadam na zadane pytania. Otóż, po pierwsze, dziękuję za wszystkie państwa komentarze. One na pewno będą brane przez nas pod uwagę, jednak odnośnie do wielu kwestii jestem w stanie państwu odpowiedzieć już dzisiaj, a nie za jakiś czas. Pozwolę więc sobie w takim razie na dłuższą wypowiedź, ponieważ tych pytań było... Naliczyłem tutaj szesnaście poruszonych istotnych kwestii, a właściwie siedemnaście, i spróbuję się do nich ustosunkować.

Otóż, proszę państwa, sieć szpitali to nie jest jedyne narzędzie, jakie powinien mieć minister zdrowia regulując system. Oprócz tego łączy się to, między innymi, z taryfikacją czy też z wyceną świadczeń. Łączy się z zawartością koszyka i z kryteriami kwalifikacji do poszczególnych świadczeń. Łączy się to, oczywiście, proszę państwa, z „mapami” w sposób bezpośredni, bo musimy wiedzieć, jakie są potrzeby, jaką mamy infrastrukturę, jaki mamy dostępny sprzęt i jakich mamy lekarzy, i których z tych elementów może brakować w poszczególnych regionach. I dopiero zmiana systemowa, proszę państwa, musi wykorzystywać i obejmować działania przy użyciu wszystkich tych narzędzi. To nie jest tak, że my naciśniemy tylko jeden przycisk i już uzdrowimy cały system. To musi być kompleksowy plan działań przy użyciu tych wszystkich narzędzi, o których mówiłem.

Proszę państwa, jeżeli chodzi o pytanie dotyczące bezpośrednio sieci, to sieć jest potrzebna. Powstaje tylko pytanie... Przepuszczam, że wszyscy siedzący na tej sali mamy zupełnie inne wyobrażenia sieci i przynajmniej pięć-sześć modeli moglibyśmy w tej chwili przytoczyć, opisać i nad nimi dyskutować. Natomiast ja, na wstępie dyskusji i debaty publicznej o sieci, chciałabym państwu zaproponować przedstawienie problemu, z jakim mamy do czynienia.

Otóż, proszę państwa, jeżeli chirurg otwiera pacjenta i widzi, że pacjent ma rozsiany nowotwór, to ten chirurg musi mieć umiejętności i możliwości zaopatrzenia tego pacjenta na miejscu, tu i teraz. Tutaj absolutnie najważniejsze jest kryterium czasu do świadczenia, o którym za chwilę będę mówić przy okazji „map”, ale w wielu innych przypadkach ważne będą inne kryteria. Na przykład, w chorobach ultra rzadkich potrzebujemy być może jednego specjalisty, czasem jednego ośrodka, a czasem tylko dwóch ośrodków w całej Polsce, które będą leczyć przypadki rzeczywiście zdarzające się bardzo rzadko, albo rzeczywiście będą to wybrane jednostki szpitalne czy specjaliści, którzy mają odpowiednie umiejętności i doświadczenie. Otóż, jeśli dzisiaj mamy sytuację, również w chorobach występujących powszechnie. Czyli, na przykład, kobieta – rak piersi. Jeżeli ona trafia do lekarza, czy do ośrodka, który wykonuje kilka lub najwyżej kilkanaście operacji rocznie, to obawiam się, że ta najwyższa jakość, o którą wszyscy tak zabiegamy, nie jest zachowana. Akurat tutaj kryterium czasu nie ma tak dużego znaczenia. Tutaj bardzo ważne jest, aby te kobiety, które wymagają specjalistycznej opieki, specjalistycznej interwencji, trafiły do ośrodka, który robi co najmniej kilkaset operacji rocznie, gdzie są operatorzy wykwalifikowani, którzy mają odpowiednie doświadczenie i cały czas praktykują w intensywny sposób.

Proszę państwa, ukierunkowane tej opieki, a więc i „usieciowienie” systemu na pewno będzie konieczne. Jeżeli ktoś sobie wyobraża, że to będą sieci poszczególnych ośrodków czy szpitali – być może tak, szczególnie, jeśli chodzi o te wskazania ultra rzadkie, ale oprócz tego w niektórych przypadkach my nie będziemy musieli tworzyć sieci *per se*, bo kryteria kwalifikacji do tych świadczeń, a potem rozliczania ograniczą liczbę podmiotów, które będą mogły wykonywać takie czy inne świadczenie. Z drugiej strony, proszę zauważyć także tendencje w Unii Europejskiej. Unia Europejska we wskazaniach ultra rzadkich zaleca wręcz tworzenie sieci, również międzynarodowych, gdzie są wyspecjalizowani lekarze, że pacjent wie, gdzie może uzyskać specjalistyczną poradę, której bynajmniej nie jest w stanie uzyskać w regionie.

Proszę państwa, oprócz tego, z problemem sieci łączy się również referencyjność. Tak naprawdę, wydaje mi się, że w Polsce... Jak mówiłem, odpowiadając na któreś pytanie, to są prace koncepcyjne, które trwają w ministerstwie. One muszą się łączyć i z wyceną, i z kryteriami kwalifikacji, i z zawartością koszyka. O tym, jaka jest zawartość koszyka, już państwa informowałem na posiedzeniu Komisji. Informowałem też państwa o tym, ile osób zajmuje się koszykiem, ale to przypomnę, proszę państwa. Polityka lekowa – 50 osób w ministerstwie, 50 osób w Agencji Oceny Technologii Medycznych. Tam mamy 8-12 mld zł. Natomiast, proszę państwa, całymi 60 mld zł, czyli całą resztą, nikt nie zajmuje się w tej chwili w AOTM, ponieważ dowiedziałem się, że wszystkie osoby z wydziału oceny technologii nielekových do tej pory pracowały nad lekami. Natomiast w Ministerstwie Zdrowia znajduje się wydział świadczeń, w którym pracuje 6 osób, z których ani jedna nie miała szkolenia z zakresu Evidence-Based Medicine, Health Technology Assessments czy Value-Based Pricing, czyli, jakby TIR-a prowadzili ludzie, którzy nie mają prawa jazdy.

Po drugie, ostatnio dowiedziałem się jeszcze więcej – ponieważ planujemy przeniesienie tego wydziału do innego departamentu, który podlega mnie, podczas próby wyjęcia tych osób – że one zajmowały się również innymi rzeczami, a nie samym koszykiem. W związku z tym, proszę państwa, konstatacja jest taka, że tym koszykiem, gdzie jest 60 mld zł, de facto nikt się nie zajmuje. Tę sytuację musimy radykalnie zmienić. Najpierw musimy zabezpieczyć ludzi, odpowiednie środki, tych ludzi trzeba przeszkolić, i dopiero wtedy wziąć się za koszyk. W związku z tym, na pewno nie będziemy mówić o jednej sieci i na pewno niektóre z tych sieci będą formalne, niektóre będą tworzone w inny sposób, na przykład, przy pomocy kryteriów kwalifikacji.

Było pytanie o „mapę”. Proszę państwa, siecią nie możemy się zająć od razu, już w tej chwili, ponieważ jest pytanie, kto miałby się zająć tą siecią, tworzeniem sieci, opracowaniem najpierw koncepcji. Nawet – tak będzie – korzystać będziemy z projektu świętej pamięci ministra Religi. Natomiast, proszę państwa, jeżeli dzisiaj Departament Analiz i Strategii jest w stu procentach zajęty tworzeniem „map”, to ja nie mogę – proszę mi wierzyć – nakładać na niego absolutnie żadnych dodatkowych obowiązków. Z żelazną konsekwencją przestrzegam tego, żeby nie ingerować w tryb prac, jaki został przyjęty, w zasoby, którymi dysponuje ten Departament. Co więcej, wydaje mi się, że niedługo uda mi się znaleźć dodatkowe środki, aby wręcz wzmocnić ten Departament dodatkowymi osobami zatrudnionymi na podstawie umów cywilnoprawnych...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam, panie ministrze, że wchodzę w słowo. Bardzo przepraszam. Rozumiem intencję pana ministra, ale nie słyszałem pytania o strukturę organizacyjną Ministerstwa Zdrowia. Gdybym więc mógł prosić pana ministra o przejście do tematu, byłbym wdzięczny...

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Łanda:

Panie przewodniczący, było pytanie, czy mogą być równolegle prowadzone prace nad „mapami” i siecią, i ja na to pytanie odpowiadam. Nie wiem, czy mogę kontynuować, czy...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Łanda:

Chcę państwu pokazać, że te prace nie mogą być równoległe prowadzone, ponieważ w tej chwili nie ma odpowiednich zasobów do pracy. Najpierw skończmy „mapy”. Będziemy mieć wgląd w to, jaka jest sytuacja. Tam nas gonią terminy. Jak mówię, rzetelnie pracują nad „mapami”, żeby rzeczywiście zrobić „mapy” wysokiej jakości i żeby one były przygotowane terminowo. Dopiero potem będziemy mogli rozwijać koncepcję sieci. Po drugie, są jeszcze kwestie merytoryczne – jak państwu mówiłem – związane z innymi narzędziami. To jest bardzo ważne. Oczywiście, będą też kryteria tworzenia sieci...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam, panie ministrze. Bardzo proszę o ciszę na sali, żeby minister mógł spokojnie to wytłumaczyć i odpowiedzieć na pytania. Bardzo proszę o ciszę na sali. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Krzysztof Łanda:

Padło również pytanie, czy chodzi nam o współpracę z regionami. Pan profesor Zembała powiedział, że aby przyspieszyć prace, te „mapy” są opracowywane centralnie w ministerstwie. To rzeczywiście przyspieszyło prace, ale, proszę państwa, teraz „mapy” potrzeb zdrowotnych nie przekładają się *per se* od razu, automatycznie, na plany inwestycyjne, które mają być tworzone w województwach. Oczywiście, jest również zaplanowane tworzenie pewnych narzędzi, i my właśnie od tego ruszamy, czyli, to, jakie będą kryteria przekładania informacji z „map” na plany inwestycyjne, a w związku z tym połączenie, tworzenie jednak pewnych „usieciowań” – tak na obecną chwilę będę mówić – w całym systemie. I to musi być robione z wojewodami, z marszałkami i oddziałami Funduszu, ponieważ oni mają najlepszą informację dotyczącą tego, co zostało przedstawione na „mapach”, co się zmieniło od czasu, kiedy te źródła danych... Było pytanie o ocenę źródeł danych do „map”. Niektóre dane rzeczywiście nie są najbardziej aktualne, takie jak powinny być. Jednak, dzięki temu, że nawiązujemy współpracę z regionami – z wojewodami, marszałkami i oddziałami – te dane będą mogły być uaktualnione zanim powstaną plany inwestycyjne, a te plany inwestycyjne przełożą się potem na zakupy i bardzo poważne zmiany w systemie, które planujemy.

Proszę państwa, jak mówię, są tam pewne rzeczy... Można mieć pewne zarzuty odnośnie do tych źródeł danych, bo korzystanie z Krajowego Rejestru Nowotworów... My wiemy, że dane, które są wprowadzane do tego Rejestru, nie są walidowane, ale one są, jakie są, natomiast lokalnie wojewodowie i marszałkowie zdecydowanie będą mogli uaktualniać te dane. One będą wchodzić do takiego systemu, który my nazywamy nakładką, i dopiero to narzędzie pozwoli na przekładanie tych „map” na plany inwestycyjne.

W tej chwili organizujemy – żeby państwo wiedzieli – trzy konferencje regionalne, na które zapraszamy po 4-5 województw. Dwie takie konferencje, czy cztero-pięciogodzinne robocze spotkania, odbyły się. Pierwsze odbyło się w Gdańsku, drugie, w Opolu. Następne będzie 2 lutego w Lublinie. Tam zapraszani są właśnie przedstawiciele wszystkich marszałków, wszystkich wojewodów i wszystkich oddziałów Funduszu, osoby, które pracowały nad tymi „mapami”, żeby przygotować tę nakładkę, te późniejsze kryteria rozdziału pieniędzy zgodnie z potrzebami zdrowotnymi w regionach. To jest bardzo ważna praca, która – jak mówię – pozwoli nam na przełożenie na praktykę tego, co zostało zgromadzone na „mapach”.

Było pytanie o infrastrukturę oraz sprzęt. Proszę państwa, dzisiaj rzeczywiście do tego systemu tak samo łatwo wchodzi nowe sprzęty, robi się kolejne inwestycje w nowych świadczeniodawców, jak łatwo wchodzi technologie nielekowe do koszyka. Bardzo mi przykro, ale po prostu ten system wymyka się spod kontroli i na pewno trzeba go pod tym względem uszczelnić. Narzędziem będzie nie tylko sieć. Jest wiele innych narzędzi, o których wspominałem wcześniej, ale zdecydowanie – mam nadzieję, że również przy państwa udziale – uda nam się wypracować narzędzia, które to ograniczą.

To łączy się z kolejnym pytaniem. Proszę państwa, wydaje mi się, że rozwój infrastruktury w Polsce – to łączy się z „mapami”, a również z „usieciowaniem” w Polsce – musi się wpisywać w strategię rozwoju państwa polskiego, jego innowacyjności,

całej gospodarki. I rzeczywiście, taki plan został nam w ministerstwie przedstawiony przez pana premiera Morawieckiego, i nasze działania związane z „mapami” oraz innymi narzędziami zasadniczo wpisują się w ten plan rozwoju. Natomiast to, czego musimy unikać, proszę państwa – nie chciałbym, żeby pieniądze, które będą związane z „mapami” i wydawane później na infrastrukturę i sprzęt, były pocałunkiem śmierci dla Polski. To znaczy, tworzona jest infrastruktura, OK. Dostaliśmy sprzęt, jest fantastycznie, wszyscy się cieszą, a potem nie ma pieniędzy na sfinansowanie tego sprzętu. Unia Europejska bardzo wyraźnie zaznaczyła, że jeżeli chodzi o „mapy”, zakupy, to te inwestycje mają obniżać koszty opieki zdrowotnej oraz ten sprzęt nie może być zakupywany w taki sposób, żeby potem nie był rozpakowywany i w ogóle nie działał. Zatem, te kryteria z nakładki spowodują to, że będziemy bardzo dokładnie wiedzieć, w którą stronę mają iść te strumienie. Ta nakładka powoli nam również na wpisanie się tych inwestycji i wydatków w plany strategiczne dotyczące całej gospodarki i rozwoju państwa.

Kolejne pytanie – szpitale prywatne a publiczne. Proszę państwa, uważam, że w ogóle to nie jest temat istotny, dlatego, że jest bardzo wiele krajów, w których wszystko jest prywatne. Na przykład, w Holandii prywatne są ubezpieczalnie, prywatni są świadczeniodawcy, a jest to system, który jest na szczycie rankingu Euro Health Consumer Index. Mamy jednak też takie kraje, jak Finlandia, gdzie jest publiczny płatnik, są publiczni świadczeniodawcy i też są bardzo wysoko w rankingach, przy użyciu kryteriów obiektywnych i subiektywnych. To nie tędy droga. Powinniśmy raczej zastanowić się nad najważniejszym problemem w systemie ochrony zdrowia, jakim jest zawartość koszyka oraz dysproporcja pomiędzy zawartością koszyka a wielkością środków na jego realizację. Bardzo łatwo jest wrzucać kolejne rzeczy do koszyka, dokonywać kolejnych inwestycji i zakupów bez wskazania dodatkowych źródeł finansowania potem takich czy innych świadczeń. Dlatego podstawową rzeczą, zanim zwiększy się środki na opiekę zdrowotną w Polsce, co Prawo i Sprawiedliwość zapowiadało, z całą pewnością jest to, że należy najpierw wziąć w karby szeroko rozumiany koszyk.

Proszę państwa, jeżeli będzie tworzona sieć, ja nie widzę powodu, dla którego do tego „usieciowienia” na poszczególnych poziomach, czy w zależności od poszczególnych problemów zdrowotnych, podmioty prywatne czy publiczne miałyby być w jakiś sposób traktowane inaczej. W niektórych miejscach, proszę państwa, jest wyłącznie podmiot prywatny, który świadczy usługi dla danej lokalnej społeczności, i on musi się znaleźć w sieci. Natomiast, proszę państwa, jest coś innego. Zastanówmy się, odnośnie do inwestycji, które były czynione do tej pory, czy ktoś pytał o zdanie ministra zdrowia, żądał jakiejś promesy czy zgody dyrektora oddziału. Czy ktoś myślał o tym, że jeżeli ten kontrakt, pula tych pieniędzy jest stała i ktoś zbuduje nowy szpital obok, i podzielimy tę pulę na dwa szpitale, to w tym momencie oba zbankrutują? Nikt o tym nie myślał. I w związku z tym sieć na pewno będzie ważnym narzędziem, żeby te strumienie pieniędzy opanować.

Kolejne pytanie – czy można zbudować sieć bez podziału na akademickie, wojewódzkie i powiatowe. Na to już odpowiedziałem państwu. Mówiłbym o „usieciowieniu”. Akurat ten podział będzie mieć znacznie mniejsze znaczenie. Ważniejsze jest to, czy pacjenci będą szukać jednego specjalisty i czy jest czas, żeby pacjenta dowieźć do specjalisty, który praktykuje i ma doświadczenie, czy też potrzebne jest, aby był blisko pacjenta w danym regionie.

Powiedziałem już, że będziemy bazować na projekcie ministra, świętej pamięci pana profesora Religi, natomiast dokonamy zmian w tym projekcie, między innymi, dlatego, że wtedy, kiedy był ten projekt, nie było „map” potrzeb zdrowotnych. Teraz będziemy mieć „mapy” potrzeb zdrowotnych, w związku z tym, pewnie modyfikacja tego projektu również będzie konieczna.

Kolejne pytanie było o sposób finansowania – jak będziemy to łączyć z siecią. Otóż, proszę państwa, wydaje mi się, że sytuacja jest podobna, jeżeli chodzi o części nielekowe koszyka, jak w częściach lekowych koszyka. Wydaje mi się, że w wielu przypadkach my naprawdę nie powinniśmy tego systemu przeregulowywać. To znaczy, że państwo nie powinno ingerować w relacje pacjent-lekarz. Lekarz wie, czym ma leczyć. I tam akurat – jak mówię – jeżeli chodzi o sposoby finansowania, one nie tyle powinny być łączone

z siecią czy „usieciowieniem”, ile z hazardem moralnym większym lub mniejszym dla poszczególnych świadczeń, zwłaszcza tych drogich, oraz z ryzykiem nadużywania tych świadczeń po stronie świadczeniodawców czy też szpitali.

Nie bez przyczyny od razu przejdę do odpowiedzi na pytanie o ceny. Proszę państwa, rzeczywiście, to jest słuszna uwaga, że jak grzyby po deszczu powstają świadczeniodawcy, którzy spijają śmietankę tam, gdzie świadczenia są wycenione znacznie wyżej niż koszty wykonania, a najlepiej, jeżeli te świadczenia są finansowane bez żadnych limitów. Jak powiedziałem, z tym problemem trzeba sobie radzić na różne sposoby. Po pierwsze – prace nad kryteriami kwalifikacji. Druga rzecz – prace nad taryfami oraz taryfikacją dla produktów łączonych, kombinowanych. Pierwsze dwa takie projekty ogłosimy państwu prawdopodobnie w pierwszych dniach marca. Produkt kombinowany – to będzie połączenie leczenia ostrych zespołów wieńcowych z rehabilitacją kardiologiczną potem. Czyli, rehabilitanci lub kardiolodzy czy kardiochirurdzy mogą kontraktować ten produkt kompleksowy, ale wtedy rehabilitanci będą musieli dogadać się z kardiologami, że muszą mieć połączenie, a kardiolodzy z tymi, którzy prowadzą rehabilitację pozawałową. Podobny produkt powstanie dla endoprotez – aloplastyka stawu biodrowego razem z następową rehabilitacją.

Co jeszcze robiliśmy? Proszę państwa, też było pytanie o tę wycenę. Otóż, pokrótce mogę powiedzieć, że absolutnie zmieniałem *modus operandi* Agencji Taryfikacji. Nie trzeba być jasnowidzem, żeby stwierdzić, że w odniesieniu do psychiatrii i opieki długoterminowej wycena jest zbyt niska i należy dodać pieniędzy do systemu w tych dwóch dziedzinach. Naprawdę, nie trzeba być jasnowidzem, ale, proszę państwa, wtedy, przy prawie powszechnym aplauzie, jest tak – taryfa idzie do góry i wszyscy się cieszą, że będą dodatkowe pieniądze. Jeżeli już chcieliśmy iść dziedzinami, to trzeba było wybrać jedną dziedzinę, która jest *in plus* oraz jedną *in minus*, żeby można było pewne ruchy finansować. W związku z tym, w tej chwili przeszły prace dotyczące taryfikacji. Wybraliśmy 200 świadczeń ze wszystkich zakresów, ze wszystkich dziedzin medycyny, które są znacząco przeszacowane lub są rażąco niedoszacowane, czyli zbyt niska jest ich wycena, tam, gdzie kolejki są rzeczywiście bardzo niesprawiedliwe, wręcz skrajnie niesprawiedliwe i skrajnie niemoralne, ponieważ są to świadczenia o udowodnionej efektywności klinicznej oraz bardzo opłacalne, czyli stosunek kosztu do uzyskiwanego efektu jest bardzo dobry. Nad tym rozpoczniemy nasze prace.

Było pytanie o harmonogram prac nad „mapami” i nad siecią. Mówiłem już państwu, że „mapy”, zgodnie z zapewnieniami pani dyrektor Więckowskiej... Mówię – nie wnioskam, w ogóle nie zaburzam prac tego Departamentu, a nawet, być może, znajdę dodatkowe ręce do pracy. Jak mówiłem, zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem, musimy skończyć „mapy” w zakresach szpitalnych do 1 kwietnia, natomiast do końca kwietnia – zgodnie z wymogami Unii Europejskiej. Potem, do końca bieżącego roku, muszą powstać „mapy” dotyczące specjalistyki i POZ. Kiedy skończymy prace nad „mapami”, na pewno natychmiast będziemy się zajmować „usieciowieniem”.

Tak naprawdę, już trwają prace koncepcyjne. My nie zasypiamy w gruszek w popiele. Natomiast nie ma jeszcze spisanych żadnych koncepcji na temat sieci, które mógłbym państwu przygotować. Myślę, że więcej będę mógł państwu powiedzieć mniej więcej w kwietniu, kiedy prace nad „mapami” zostaną zakończone i ruszą jakieś zapisy dotyczące „usieciowienia”.

Było pytanie o kolejki. Otóż, proszę państwa, tak, kolejki są moim oczkiem w głowie. Ja jestem zdeterminowany do tego, żeby kolejki zredukować. Jednak, proszę państwa, żeby zredukować kolejki, można podejmować, i podejmujemy, działania miękkie, na *cito*, oraz planujemy podjęcie działań twardych, które niestety, albo „stety”, będą wymagać państwa udziału i pewnych możliwości, które muszą nam państwo stworzyć, między innymi, w ustawach.

Proszę państwa, co na to głównie wpływa? Oczywiście, kolejki mają bardzo różne przyczyny i te czynniki, które wywołują kolejki, są bardzo zróżnicowane. Również ich wpływ na kolejkę jest bardzo zróżnicowany. Nie chcę państwa tutaj zanudzać, bo mógłbym o tym mówić godzinami, ale głównym problemem występowania kolejek, proszę państwa, jest krótka koldra. Czyli, mamy koszyk świadczeń napompowany w takim stop-

niu, a kołderka, czyli pieniądze, jest krótka, w związku z tym, nóżki i główka wystają. Proszę państwa, musimy sobie z tym poradzić – przejrzeć zawartość tego koszyka, dodać środków finansowych, ale dopiero wtedy, kiedy zrobimy porządek z tym koszykiem.

Jak mam zrobić porządek z koszykiem, proszę państwa, kiedy – jak państwu mówiłem – mam praktycznie zero etatów na zajmowanie się koszykiem. Najpierw będę więc potrzebować ludzi – środki, nabór, szkolenie – a dopiero potem mogę zrobić te działania w koszyku. Oczywiście, wśród tych dwustu priorytetowych świadczeń, gdzie zmieniamy wycenę, znajdują się również świadczenia, do których kolejki – jak mówiłem – są skrajnie niesprawiedliwe, wręcz niemoralne. Tam – jak myślę – zmiana taryfy, zmiana wyceny spowoduje drgnięcia. To są działania twarde, które przyniosą efekty pod koniec tego roku albo dopiero w roku przyszłym.

Kryteria kwalifikacji – kolejna rzecz, którą robimy. Planujemy, proszę państwa, jeszcze inne rzeczy, nad którymi nie będę w tej chwili się rozwodzić. Nie może być tak – i my mamy pomysł – że za pieluchomajtki NFZ płaci 8, 10 czy 4 zł, kiedy te same pieluchomajtki kosztują 80 gr. w supermarkecie. Po prostu, nie może tak być. Mamy pomysł – wkrótce do państwa trafi projekt odpowiedniej ustawy, która ten proceder absolutnie wyeliminuje. Obiecuję to państwu. Mamy pomysł, jest w tej chwili realizowany. Już wkrótce... Jednak te działania twarde, proszę państwa, przyniosą efekt dopiero za jakiś czas.

Natomiast, ja w tej chwili podjąłem działania miękkie. Robię objazd wszystkich oddziałów wojewódzkich Funduszu. Już rozmawiałem w pięciu czy sześciu oddziałach. Proszę ich o poprawę komunikacji ze świadczeniodawcami, bo to oni mają w tej chwili klucz do pewnych działań miękkich związanych z kolejkami, a świadczeniodawcy porozmawiali z pacjentami. Nie chcę państwu pokazywać, ile rzeczy można poprawić „na miękko”, na *cito*, na teraz. I one są poprawiane. Zobaczmy. Wkrótce ukażą się... Tych danych jeszcze nie mam, ale zobaczymy, czy kolejki drgnęły w sprawozdawczości NFZ i rankingach robionych w Polsce. Jeżeli te działania miękkie nie spowodują rewolucji w systemie, nie poprawią sytuacji chorych w sposób istotny, drastyczny, to gwarantuję państwu, że działania twarde, które planuję, i mam nadzieję, że z pełną konsekwencją je wdrożymy, radykalnie zmienią tę sytuację. Obiecuję to państwu.

Kolejna rzecz – czy podmioty bez kontraktu wejdą do sieci. Jeżeli „mapy” potrzeb zdrowotnych pokażą, że tam jest biała plama, to oczywiście tak.

Czy planuje się wyłączyć z sieci szpitale, które mają dzisiaj finansowanie, a które, jeżeli do sieci nie trafią, finansowanie mogą stracić? Proszę państwa, jeszcze raz mówię, że tutaj nie chodzi głównie o „usieciowienie”, czyli stworzenie sieci szpitali czy „usieciowienie” oddziałów, tylko o „usieciowienie” zgodne z problemami zdrowotnymi. Jeśli więc w danym szpitalu – nie ważne, czy on miał kontrakt, czy nie miał kontraktu – są chirurdzy, którzy są świetnie przygotowani – jak mówiłem – do operacji raka piersi, to fantastycznie. Niech oni ubiegają się o kontrakt, i oni ten kontrakt dostaną, bo mają doświadczenie, sprzęt i wszystko jest OK. Natomiast ci, którzy wykonują dzisiaj po siedem operacji rocznie, tracą ten kontrakt. I tu kryteria kwalifikacji oraz „usieciowienie” szeroko rozumiane przekierują, zmienią strumień finansowy. Odpowiadam więc – tak.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze. Oczywiście, nie zamierzam w żaden sposób ograniczać wypowiedzi ani posłów, ani przedstawicieli ministerstwa, ale prosiłbym na przyszłość, aby te wypowiedzi w miarę możliwości przeprowadzać sprawnie pod względem czasowym, ponieważ trwa równocześnie kilka posiedzeń różnych Komisji i posłowie zgłaszali mi, że muszą iść na posiedzenia. Bardzo dziękuję za odpowiedź pana ministra. Będziemy pilnie obserwować proces pracy nad siecią.

Chciałbym tylko zauważyć, że pan minister narzekał na to, że nikt nie ma przeszkolenia z Evidence-Based Medicine w „lekówce”, ale w ramach konkursu, który państwo ogłosili na dyrektora tego departamentu, nie było takiego wymogu, aby takie przeszkolenie mieć.

Bardzo dziękuję. Zamykam posiedzenie Komisji.