

VIII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 49)

z dnia 4 listopada 2016 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 49)

4 listopada 2016 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bartosza Arłukowicza (PO)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Marszałka Sejmu – na podstawie informacji Ministra Zdrowia – wniosku Klubu Parlamentarnego Platforma Obywatelska o przedstawienie na posiedzeniu Sejmu „Informacji w sprawie planowanych zmian w systemie ochrony zdrowia zaprezentowanych przez Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła Pani Premier Beacie Szydło w dniu 5 lipca 2016 r.” – kontynuacja.

W posiedzeniu udział wzięli: **Konstanty Radziwiłł** minister zdrowia oraz **Piotr Gryza** i **Piotr Warczyński** podsekretarze stanu w Ministerstwie Zdrowia, **Maciej Miłkowski** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw finansowych wraz ze współpracownikami oraz **Mateusz Moksik** asystent przewodniczącego Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Monika Zołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Kontynuujemy posiedzenie Komisji Zdrowia.

Porządek obrad był przedstawiony i zaakceptowany.

Oddaję głos ministrowi zdrowia.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni państwo, zostałem tutaj zmitygowany, żeby robić to w telegraficznym skrócie, więc proszę mi również wybaczyć, że tak będę starał się mówić.

Według moich zapisków powinienem odpowiadać najpierw na pytania pana posła Millera.

Kwestia wywozu leków. Pracujemy nad tym intensywnie. W najbliższym czasie przedstawimy rozwiązania ustawowe. Generalnie można powiedzieć, że również na poziomie praktycznym – poza różnego rodzaju przedsięwzięciami o charakterze restrykcyjnym czy represyjnym, które, oczywiście, są wprowadzone i stosowane przez Główny Inspektorat Farmaceutyczny i wojewódzkie inspektoraty farmaceutyczne – zmierzamy w takim kierunku, który na etapie negocjacji z podmiotami odpowiedzialnymi polega głównie na stosowaniu tzw. instrumentów dzielenia ryzyka.

Będziemy też wprowadzać ułatwienia legislacyjne w tym zakresie, które są już bardzo bliskie – że tak powiem – pokazania państwu, aby te instrumenty dzielenia ryzyka stosować na szerszą skalę, żeby różnicować ceny urzędowe od cen efektywnych. Można powiedzieć, że to jest taki kierunek, żeby ceny urzędowe były na poziomie zbliżonym albo porównywalnym do cen w innych krajach, do których leki z Polski są wywożone.

Kwestia laboratoriów, o które pan poseł pytał. Dokonaliśmy bardzo szczegółowego przeanalizowania sytuacji, jak ona wygląda w różnych krajach, przede wszystkim europejskich. Trzeba powiedzieć, że nie ma tu żadnej reguły. Wiemy dobrze, jak i ci z państwa, którzy interesują się tematem, że jest dosyć gorąca dyskusja. Z jednej strony, głównie samorząd diagnostów laboratoryjnych domaga się tego, aby przyjąć zasadę, że laboratorium musi być elementem składowym szpitala po to, żeby on mógł istnieć

jako jednostka zarejestrowana. Jednak są też głosy, zarówno zarządzających szpitalami, jak i podmiotów, które prowadzą laboratoria niepubliczne czy udzielają usług w tym zakresie, że to nie jest dobre rozwiązanie.

Decyzja w tym zakresie na razie nie zapadła. Mówię o tym, że analizujemy to, przysłuchujemy się, ale chcę również powiedzieć, że rozwiązania w tym zakresie w innych krajach są bardzo rozmaite. Powiedziałbym, że generalnie dominuje sytuacja, w której większość szpitali rzeczywiście posiada własne laboratorium, ale nie jest to reguła prawna. Tak mógłbym powiedzieć. To wynika z analiz.

Wprawdzie wczoraj między państwem odbyła się debata o tym, czy dyskutować, czy nie dyskutować o pojedynczych szpitalach, ale ponieważ zadał pan pytanie, dlaczego likwiduje się – jak pan mówi – szpital w pana mieście rodzinnym, czyli rozumem, że w Nysie, chcę powiedzieć, że to nie jest decyzja ministra zdrowia. W tym zakresie minister nie podejmował żadnych decyzji. To jest suwerenna decyzja podmiotu prywatnego, który prowadzi tę placówkę. Ona nie ma żadnego związku z decyzjami ministra. Jeżeli natomiast jakoś wiąże się to z kwestią oceny...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, sekunda. Proszę, żebyśmy się wzajemnie szanowali. Proszę o ciszę na sali.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Jeśli jakoś wiąże się to z kwestią opłacalności prowadzenia działalności w zakresie chirurgii naczyniowej, to rozumiem, że American Heart of Poland, czyli instytucja czy spółka, która prowadzi tę jednostkę, doszła do takiego wniosku. Trzeba powiedzieć, że rzeczywiście prowadzimy analizę wycen świadczeń zdrowotnych. Zwłaszcza tam, gdzie panuje – powiedziałbym – dość powszechne przekonanie o przeszacowaniu, przyglądamy się takim wycenom w sposób szczególny. Rzeczywiście, obszar kardiologii inwazyjnej i w pewnym sensie chirurgii naczyniowej był tym obszarem, w którym po ponownym przeanalizowaniu metodą mikrokosztów – nie chcę rozwodzić się na ten temat – doszliśmy do wniosku, że po prostu te wyceny są znacznie powyżej rzeczywistych kosztów.

Oczywiście, zdaję sobie sprawę, że to jest wyzwanie dla tych, którzy tego typu działalność prowadzili, ale trzeba też powiedzieć, że te pieniądze nie znikają. One będą przekazane i już są przekazywane na te z kolei obszary, w których niedoszacowania były wręcz krytyczne dla prowadzenia takiej działalności.

Pani poseł Chybicka używała określenia „nacionalizacja” w pejoratywnym tego słowa znaczeniu. Nie do końca rozumiem, co miała na myśli, bo żadnej nacionalizacji nikt nie planuje, ale rzeczywiście, trzeba powiedzieć, że zarówno przywracamy – powiedziałbym – publiczny charakter systemowi, jak i zwracamy uwagę na to, aby nie odpubliczniać tego, co jest publiczne, jeśli chodzi o własność. To rzeczywiście jest kierunek, w którym zmierzamy. W jakimś sensie, oczywiście, dotyczy to również placówki, w której pani profesor pracuje. Nie widzę pani profesor. To jest jedna z tych placówek, których charakter publiczny, oczywiście, chcielibyśmy zachować.

Pani profesor Chybicka mówiła również o kwestii przesunięcia zdrowia publicznego rozumianego jako promocja zdrowia czy promocja zdrowego stylu życia – powiedziałbym, że to takie trochę redukcjonistyczne rozumienie zdrowia publicznego – pod egidę czy do resortu edukacji narodowej. Powiedziałbym, że to jest tylko część prawdy, bo zdrowie publiczne to coś więcej niż tylko promocja zdrowia, chociaż ten element jest bardzo ważny. W ramach różnych działań w zakresie zdrowia publicznego, oczywiście, będziemy również współpracować z resortem edukacji narodowej. No, ale zwracam uwagę, że to nie jest jedyny rodzaj – powiedziałbym – adresowania treści dotyczących zdrowia do społeczeństwa, bo są też inne sposoby, jak choćby media publiczne, jak również różnego rodzaju akcje promocyjne itd. Wydaje się, że jednak mimo wszystko zdrowie publiczne powinno być pod parasolem resortu zdrowia a nie innego resortu.

Pani profesor martwiła się również o onkologię dziecięcą. Zadawała trochę retoryczne pytanie: Czy nie zabraknie pieniędzy na to leczenie? Wydaje się, że nie ma żadnych podstaw i powodu do tego, żeby niepokoić się o to. Nie widzę żadnego specjalnego zagrożenia.

Pani przewodnicząca Małecka-Libera krytykowała krytyczne podejście do pojęcia, jakim jest „komercjalizacja”. Chcę to jeszcze raz powtórzyć. Słowo „komercjalizacja”, którego używam często i używałem go również w wystąpieniu wstępnym, dotyczy nie tylko kwestii własności, ale także kwestii – że tak powiem – praw rządzących systemem służby zdrowia. Patrząc choćby na źródłosłów czy znaczenie tego słowa, „komercjalizacja” oznacza po prostu mechanizmy, które działają na zasadzie rynkowej, czyli chęć zysku, konkurencja, pieniądz. W naszej ocenie to nie są dobre mechanizmy czy regulatory tego, co w służbie zdrowia się dzieje. W tym sensie rzeczywiście wyhamowujemy ten kierunek.

Druga kwestia to jest kwestia własności. Oczywiście, nie naruszając prawa do aktywności i przedsiębiorczości także w obszarze zdrowia, jednocześnie zwracamy uwagę, że publiczny system opieki zdrowotnej to zobowiązanie władzy publicznej – zarówno władzy państwowej, administracji państwa, jak również władzy samorządowej. W tym zakresie wydaje się, że łatwiej jest realizować to zobowiązanie konstytucyjne, dysponując publicznymi – a niekoniecznie prywatnymi – podmiotami i to jest kwestia...

Jeszcze szybciej?

Posel Tomasz Latos (PiS):

Tak, jeszcze troszkę szybciej.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Pani przewodnicząca Małecka-Libera zastanawiała się również nad kwestią „jakość i bezpieczeństwo a sieć szpitali”. Chcę bardzo mocno podkreślić, że pracujemy nad ustawą o bezpieczeństwie pacjenta i jakości w opiece zdrowotnej. Jest już zaawansowany projekt roboczy. Z całą pewnością będzie to bardzo istotny wkład również dla sieci.

Pytała pani również o to, czym będą się różnić nowe rozwiązania generowane przez ustawę „Za życiem”. Chcę powiedzieć, że generalnie założenie jest takie, że wszystkie świadczenia będą przede wszystkim bez limitów i w tym sensie będą bez kolejki. To jest – można powiedzieć – założenie, w największym skrócie rzecz ujmując.

Martwiła się pani również o kwestię wyjazdów profesjonalistów medycznych z Polski. Oczywiście, to jest troską nas wszystkich, ale chcę powiedzieć, że sytuacja w tym zakresie się zmienia i dzisiaj – w mojej ocenie – nie jest krytyczna. Co prawda, jest sporo profesjonalistów, przede wszystkim lekarzy, którzy wyjeżdżają, ale sytuacja jest w tej chwili znacznie bezpieczniejsza niż wtedy, kiedy rzeczywiście wydawało się, że groził nam exodus w 2004 r., kiedy weszliśmy do Unii Europejskiej. Wtedy rzeczywiście wyjeżdżał albo przynajmniej planował wyjazd...

Nie mamy dobrego miernika wyjazdów, zwłaszcza do krajów UE, poza zaświadczeniem, które lekarze i pielęgniarki pobierają wtedy, kiedy zamierzają mieć uznane kwalifikacje w innych krajach. Dzisiaj ta liczba nie jest już dramatycznie wysoka. W sposób niesystemowy, ale który jest zauważalny, obserwujemy również powroty. Zwracam także uwagę, że tzw. zaświadczenia unijne nie są bardzo dobrym – w każdym razie są dalekim od ideału – miernikiem tego, ile osób faktycznie wyjeżdża. Zwracam uwagę, że zaświadczenia unijne potrzebne są tym, którzy faktycznie wyjeżdżają, ale także tym, którzy wykonują usługi na zasadzie telemedycyny, a takich jest coraz więcej (np. radiologów i stomatologów). Potrzebne są także tym, którzy incydentalnie wyjeżdżają, a jest spora grupa lekarzy (np. anestezjologów i chirurgów), którzy jeżdżą na weekendy, na krótkie wyjazdy. Oni też muszą mieć potwierdzone swoje kwalifikacje.

Pan poseł Pawłowicz pytał o kwestię „sieci a onkologia”. Jak państwo wiedzą, onkologia to osobna kategoria szpitali w projekcie sieciowym, więc tutaj jest to zapewnienie. Natomiast rozmawiamy w tej chwili na temat różnego rodzaju rozwiązań i kryteriów. Chcę tylko zasygnalizować, że jesteśmy w bieżącym kontakcie z nowo powstałą organizacją, której nazwy nie pamiętam, zrzeszającą przede wszystkim dyrektorów publicznych centrów onkologii. Nie pamiętam jej nazwy.

Pan przewodniczący Ruciński zastanawiał się, kto powinien być zaliczony do zespołu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Potwierdzam jak gdyby to, o czym pan mówił, że idziemy w tym kierunku, aby nie były to tylko dwie czy trzy osoby, prawda? Nie tylko np. lekarz, pielęgniarka i położna, ale również inne osoby, które współpracują z POZ m.

in. właśnie na zasadzie tzw. budżetu powierzonego. To jest rozwiązanie, które w Polsce było – można powiedzieć – sprawdzone i niezłe działało. Trochę w historii tych różnych rewolucji zanikło, jeszcze w okresie kas chorych, ale ono jest również stosowane w innych krajach. Wydaje się, że to jest dobry kierunek, żeby w tym zespole faktycznie byli też inni, prawda? W jakimś sensie, jeżeli rysowalibyśmy kręgi wokół lekarza koordynatora, to w jakimś momencie dojdziemy nawet do lekarzy specjalistów, dlatego że oni też są w tym kręgu.

Mówił pan również o konieczności zaliczania takich oddziałów jak np. ortopedia i traumatologia do sieci. No, i to jest, tylko to zależy od poziomu, o którym mówimy.

Pytał pan także o minimalne wynagrodzenia. To jest naszą wielką troską. Zresztą we wstępnym wystąpieniu wspominałem o tym, że – oczywiście, na pierwszym miejscu zawsze lokując problemy pacjentów – nie możemy zapominać o tym, że ludzie, którzy pracują, muszą mieć zapewnione godne warunki. Sześćset tysięcy osób to jest ogromna grupa ludzi, zarówno wykonujących zawody medyczne, jak i niemedyczne. Takim krokiem minimum, nad którym w tej chwili pracujemy, jest projekt ustawy o minimalnych wynagrodzeniach, którego dotyczyły właśnie zakończone konsultacje publiczne.

Zdaję sobie sprawę, że to nie jest szczyt marzeń albo w ogóle, że to jest dalekie od marzeń czy poziomu, który chcieliby mieć zagwarantowany pracownicy, ale zwracam uwagę, że wszędzie tam... To nie jest propozycja regulacji płac czy podwyżek. To jest propozycja, w której chodzi o to, aby nikt w kolejnych, wymienionych w tym projekcie zawodach nie mógł być wynagradzany poniżej tego poziomu minimalnego, który według nas jest poziomem godności.

Jednocześnie mamy na uwadze ograniczone możliwości systemu sfinansowania tego projektu. Proszę jednak zwrócić uwagę, że w ciągu pięciu lat kroczącego wzrastania tych wynagrodzeń – takiej mapy drogowej – chcemy, aby to wygenerowało prawie 7 mld zł środków, które muszą pochodzić z wewnątrz systemu, zatem nie da się tego... To nie jest symboliczna akcja. Ona jest realna, natomiast jest, rzeczywiście, krocząca.

Mówił pan również czy pytał pan o...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, jeśli mogę przerwać, bardzo proszę o odniesienie się do głównych pytań. W szczegółowych kwestiach proszę o odpowiedź na piśmie. Tak się z posłami umawiałem.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Zbliżam się już do końca.

Pan przewodniczący Ruciński pytał również o Państwowe Ratownictwo Medyczne i obecność w nim czy w ogóle sytuację specjalizacji, jaką jest medycyna ratunkowa. Bardzo mocno chciałbym wręcz zaprotestować czy polemizować z panem i z taką tezą, że specjalista medycyny ratunkowej to ten lekarz, który powinien stwierdzać zgon. No, powiedział pan coś takiego. Tutaj trzeba powiedzieć tak: Pogotowie ratunkowe, ratownictwo medyczne to nie jest akurat ten obszar, o którym trzeba myśleć w tych kategoriach. To jest ostatnie miejsce, w którym powinno się zajmować stwierdzeniem zgonu, prawda?

Pracujemy nad ustawą, w której troszkę zmodyfikujemy w ogóle listę osób, które mogą rozpoznawać zgon. Chcielibyśmy, żeby mogli to robić nie tylko lekarze, ale również ratownicy medyczni i pielęgniarki. Wydaje się, że ten kierunek to zapewni.

Jeżeli natomiast chodzi o funkcjonowanie samego ratownictwa medycznego, to proszę wybaczyć, ale wydaje się, że wzorce dużej części krajów na świecie wskazują na to, że karetkami lekarze raczej nie powinni jeździć, chociaż chcemy wejść w to w sposób – powiedziałbym – miękki i z pewnym odroczeniem w czasie. To nie będzie na pewno rewolucja.

Bardzo mocno pan polemizował z moją tezą, że lekarzy w POZ można wynagradzać poprzez premię za wynik. Proszę państwa, w literaturze fachowej dotyczącej wynagradzania w służbie zdrowia to jest jeden z tych sposobów – pay for performance (P4P) albo payment by results (PbR). To jest po prostu jedna z praktyk, które są stosowane.

Premia za wynik w przypadku POZ może być np. stosowana w obszarze cukrzycy. Tutaj jest bardzo konkretna rzecz, jeżeli się bierze pod uwagę wynik hemoglobiny gliko-

wanej, która jest świetnym wskaźnikiem opieki sprawowanej nad cukrzykiem. Co więcej, są prace, które wskazują, że lekarz, który w stosunku do swoich podopiecznych z cukrzyką wykonuje opiekę w taki sposób, że u nich wyniki są dobre... Chodzi o wyniki nie tylko jego – że tak powiem – działalności terapeutycznej w postaci leków, ale także tego, co nazywamy compliance, prawda? Krótko mówiąc, czy pacjent go słucha, czy się dowiedział tego, co trzeba i czy został przekonany. Tego typu wskaźnik jest dobrym wskaźnikiem w ogóle jakości sprawowanej opieki w danej praktyce, także nad innymi pacjentami, więc chcemy to stosować.

Zgadzam się z panem. Mówił pan o tym, jak dużo w tych pieniądzach, które wydajemy na zdrowie, jest wydatków po stronie prywatnej, że jesteśmy pod tym względem rekordzistami i to trzeba zmieniać. Tu absolutnie się zgadzam. Na tle innych krajów europejskich ciągle około – mniej więcej tyle, bo to są szacunki, prawda? – pieniędzy, które wydajemy z własnych kieszeni na zdrowie, lokuje nas bliżej – powiedziałbym – krajów trzeciego świata niż tych krajów cywilizowanych, gdzie zdecydowanie większość środków na zdrowie jest wydawana ze środków publicznych.

Wreszcie pan poseł Zembala pytał o możliwość podniesienia wskaźnika dla szpitali klinicznych, podwyższenia wycen, tak jak to się stało np. w pediatrii. Chcę powiedzieć, że to jest kwestia otwartej debaty na ten temat. Na pewno na to trzeba uzyskać pieniądze z tych wycen, które po prostu będziemy obniżać.

Jeszcze pan poseł Hok, który pytał o rolę geriatry, opieki długoterminowej i usług opiekuńczych.

Oczywiście, myślę, że opieka długoterminowa, usługi opiekuńcze czy zakłady opiekuńczo-lecznicze to jest – powiedziałbym – propozycja dla bardzo wielu prowadzących dzisiaj zakłady czy szpitale jako pewnego rodzaju alternatywa, zwłaszcza tam, gdzie można mieć wątpliwość co do tego, czy nie ma podmiotów, które udzielają po prostu za dużo świadczeń zdrowotnych w stosunku do rzeczywistych potrzeb.

Jeżeli natomiast chodzi o geriatrę, to osobiście uważam i wielu ekspertów zgadza się z takim poglądem, że oddziały geriatryczne nie powinny mieć charakteru oddziałów – powiedziałbym – podstawowych, tylko to są raczej oddziały, które powinny prowadzić kształcenie geriatrów. Natomiast geriatrzy powinni być konsultantami w zasadzie na każdym oddziale szpitalnym i ewentualnie być do dyspozycji także lekarza POZ jako konsultanci. Tworzenie oddziałów geriatrycznych np. w szpitalach powiatowych w sposób liczbowo bardzo znaczący wydaje się kierunkiem zupełnie nieobecny na świecie i chyba fałszywym.

Ostatnie pytania zadawała pani marszałek Radziszewska, krytykując to, że moje wypowiedzi na temat planów reformatorskich są zbyt ogólne, podczas gdy – bardzo mocno to podkreślałam – cały szereg rzeczy, o których mówiłem, ma już konstrukcję w postaci projektów ustaw, które są nawet już po konsultacjach publicznych. Proszę więc, żeby państwo posłowie, którzy interesują się tą sprawą, zajrzeli do projektów, które są dostępne w publicznym obiegu.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze...

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Pani marszałek Radziszewska martwiła się również o to, co będzie z pracownikami Narodowego Funduszu Zdrowia. Oczywiście, zdaję sobie sprawę, że to jest duża grupa osób.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, jeśli mogę, pani marszałek usprawiedliwiła u mnie swoją nieobecność. W związku z tym prosiła mnie o przekazanie informacji, że prosi o odpowiedź na piśmie, bo musi uczestniczyć w tej chwili w posiedzeniu innej komisji, więc nie ma jej na sali. Tylko informuję.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Już kończę, panie przewodniczący.

Chcę powiedzieć, oczywiście, że pracownicy NFZ, zwłaszcza ci wysoko wykwalifikowani, którzy dzisiaj planują kontraktowanie, kontraktują, monitorują to, co się dzieje, uczestniczą

w kontrolach, znajdą zatrudnienie w nowych strukturach, które będą prowadzić kontraktowanie. Co do tego nie ma żadnych wątpliwości. Zostaną potraktowani godnie. Jednak, oczywiście, projekt ustawy, nad którym pracujemy, również zapewnia w ogóle płynne przejście, prawda? Nie ma żadnych wątpliwości, że te osoby nie zostaną tutaj pokrzywdzone.

Jeżeli chodzi o kwestię nakładów, o co zresztą nie tylko pani marszałek pytała, to chciałem jeszcze raz powtórzyć, że planujemy zapis ustawowy, który będzie mówił o tym, jaki odsetek produktu krajowego brutto jest przeznaczany na zdrowie. Będzie to odsetek wzrastający.

Wreszcie ostatnia już zupełnie rzecz. To jest kwestia szczepionek, która padła chyba tak przy okazji, ale ponieważ jest to dobry moment i dobra okazja do tego, żeby podzielić się z państwem tą informacją, która być może nie do wszystkich jeszcze dotarła...

Po pierwsze, bardzo dziękuję za przyjęcie dzisiaj na sali ustawy, która wprowadza dwa bardzo ważne rozwiązania. Jedno rozwiązanie de facto ustanawia powszechny dostęp do POZ, zarówno dla tych, którzy są uprawnieni zgodnie z przepisami, jak i dla tych, którzy nie są uprawnieni. Krótko mówiąc, odstępując...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, ale to nie jest o szczepionkach.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Panie przewodniczący, to już naprawdę ostatnie zdania. To jest – moim zdaniem – bardzo ważne, bo to jest pierwszy krok, który idzie w kierunku powszechnego dostępu do publicznego systemu ochrony zdrowia.

Drugą rzeczą, którą tam również państwo przegłosowali, jest finansowanie z budżetu szczepionek, co po prostu wyjmuje część środków z NFZ.

Ostatnie już zupełnie zdanie to jest kwestia pneumokoków, o co cały czas jestem pytany, także tutaj. Jeszcze raz chcę to mocno podkreślić. Kilka dni temu zostało przeze mnie podpisane rozporządzenie rozszerzające kalendarz szczepień obowiązkowych. Od 1 stycznia 2017 r. wszystkie dzieci, które się urodzą, zostaną objęte powszechnym szczepieniem przeciw pneumokokom. Przypominam, że są dwa szczepienia podstawowe i trzecie, które jest przypominające. Wszystkie te dzieci, które rodzą się jeszcze teraz i urodzą do 31 grudnia br., będą objęte szczepieniem na zasadach dotychczasowych, czyli z grup ryzyka.

Chcę powiedzieć, że rozpisany jest również przetarg na zakup tych szczepionek ze środków z 2016 r. To jest praktyka, którą Ministerstwo Zdrowia od lat prowadzi – kupowanie szczepionek na zapas, czyli zgodne z przepisami. Kupujemy zresztą nie tylko szczepionki przeciw pneumokokowe, ale również inne szczepionki, zarówno te na zapas, jak i te, które stanowią pewną gwarancję bezpieczeństwa, trzymiesięcznej rezerwy... No, i w tym również te pneumokoki.

Sytuacja jest więc bezpieczna. Myślę, że to jest – że tak powiem – nasz wspólny sukces, bo przecież chodzi o dzieci, które będą bezpieczniejsze, a także starszaków przy okazji. Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję.

Stawiam wniosek o to, aby ta informacja Ministra Zdrowia trafiła pod obrady plenarne Sejmu.

Przystępujemy do głosowania.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Zgłaszam wniosek przeciwny, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Oczywiście.

Kto jest za tym, aby informacja trafiła pod obrady plenarne Sejmu? Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał?

Podaję wyniki głosowania: za – 7 posłów, 16 – przeciw, nikt się nie wstrzymał.

W związku z tym, że złożonym wnioskiem przeciwnym, informacja nie trafia pod obrady plenarne Sejmu.

Zamykam posiedzenie Komisji. Dziękuję bardzo.