

VIII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 93)

z dnia 11 października 2017 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 93)

11 października 2017 r.

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

– sprawozdanie Podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie o rządowym projekcie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej (druki nr 1813 i 1813-A).

W posiedzeniu udział wzięli: **Zbigniew Król** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Dariusz Dziełak** dyrektor Departamentu Analiz i Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, **Ewa Janiuk** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych ze współpracownikiem, **Jolanta Łysak** wiceprezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych wraz ze współpracownikami, **Wojciech Powroźnik** prawnik w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych, **Joanna Szelaż** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, **Tomasz Tomasik** prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz **Mateusz Moksik** asystent przewodniczącego Komisji .

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych; **Robert Durlik** oraz **Aleksandra Wolna-Bek** – legislatorzy z Biura Legislacyjnego.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie sprawozdania Podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie o rządowym projekcie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, druki nr 1813 i 1813-A. Proszę o ciszę na sali.

Czy są uwagi do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam jego przyjęcie. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Komisja, w dniu 28 września 2017 r., skierowała rządowy projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, druki nr 1813 i 1813-A, do Podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia i innowacyjności w medycynie. Podkomisja zakończyła prace 10 października br. i przyjęła sprawozdanie o projekcie. Sprawozdanie podkomisji jest dostępne na poselskich iPadach.

Przystępujemy do rozpatrzenia sprawozdania podkomisji. Proszę pana posła Latosa o zreferowanie prac podkomisji.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Wczoraj odbyło się drugie posiedzenie podkomisji. Na pierwszym posiedzeniu – jak pan przewodniczący wie – z powodów formalnych, czyli słabej frekwencji, odbyła się dyskusja wstępna. W dniu wczorajszym odbyło się drugie posiedzenie podkomisji, na którym procedowano poszczególne artykuły ustawy. Muszę powiedzieć, że większość artykułów – ponad 90% – przyjmowanych było w pełnym konsensie.

Najbardziej gorąca dyskusja odbyła się w odniesieniu do sytuacji włączenia internistów do systemu w 100-procentach za 8 i więcej lat. Od razu wyjaśnię. Zgodnie z zapisami ustawy, jeżeli ktoś z internistów – pan minister później będzie o tym dokładnie mówić – zatrudni się w POZ do 31 grudnia 2024 r., będzie lekarzem POZ. Natomiast

osoby, które zatrudnią się w roku 2025 lub później, czyli za co najmniej 7 lat i więcej, to... Inaczej. Zgodnie z tą ustawą, nie ma możliwości zatrudnienia później bez zrobienia specjalizacji z medycyny rodzinnej. Czyli, do 2024 r. jest jakby ta podwójna ścieżka, a więc medycyna rodzinna, jeżeli chodzi o internę, lub interna. Później ta droga jest już zamknięta. Jednak – jak rozumiem – przy stosownym artykule zaproszeni goście do tego się odniosą, z panem ministrem na czele. Poza tym, większych kontrowersji nie było. Jeżeli coś się pojawi, to będzie jeszcze zgłoszone przez zaproszonych gości, czy panie i panów posłów. Bardzo dziękuję, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Grzegorz Raczak (PiS):

Chciałbym zapytać o taką rzecz. Czy ta poprawka, że interniści nie będą mogli przyjmować w POZ, jest uzupełniona jakąś analizą, ilu tych lekarzy POZ, specjalistów potrzeba i czy ta liczba będzie wykształcona do tego roku, bo mogą być kłopoty z uzupełnieniem wszystkich stanowisk?

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Pytaliśmy o to pana ministra. Ja osobiście o to pytałem. Myślę, że osobą właściwą do udzielenia odpowiedzi jest pan minister, podobnie jak było na posiedzeniu podkomisji.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Zaraz udzielimy głosu. Kilka pytań z serii. Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Krzysztof Ostrowski (PiS):

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, chciałbym poruszyć dwie sprawy. Pierwsza kwestia – pan przewodniczący przed chwilą był uprzejmy to zreferować – że po 2024 r., czy ktoś będzie internistą, czy nie będzie posiadał specjalizacji z medycyny rodzinnej, będzie musiał... Chociaż nie, bo zgodnie z art. 6 on nie będzie musiał robić specjalizacji z zakresu lekarza rodzinnego. W art. 6 jest mowa o tym, że będzie musiał zrobić kurs, którego zakres stosownym rozporządzeniem ureguluje Ministerstwo Zdrowia, pan minister, i ten kurs będzie w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. Natomiast, rozumiem, że jest duża różnica pomiędzy specjalizacją a kursem, bo kurs może być, na przykład, kilkutygodniowy, a może być dwuletni.

Chcę zwrócić uwagę na to, że naprawdę mamy duży niedobór kadry lekarzy rodzinnych. Duża część lekarzy jest w wieku emerytalnym albo okołoemerytalnym. Jeżeli kurs będzie uciążliwy, to 7 lat szybko minie i może się okazać, że mocno osłabimy kadrowo lekarzy rodzinnych i służbę zdrowia POZ.

Drugie pytanie do pana ministra jest takie. Zresztą, wczoraj też to poruszaliśmy – pan przewodniczący nie raczył tego powiedzieć. Chodzi o problem badań diagnostycznych i umiejscowienia diagnostyki w kompetencjach lekarza rodzinnego.

Chciałbym zapytać pana ministra, dlaczego, mimo że jest, na przykład, raport NIK opublikowany 21 sierpnia 2017 r., który ewidentnie wykazuje, że to jest pewna nieprawidłowość... Przeczytam kilka zdań z tego raportu, bo myślę, że one dobrze oddają sytuację: „Świadczenia diagnostyki laboratoryjnej nie są przedmiotem odrębnego kontraktowania w NFZ. W POZ, AOS i leczeniu szpitalnym nie ma wyodrębnionej puli środków przeznaczonych na finansowanie badań. Ten sposób finansowania nie zabezpiecza właściwego i pełnego wykorzystania badań diagnostycznych...” – i teraz, uwaga – „... Stwarza to ograniczenie zlecenia badań przez lekarzy w celu minimalizowania własnych kosztów”. Chcę powiedzieć, że badania diagnostyczne na dzień dzisiejszy w ramach POZ, jeśli chodzi o programy zdrowotne, to 0,27%. Jest to więc groźne. Myślę, że jest tu taka reguła, która jest bardzo groźna dla pacjentów, bo większa liczba badań, wcześniej diagnozowana choroba, to niższe koszty leczenia.

Tak więc, moje pytanie jest takie. Dlaczego w procedowanej ustawie powielamy błędy z poprzedniego okresu, jeżeli chodzi o finansowanie badań diagnostycznych. Ten system tak naprawdę nadal jest niekorzystny dla Polaków, ale też dla gospodarki. Dlaczego nie ma wyodrębnionej puli pieniędzy na badania diagnostyczne, wbrew ewidentnym zaleceniom NIK i jeszcze innych grup ekspertów? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Szanowni państwo, proszę o ciszę na sali. Rozmawiamy o ważnej ustawie, słuchamy się wzajemnie. Proszę o ciszę na sali. Czekam na zgłoszenia. Na razie posłowie. Pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Czy mogę już zabrać głos?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Hrynkiewicz, bardzo proszę.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, w art. 15, w ust. 1 projektodawcy piszą, że „Osoby udzielające świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej mogą realizować programy edukacyjne i badawczo-rozwojowe”. Chcę zapytać, jakie kwalifikacje do prowadzenia prac badawczych mają lekarze rodzinni. Kiedy te kwalifikacje zdobywają, w jakim trybie i czym one są potwierdzone? To jest pierwsze moje pytanie.

Drugie moje pytanie dotyczy art. 29. To jest zmiana dziewiąta, która zawiera następujący zapis...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, przepraszam. Jeśli mogę, jedno słowo.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

To są pytania do ministra.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Ja wiem. Rozumiem. Chciałbym tylko podpowiedzieć jedną rzecz, bo musimy przyjąć jakąś technikę pracy. Albo w tej chwili wchodzimy szczegółowo w zapisy i analizujemy w tej dyskusji – tak też może być, ale wtedy umawiamy się, że w procedowaniu legislacyjnym już nie zadajemy pytań – albo te szczegółowe, precyzyjne i merytoryczne pytania zadajemy przy paragrafach. Jak państwo wolą?

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, to są pytania w najwyższym stopniu merytoryczne i ogólne.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dobrze. Proszę je zadać.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Tutaj zapis ust. 2b stanowi, iż umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawierają dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą, profilaktycznej opieki oraz oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki. Chcę więc zapytać – panie ministrze, to jest pytanie do pana – jakie rozporządzenie określa, jakie to mają być świadczenia i jak mają być one wynagradzane. Jeżeli bowiem damy takie pieniądze i będziemy je rozdawać „po uważaniu”, to jest to po prostu strata pieniędzy. My oczekujemy tego, że jeśli będą coraz większe środki, a w podstawowej opiece są...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, przepraszam. Szanowni państwo...

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

...to chcielibyśmy wiedzieć, jak one będą wydawane. To jest bardzo ważna sprawa. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję pani poseł. Szanowni państwo, wydaje mi się, że przez dwa lata pracy wypracowaliśmy pewną technikę. Spór polityczny na tej sali często się toczy, spór merytoryczny często się toczy, ale zasada musi być jedna – słuchamy się wzajemnie. Tego, kto będzie gadać – będzie jak w szkole – będę pokazywać palcem.

Kto dalej? Pani poseł Libera. Przepraszam, nie zauważyłem. Bardzo proszę.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, ja oczekiwałam naprawę fundamentalnej ustawy, ważnej dla środowiska lekarzy rodzinnych, ale przede wszystkim dla pacjenta. Po tym, co państwo przedstawili, uważam, że niewiele to zmienia w systemie. Poza zmianami, które nic nie dają świadczeniodawcom, tak naprawdę, nie widzę żadnej korzyści dla pacjentów. Chciałabym te korzyści poznać. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Nie da zrobić się ustawy, kiedy finansowanie jest w 2020 r. To jest jakiś absurd. Dzisiaj mamy rok 2017. Oczywiście, jakiś docelowy model można zakreślać, ale realne ramy tego finansowania powinny być o wiele bliżej i na zupełnie innych zasadach.

Trzecia rzecz, która mnie absolutnie deprymuje przy czytaniu tego projektu, to monopolizacja systemu. Wszystko to, i w każdym miejscu, co w tej chwili dobrze działa w ochronie zdrowia, jest absolutnie centralizowane i monopolizowane. Przykład – pomoc nocna i świąteczna. Panie ministrze, co się dzieje w małych powiatach z nocną i świąteczną pomocą. Ci ludzie, którzy mieli dostęp do ośrodków, mają teraz dostęp utrudniony, ponieważ pomoc ta jest zorganizowana w szpitalach. To jest absolutnie zły pomysł. Chodzi nie tylko o dostępność, ale i o finansowanie tej nocnej i świątecznej pomocy. Jest wiele ośrodków, które dostały mniej pieniędzy na nocą i świąteczną pomoc, w związku z tym jest kłopot z zakontraktowaniem lekarzy. Proszę o wyjaśnienie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Czech i pani poseł Gądek.

Poseł Anna Czech (PiS):

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie oraz goście, chciałabym zapytać w sprawie finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. Art. 22 określa, że finansowanie POZ następuje na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, ze środków ujętych w planie finansowym NFZ, a bodaj w art. 9 jest zapisane, że umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej pomocy, zawierają dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie koordynacji, profilaktyki, efektu zdrowotnego. Moje pytanie jest takie. Czy do tej stawki, która jest niemała, będą dodatkowo zapewnione środki? Czy tutaj stawka kapitacyjna będzie mniejsza, a za konkretne zadania będą dodatkowe środki, czy to będzie płynne? Czy do tej stawki stricte będą dodatkowe pieniądze? Martwię się, że pieniędzy w końcu zabraknie i praktycznie wszyscy interniści przejdą do pracy do POZ.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę bardzo, pani poseł Gądek.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, tak, to prawda, że myśleliśmy, że będzie to nowoczesny akt prawny, który w pożądanym sytuacji postawi zespół podstawowej opieki zdrowotnej, który ma zajmować się nie tylko pacjentem, ale przede wszystkim populacją Polaków, aby nie stawali się pacjentami, czyli ma przyjąć również zadania profilaktyczne.

Ja również mam zastrzeżenie do zapisów dotyczących finansowania, ale zgoła inne niż moje przedmówczynie. Jeżeli ktoś mówi, że stawka kapitacyjna jest już dzisiaj wysoka, to dobrze by było, żeby zweryfikować to w stosunku do potrzeb i tego, jak to jest finansowane w krajach porównywalnych z nami. Jednak, abstrahując od tego, szanowni państwo, jeżeli tworzymy ustawę, która jakby zakłada, że podstawowa opieka zdrowotna ma być podstawą systemu, lekarz, wraz ze swoim odpowiednio przygotowanym zespołem, ma zapewnić 80% świadczeń w perspektywie, a w żaden sposób nie zapisujemy tego finansowania ani jego poziomu, ani sposobu jego wzrostu w perspektywie, a dzisiaj oscylujemy między 12 i 8 a 12 i 2, w zależności od tego, jakie to miesiące, jeżeli chodzi o budżet NFZ, to nigdzie nie da się za to uzyskać 80% realizacji potrzeb zdrowotnych. Natomiast zapisy, które tutaj mamy mówią tak. Po pierwsze, w art. 22 jest ogólnikowy zapis, że POZ jest finansowany ze środków NFZ – oczywiście, że jest – i nic dalej, a następnie są te trzy artykuły, o których była tutaj mowa. Artykuły mówiące o:

dotychczasowych środkach na opiekę koordynowaną, czyli tak zwany budżet powierzony, prawdopodobnie obligatoryjny od 2020 r.; o profilaktycznej opiece zdrowotnej...

Przed posiedzeniem Komisji odbyło się spotkanie zespołu – dyskutowaliśmy dwie godziny nad tymi sprawami. Szanowni państwo, tak naprawdę nie mamy zielonego pojęcia, jak i za co będzie finansowana tak zwana opieka zadaniowa, ponieważ profilaktyka, która dzisiaj już jest w kompetencji lekarza rodzinnego, jest w stawce kapitałowej i zostanie w tej stawce. Pytanie, skąd więc będą te następne, tak olbrzymie środki, jak słyszeliśmy przed chwilą.

I kwestia oczekiwanego efektu. Jeżeli już tworzymy zapis ustawy tej rangi, to napiszmy w perspektywie 2020 r., kiedy mamy zacząć funkcjonować na tych zasadach, ile będzie wynosić stawka kapitałowa, ile procent budżet powierzony, ile procent profilaktyka i za jakie zadania profilaktyczne, i jak będziemy monitorować i płacić za efekt. W tym momencie ten akt prawny, niezależnie od jeszcze innych, drobnych kwestii, byłby naprawdę godzien pochwalenia ze wszech miar.

Sprawa lekarzy w systemie, to kolejna kwestia. Oczywiście, wiemy, że nie zdążyliśmy wykształcić takiej... Panie przewodniczący, może faktycznie będzie pan uspokajać, bo nie da się mówić.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Staram się to robić. Proszę o ciszę na sali.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, mamy potężne braki, jeżeli chodzi o lekarzy w ogóle, ale w POZ najbardziej dramatyczne. Nie zdążyliśmy wykształcić odpowiedniej liczby lekarzy rodzinnych. Nie znaczy to jednak, że tworząc ustawę nie mamy dążyć do tego, że ten system w pewnym momencie ma się oprzeć na specjalistce medycyny rodzinnej, pamiętając jednocześnie o tym, że skoro mamy trudności, to musimy zabezpieczyć prawa nabyte lekarzy, którzy dzisiaj funkcjonują w POZ i od 1 stycznia mogliby z tego systemu wypaść. Łączyłoby się to, niestety, z zapaścią. Widzielibyśmy zmianę w tym zakresie, jeżeli chodzi o kwestię personelu medycznego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Ja jeszcze mam pytanie do pana ministra... Jeszcze pani poseł. Bardzo proszę.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, mam kilka pytań. Zaczę od takiego pytania. Pewnie każdy z nas, kto słyszał wczorajsze i dzisiejsze wypowiedzi przedstawicieli rządu, zastanawia się. Gdyby pan minister był uprzejmy odpowiedzieć. Podobno w systemie jest o 8 mld zł więcej – skąd są te pieniądze? Pan minister Morawiecki i pani premier Szydło powiedzieli, że rząd dał dodatkowo 8 mld zł. Czy to są pieniądze NFZ ze składek, czy jakieś dodatkowe? I drugie pytanie, o te 3 mld zł, o których też jest mowa. W kontekście ustawy dotyczącej podstawowej opieki zdrowotnej, która ma kompleksowo zajmować się pacjentem i koordynować wiele rzeczy, bardzo ważne jest udzielenie odpowiedzi na te pytania.

A teraz, w sprawie ustawy. Chciałabym zapytać pana ministra, znając realia, jakie są zwłaszcza w mniejszych miejscowościach, gdzie pielęgniarki i położne, które mają dzisiaj własną indywidualną praktykę pielęgniarską lub położniczą, pracują na rzecz dwóch, trzech czy czterech poradni, zależnie od tego, jakie są warunki. Czy w wypadku lekarza POZ, który ma w swoim zespole pielęgniarkę i położną, ta pielęgniarka i położna, mając własną praktykę indywidualną, będą mogły podpisywać – tak jak do tej pory – umowy o współpracy w ramach tego zespołu POZ z kilkoma lekarzami, w kilku miejscach pracy, czy będzie mogła tylko tworzyć zespół z jednym podmiotem prowadzącym podstawową opiekę medyczną?

Po drugie, położna, która będzie w tym zespole. W art. 12 mamy zakres obowiązków położnej, a między innymi działania diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne. Jak będzie wyglądać współpraca z lekarzem położnikiem i ginekologiem, którego nie ma w tym zespole współpracującym z lekarzem POZ? Jakie możliwości ma położna

z tego zespołu kierowania do lekarza, który będzie niezbędny, żeby zaplanować diagnostykę czy leczenie kobiety? Współpraca POZ-lekarz położnik-ginekolog.

Następne pytanie, dotyczące art. 14. Jest mowa o tym, że świadczeniodawca tworzący skoordynowaną opiekę podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne, zgodnie z indywidualnym planem diagnostyki, leczenia i opieki i zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy o świadczeniach. Proszę wyjaśnić, jak to będzie wyglądać w praktyce. Przychodzi pacjent do lekarza i wymaga konsultacji diabetologa, okulisty, kardiologa, a także wymaga wykonania kilku badań. Jak w praktyce – na czym ma to polegać i za jakie pieniądze – będzie tę skoordynowaną opiekę sprawował lekarz owego zespołu podstawowej opieki zdrowotnej, skoro, zgodnie z ustawą, on musi to zapewnić? Nie wystarczy suchy zapis, muszą być szczegóły, które będą regulować tę współpracę. Nie może być dowolności postępowania, że w każdym zespole będzie inaczej.

Następne pytanie. Ja bardzo bym chciała, żeby opinię wydał inspektor ochrony danych osobowych, bo w art. 16 mamy bardzo ogólne stwierdzenie odnośnie do wymiany informacji dotyczącej pacjentów, świadczeniobiorców. To są bardzo wrażliwe dane, bo i rokowania, i ordynowane leki, i środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne, czas stosowania, wyznaczone wizyty, zaplanowane świadczenia. To są dane bardzo wrażliwe, które dla kogoś na rynku mogą być niezwykle interesujące. Czy zapis ustawowy z tego artykułu zabezpiecza ochronę danych osobowych pacjenta i wrażliwych danych dotyczących jego choroby? To jest tak nieprecyzyjny artykuł, że bardzo bym prosiła, żeby na ten temat wypowiedział się ktoś, kto zajmuje się ochroną najważniejszych danych każdego z nas. Według mnie, jest to bardzo, bardzo ważne.

I ostatnie pytanie, natury ogólnej. Jeżeli świadczeniodawca jest obowiązany do monitorowania jakości udzielonych świadczeń, to znaczy, że sam siebie będzie monitorować. Świadczenia, których udziela, będzie monitorować sam u siebie – dostępność, kompleksowość, ciągłość, zarządzanie, organizację i jeszcze efekt zdrowotny. Muszę powiedzieć, że nie słyszałam o takim cudzie, tym bardziej, że minister zdrowia nie wyda rozporządzenia, zgodnie z tą ustawą. Minister zdrowia może wydać rozporządzenie i w jego drodze określić kryteria monitorowania jakości świadczeń, ale też ze znakiem zapytania. Jak to – ktoś będzie sam siebie monitorować i dokonywać samonaprawy albo będzie wykazywać, że źle prowadzi tę praktykę i jego świadczenia nie są ani kompleksowe, ani nie ma ciągłości świadczenia, ani nie ma efektu zdrowotnego? Muszę powiedzieć, że jest bardzo dużo pytań dotyczących tak bardzo ogólnych sformułowań zawartych w tej ustawie. Praktycznie one są przy każdym artykule. Ta ustawa jest w tak dużym stopniu ogólności, że – powiem szczerze – jest to niepokojące.

I ostatnie pytanie natury ogólnej. Czy jakkolwiek podmiot funkcjonujący dzisiaj w ramach POZ wyraził zgodę i chęć na wejście do programu pilotażowego w tej materii? Pytam, bo to wszystko ma się zacząć od programu pilotażowego. Ilu mają państwo chętnych, którzy zgłosili się na tak bardzo ogólnych warunkach, nawet bez gwarancji finansowania tego, co do nich należy? Ilu zgłosiło się do pilotażu i jak to ma się w poszczególnych województwach? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Zgłaszały się jeszcze pani poseł Wróblewska i pani poseł Chybicka.

Poseł Krystyna Wróblewska (PiS):

Panie przewodniczący, szanowne panie i panowie posłowie, zaproszeni goście, chciałabym poddać pod dyskusję taki problem. Czy nie warto byłoby wprowadzić czegoś takiego, jeżeli chodzi o lekarzy rodzinnych, żeby płacić za konkretnie wykonaną pracę, a nie za pacjentów, którzy, na przykład, nie przychodzą? Czyli, po prostu, za konkretnie wykonaną pracę. Może na tym się nie znam, ale...

I bardzo by mi zależało na tym, żeby lekarze rodzinni – i na to też chciałabym zwrócić uwagę jako pacjent – dbali przede wszystkim o profilaktykę, czyli zapisywali więcej badań – co zresztą mówił pan poseł – ponieważ tych badań nie zlecają albo zlecają wtedy, kiedy pacjent o to poprosi. Ja mówię to z punktu widzenia pacjenta.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Chybicka, proszę bardzo.

Poseł Alicja Chybicka (PO):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, mam pytanie do pana ministra. W tej chwili jest tak, że starsze osoby są pod opieką sześciu-siedmiu specjalistów. Diabetolog i diagnozuje, i prowadzi cukrzycę, endokrynolog prowadzi chorobę tarczycy – podaje przykładowego starszego człowieka – kardiolog prowadzi chorobę serca, laryngolog prowadzi zaburzenia słuchu. Co będzie teraz, kiedy ma być jeden lekarz koordynator? On ma zrobić te wszystkie badania, ma zastąpić na pierwszej linii tych sześciu czy siedmiu specjalistów – bywa różnie. Większość starszych osób tak funkcjonuje i co miesiąc „lata od Annasza do Kajfasza”. Skąd na to będą pieniądze? Gdzie one się znajdują i czy rzeczywiście każdy lekarz rodzinny jest w stanie poprowadzić samodzielnie chorego z zaawansowanymi schorzeniami narządowymi, bo to nie jest takie proste? I kiedy, zgodnie z tą nową ustawą, lekarz koordynujący będzie miał prawo skierować do specjalisty. Czy to nie będzie tak, że co miesiąc będzie wystawiać skierowanie, czyli 6-7 skierowań? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy ktoś z państwa posłów jeszcze? To ja mam pytanie, panie ministrze.

Panie ministrze, mam do pana następujące pytanie. Próbowaliście zrobić tak w tej ustawie... Szanowni państwo, proszę o ciszę. Czekam na panią poseł Krynicką. Tak.

Panie ministrze, w pierwotnym przepisie tej ustawy zapisaliście, że po 2024 r. pediatra w POZ będzie mógł zajmować się dzieckiem tylko do siódmego roku życia. Po potężnej awanturze i decyzji pani premier wniesiono autopoprawkę i jest napisane, że pediatra będzie mógł zajmować się dzieckiem do 18 roku życia.

W ustawie, którą my wprowadzaliśmy w poprzedniej kadencji, stworzyliśmy możliwość, aby w POZ, po pierwsze, mogli pracować, a przede wszystkim mogli placówkę POZ założyć, być jej właścicielami i w niej pracować, lekarz internista i lekarz pediatra. Rozumiem, że pediatra pozostaje bez zmian. Czy tak? Dobrze, widzę że pan... Inaczej. Może zadam pytanie, a pan odpowie.

Pytam pana, czy ta ustawa, którą dzisiaj przedstawicie, gwarantuje, że pediatra będzie mógł bez ograniczeń założyć i pracować w swojej własnej placówce POZ lecząc dzieci? To pierwsze pytanie.

A drugie pytanie jest takie. Dlaczego państwo uniemożliwiają to internistom? Czy internista, na podstawie tej ustawy, będzie mógł założyć placówkę POZ i w niej pracować? Czy po 2024 r. nie będzie już mógł, czy już teraz nie będzie mógł? To nie wynika z zapisów ustawy.

W poprzedniej ustawie, panie ministrze, jest enumeratywnie wymienione, że świadczenia z zakresu POZ itd. – czytam – może świadczyć specjalista medycyny rodzinnej, lekarz specjalizujący się w medycynie rodzinnej, specjalista medycyny ogólnej, specjalista I, II lub w trakcie – internista i specjalista I, II lub w trakcie – pediatra. Dlaczego znowu wyrzucacie internistę z POZ? Jaki jest tego cel? Jeżeli człowiek jest starszy, schorowany i ma ochotę, chce, żeby zajmował się nim internista – specjalista chorób wewnętrznych, to dlaczego, wedle was, nie może mieć do niego dostępu w POZ. Czym się kierujecie? Nie mogę tego pojąć. Wojna poszła o pediatrów, złożyliście autopoprawkę. A co z internistami?

Mamy na sali pana profesora Imiełę, konsultanta krajowego. Bardzo bym go prosił o odniesienie się do tej sprawy. Nie rozumiem waszych intencji. Czy chodzi o to, żeby ten sektor zamknąć tylko dla lekarzy rodzinnych plus wywalczonych pediatrów, czy po prostu uważacie, że internista wie mniej niż lekarz rodzinny? Ja nie rozumiem tego. Proszę o odpowiedź.

Panie ministrze, zapraszam. Jeszcze pan profesor Imiela, którego prosiłem o wypowiedź i państwo goście. Szanowni państwo, czy mogę państwa prosić o jeden wyjątek. Ja muszę wyjść z posiedzenia Komisji na 10 minut. Uprzedzam państwa publicznie. Chciałbym poprosić pana ministra, żeby udzielił odpowiedzi na to pytanie. Posiedze-

nie poprowadzi pani poseł Libera i udzieli głosu wszystkim państwu. Jeszcze pan prof. Imiela, bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Jacek Imiela:

Proszę państwa, ja wczoraj i na poprzednim posiedzeniu podkomisji byłem i omawiałem nasze argumenty. Proszę państwa, kwestia interny i lekarzy zajmujących się w POZ leczeniem chorych, w moim przekonaniu, tak jak i części osób – wczoraj głosowanie było 5 do 5 – jest podstawową sprawą. Tutaj było powiedziane – a jeśli jest starszy, leczony na cukrzycę lub inną chorobę, to kto go będzie leczyć. Jego musi leczyć internista.

Proszę państwa, nie wiem, czy państwo zdają sobie sprawę z tego, że lekarzy rodzinnych w POZ jest 8600, a lekarzy internistów jest ponad 10 tys. Lekarzy pediatrów jest 6,5 tys. czyli, lekarze interniści stanowią największy procent ludzi pracujących w tej chwili w podstawowej opiece zdrowotnej. Jeżeli do tego dołożymy niejasną sprawę różnych innych, drobniejszych specjalizacji medycyny ogólnej, której teraz praktycznie nie ma z punktu widzenia rozwojowego, to podstawą, niestety – być może, patrząc z punktu widzenia rozwoju medycyny rodzinnej – są lekarze interniści.

Jednak, proszę państwa, chcę bardzo wyraźnie powiedzieć, iż to, że chcemy, aby po 2024 r. lekarze interniści mogli pracować w POZ na normalnych zasadach, takich jak dzisiaj, mogli zakładać poradnie i żeby pozostały, te 4 punkty, które dzisiaj są zapisane w ustawie, jest potrzebne po to, żeby zapewnić dobre leczenie ludziom chorym. Cała ta walka, która tutaj się toczy, jest dla dobra ludzi chorujących, a nie dla jakiejś idei.

Proszę państwa, jeżeli nie damy możliwości wyboru lekarzom internistom po skończeniu specjalizacji z chorób wewnętrznych, to pozostanie dla nich tylko szpital albo działalność prywatna, albo wyjazd za granicę. Taki człowiek musi mieć pewnego rodzaju wybór.

Ja państwu powiem więcej. Poza ogromnym poparciem lekarzy, jakie ja mam, mam poparcie Naczelnej Izby Lekarskiej na piśmie. Mam poparcie Zarządu Krajowego Związku Zawodowego Lekarzy, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Krakowie i masę innych pism. Próbowałem... Słucham? Tak, Kolegium Zakładów Lecznictwa Otwartego Kraków – przepraszam. Ja właśnie chcę przekonać lekarzy rodzinnych, że to nie jest zderzenie z medycyną rodzinną. Bardzo chcę, żebyśmy wiedzieli jedno – w podstawowej opiece medycznej brakuje lekarzy. I dlatego każdy wykształcony lekarz, który chce pracować w podstawowej opiece zdrowotnej, jest tam niezwykle potrzebny dla dobra chorych. Zatem to, o czym my mówimy, w żaden sposób nie uderza w medycynę rodzinną.

Ja szanuję medycynę rodzinną, współpracuję z lekarzami rodzinnymi, bywam na kongresach. Na Kongresie Lekarzy Rodzinnych we Wrocławiu, za właśnie tę współpracę, zostałem odznaczony nagrodą Hipokratesa. To świadczy o tym, że współpracujemy. I cała idea polega na współpracy dla dobra chorego, a nie na zderzaniu się i wycinaniu. To jest idea i wartość praktyczna. Dlatego ogromnie państwa proszę, żebyście to uwzględnili i w nowej ustawie pozostawili ten piąty punkt – lekarz internista będzie mógł pracować normalnie w podstawowej opiece zdrowotnej. To zgłosiliśmy już wczoraj.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

To bardzo dobrze. Bardzo proszę, panie doktorze.

Prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce Tomasz Tomasik:

Dziękuję uprzejmie. Tomasz Tomasik – przywołane przez pana profesora Imiele Kolegium Lekarzy Rodzinnych.

Proszę państwa, chciałbym odnieść się do kwestii specjalistów wąskich dziedzin, pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej. Oczywiście i pediatra, i internista, są przygotowywani do pracy w szpitalu. Przecież przez 5 lat...

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Jacek Imiela:

Nie. Absolutnie nie...

Prezes KLR w Polsce Tomasz Tomasik:

Tam jest całe szkolenie specjalizacyjne prowadzone...

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych Jacek Imiela:

To nie jest wąska dziedzina, a szeroka...

Prezes KLR w Polsce Tomasz Tomasik:

...a krótki czas w podstawowej opiece zdrowotnej. Chciałbym zwrócić uwagę na to, że lekarz rodzinny jest przygotowywany do sprawowania opieki całościowej, ciągłej, zorientowanej na pacjenta, niezależnej od wieku i płci pacjenta. To jest właśnie istotny element całościowej opieki, opieki holistycznej.

Oczywiście, prosiłbym, żeby przemyśleć ten argument merytoryczny, ale zwrócę także uwagę na pewne argumenty finansowe. Przecież specjalizacja z medycyny rodzinnej trwa 4 lata, a specjalizacja z interny i pediatrii trwa 5 lat. Pensja rezydenta miesięcznie wynosi brutto 3890 zł. W ciągu 12 miesięcy tego dłuższego szkolenia przygotowującego do pracy w szpitalu na internistów i pediatrów wydaje się ponad 46 tys. zł. Jeżeli więc chcemy mieć 20 tys. lekarzy w POZ, to jest to kwota o miliard złotych większa. Narzekamy, że brakuje pieniędzy w podstawowej opiece zdrowotnej, a kształcąc lekarzy specjalistów interny i pediatrii wydamy dokładnie 933 mln zł, czyli prawie miliard. W momencie, kiedy zostaną zwiększone pensje rezydentów do 5581 zł, jak jest w projekcie, to będzie inna kwota.

I na koniec, argument polityczny, którego jako lekarz praktyk nie stosuję, ale z uwagi na to, że jesteśmy w gmachu, gdzie głównie znajdują się politycy, chyba mogę go przytoczyć. Chyba nigdy nie oderwiemy się od tego postsowieckiego systemu ochrony zdrowia, gdzie podstawowa opieka zdrowotna była zapewniana przez internistę i pediatrę, jeżeli w dalszym ciągu będziemy wprowadzać takie poprawki, jakie wprowadziła pani premier 25 września, autopoprawką do niniejszej ustawy. Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Po kolei. Może jeszcze z tej strony. Pani doktor Janicka.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Dziękuję serdecznie, pani przewodnicząca. Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Panie ministrze, szanowni państwo posłowie, ja dzisiaj krótko, bo faktycznie było trochę uwag do ustawy i one pozostają do dalszych prac. Wnoszę dzisiaj jedną prośbę do państwa, o której już wspomniała pani poseł Gądek. Chcę uświadomić państwu, że ta ustawa nie zmienia zapisu innej ustawy, dotyczącego lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej. W dniu wczorajszym, na posiedzeniu podkomisji temat był szeroko omawiany, ale wygląda na to, że nie do końca. Chodzi o lekarzy, którzy w 2007 r., kiedy przedłużaliśmy prawa nabyte i możliwości leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej, nie mieli dziesięciu lat pracy. Są to lekarze, którzy przed 2007 r. mieli deklaracje, natomiast ich przedłużenie było możliwe do grudnia 2017 r. Dzisiaj jesteśmy w przededniu grudnia 2017 r. i ci lekarze, jeżeli w tej ustawie – a w końcu procedują państwo...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Bardzo proszę o wyciszenie rozmów. Tutaj jest mała sala, niesie echo i w tej części naprawdę ciężko cokolwiek usłyszeć, jeżeli państwo z lewej strony mówią, a pani doktor mówi do mikrofonu.

Prezes PPOZ Bożena Janicka:

Powtórzę. Na dzień dzisiejszy, jeżeli ta ustawa – a w końcu mówimy o ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej, czyli również o lekarzach i pielęgniarzach, którzy dzisiaj pracują w systemie – nie wniesie poprawki w zakresie tych lekarzy z roku 2007, to oni wypadają z systemu z dniem 1 stycznia 2018 r. Już doprecyzowaliśmy na spotkaniach z panem ministrem, że dotyczy to 1091 lekarzy. Taka liczba lekarzy mających deklaracje, czyli z listą aktywną, którzy byli przed rokiem 2007, nagle straci możliwość leczenia swoich pacjentów. Czyli, ci pacjenci zostaną bez opieki.

Czy on mogli zrobić coś więcej, czy nie, bo zarzuca się im, że nie zrobiono krótkiej ścieżki medycyny rodzinnej? Krótkiej ścieżki nie było, a medycyna rodzinna to mimo wszystko 4 lata. Biorąc pod uwagę, że są to chirurdzy, ortopedzi, laryngolodzy, którzy już od 20-30 lat pracują w podstawowej opiece zdrowotnej w różnej formie, to dzisiaj ich powrót do innego systemu, po pierwsze, jest nierealny, a po drugie, dlatego odbierać pacjentom ich lekarzy, u których złożyli deklaracje przed rokiem 2007.

Lekarzy nam brakuje. Ja dysponuję informacjami o sytuacji, jaką mamy chociażby w Margoninie – powiat chodzieski, gdzie lekarz zmarł i, niestety, od wielu miesięcy gmina poszukuje lekarza. Jako ciekawostkę powiem, że gmina chce zaoferować nawet dom do zamieszkania, żeby zechciał się zająć naszymi pacjentami. Dlatego apeluję do państwa, do ministerstwa, aby pozostawić ten tyś lekarzy do 2024 r. – tak jak inni mają prawo – żeby oni mogli leczyć. Może uda się cudem doksztalcić tylu lekarzy, bo kto ma ich dzisiaj zastąpić. 1091 lekarzy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Proszę bardzo.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej Agnieszka Jankowska-Zduńczyk:

Dziękuję za głos. Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, konsultant krajowy – medycyna rodzinna.

Proszę państwa, chciałabym się odnieść do kilku informacji, które tutaj padły, jednak trochę oderwanych od życia, w mojej świadomości. Po pierwsze, chciałabym powiedzieć pani poseł Hrynkiewicz, że lekarze rodzinni kształcą się, mają tytuły i dorobek naukowy, pani profesor. A ta ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę do mikrofonu, pani doktor...

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej Agnieszka Jankowska-Zduńczyk:

A ta ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej umożliwi ujednoczenie i ustrukturalizowanie prac naukowych w podstawowej opiece zdrowotnej, żeby one stanowiły podstawę i evidence-based medicine dla wszystkich innych dziedzin medycyny.

Druga rzecz. Jeśli chodzi o innych specjalistów w podstawowej opiece zdrowotnej, to chcę powiedzieć, że w POZ pracuje 33 tys. lekarzy, co stanowi ¼ wszystkich lekarzy w Polsce – ¼ udziela świadczeń w liczbie 150 mln porad rocznie. Z tych 33 tys. tylko 24 tys. lekarzy spełnia kryteria definicji lekarza w podstawowej opiece zdrowotnej, czyli ma prawo przyjmować deklaracje pacjentów, a pacjenci mają prawo wybierać lekarza spośród wszystkich, którzy udzielają świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

Lekarze w podstawowej opiece zdrowotnej mają obecnie różne specjalności – już to tu padło – i jest to pozostałość po systemie ochrony zdrowia, jaki był wcześniej. A 10 tys. lekarzy internistów, którzy nadal są w systemie, jako środowisko lekarzy rodzinnych wcale nie chcemy wyrzucić.

Pan profesor Imiela mówi o współpracy. Otóż, ta współpraca jest, ale interna i choroby wewnętrzne są tylko częścią problemów w podstawowej opiece zdrowotnej. Pacjent zgłasza się do nas z problemami chirurgicznymi, dermatologicznymi, okulistycznymi, laryngologicznymi i to wykracza poza kompetencje lekarza internisty. Tak samo pediatria jest częścią podstawowej opieki zdrowotnej. Jeżeli więc mówimy o świadczeniach pediatry w POZ, to nie da się tego nie widzieć i udawać tylko, że opieka nad dzieckiem w POZ stanowi całość podstawowej opieki zdrowotnej. Otóż, nie.

I ostatnia rzecz, którą chciałabym powiedzieć. To jest to, że w 2024 r. – tak jak powiedział pan przewodniczący, poseł Latos – wszyscy lekarze interniści i pediatrzy, którzy zdecydują się na rzeczywistą pracę w podstawowej opiece zdrowotnej, a nie na godzinę po dyżurze ani na dwie godziny po dyżurze, żeby zaopiekować się, wykonać zadania profilaktyczne, promocji zdrowia i pracować trochę w zespole z pielęgniarką i położną, i zbiorą deklaracje, pozwolą się wybrać swoim pacjentom, to spełnią kryteria definicji lekarza w podstawowej opiece zdrowotnej i nim zostaną. Zostaną dotąd, dopóki będą chcieli pracować.

Powiem tak. Strach ma wielkie oczy. Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej jest nam niezbędna do tego, żeby zrównać kwalifikacje lekarzy, uzupełnić je tam, gdzie ich brakuje, aby pacjent wchodząc do gabinetu lekarskiego dostawał taką samą usługę medyczną i żeby wiedział, że do lekarza w podstawowej opiece zdrowotnej może trafić z każdym problemem i ten problem będzie profesjonalnie – powiem brzydko – załatwiony.

I jeszcze jedna kwestia – jakości. Otóż, już w tej chwili 250 podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej uczestniczy w procesie akredytacji jakościowej. I odpowiadając

na pytanie – oczywiście, jeśli mogę – powiem jako praktyk. Obwieszczenie ministra zdrowia z 2011 r. mówi o standardach jakości pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, o jakości udzielanych świadczeń i 250 podmiotów w tej chwili poddaje się procesowi akredytacji jakości. Zależy nam na tym – wreszcie – żeby ta ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej pozwoliła lekarzom rodzinnym wykonywać to, co powinni robić – świadczenia profilaktyczne, promocję zdrowia, pracę w zespole, zapewnienie wszechstronnej, profesjonalnej opieki medycznej i pracy zespołowej – po to, żeby nie wydierać sobie kawałka świadczeń i nie dzielić pomiędzy różnych lekarzy i różnych innych pracowników w podstawowej opiece zdrowotnej problemów zdrowotnych jednego pacjenta.

I odpowiadam jeszcze pani poseł Chywickiej. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Przepraszam bardzo, pani doktor, ale pani nie ma odpowiadać posłom. Posłom będzie odpowiadać pan minister.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej Agnieszka Jankowska-Zduńczyk:

To odnoszę się do kwestii, która padła. Nie bardzo mogę się pogodzić z tym, że osoba starsza wymaga leczenia przez specjalistów tych wszystkich dziedzin, jakie tu padły. Lekarz rodzinny jest przygotowany do tego, żeby świadczyć wszechstronną opiekę zdrowotną i zawsze wtedy, kiedy wykracza to poza kompetencje lekarza rodzinnego, specjalisty medycyny rodzinnej, posiłkuje się konsultacją innych specjalistów w pracy zespołowej. Dziękuję.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Jeszcze pan z końca. Proszę bardzo.

Prawnik w Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych Wojciech Powroźnik:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, przedstawię się. Wojciech Powroźnik, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych.

Proszę państwa, chciałbym się odnieść do kwestii związanej z tytułem tej ustawy, ale też do rzeczy ważnej. Mianowicie, jeżeli ustawa mówi o tym, że chodzi o tak zwaną podstawową opiekę zdrowotną, to bardzo często na posiedzeniach Komisji Zdrowia pojawia się informacja odnosząca się do kwestii pewnych kosztów, że profilaktyka jest zawsze tańsza niż leczenie naprawcze. Jeżeli więc wychodzimy z założenia, proszę państwa, że profilaktyka jest tańsza, a więc niejako jest lepsza, to powinno to być także akcentowane w ustawie – co tu dzisiaj też padło – w pewnym zakresie jako fundamentalne, jeśli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną. Natomiast ta ustawa, w ocenie KIDL, nie zawiera mechanizmów wskazujących czy motywujących działania poszczególnych uczestników w zakresie profilaktycznym. Dlatego też, proszę państwa, wydaje się, że ustawa powinna odnosić się do kwestii związanych z odrębnym finansowaniem świadczeń diagnostycznych, co jest także akcentowane przez NIK. Dziękuję bardzo.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę, jeszcze pani.

Ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” Joanna Szelağ:

Dzień dobry państwu. Joanna Szelağ, Porozumienie Zielonogórskie. Chciałabym się odnieść do dyskusji na temat kwalifikacji lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej i tego, że ta ustawa ma jednak na celu uporządkowanie podstawowej opieki zdrowotnej, żeby w POZ pacjent rzeczywiście otrzymywał 80%, tak jak jest to założone w wielu innych systemach. Lekarze specjaliści medycyny rodzinnej są wszechstronnie wyszkoleni i przygotowani do tego, żeby rzeczywiście opiekować się pacjentem od urodzenia do jego śmierci. I takimi pacjentami się opiekujemy. Natomiast, nie rościmy sobie absolutnie uznania naszej nieomyślności we wszystkich dziedzinach. Jeżeli potrzebujemy takiej konsultacji, to pacjenta wysyłamy do konsultacji i takie, między innymi, jest założenie, że ma to być konsultacja i współpraca. Natomiast, zdajemy sobie sprawę z tego, że takie niedobory kadry, jakie są w tej chwili, są niemożliwe do zastąpienia poprzez specjalistów medycyny rodzinnej. Dlatego w ustawie zdecydowanie powinny być zachowane

prawa nabyte i ci, którzy rozpoczęli pracę w POZ – ale rzeczywiście pracę w POZ, a nie na godziny – powinni w niej pozostać. Nie zmienia to faktu, że lekarze specjaliści medycyny rodzinnej, specjalizacji takiej samej, jak wszystkie pozostałe specjalizacje w medycynie, są wszechstronnie wykształceni w swojej dziedzinie, jak również wszechstronnie przygotowani do prowadzenia badań naukowych, tak jak każdy inny lekarz. Tak jak każdy inny lekarz, pani profesor, ponieważ lekarze zdobywają tytuły naukowe również nie posiadając żadnej specjalizacji, a w trakcie specjalizacji, nabyliśmy takiej umiejętności wraz z samokształceniem.

I druga rzecz. Padła tu propozycja – oddzielny budżet na diagnostykę. Kiedyś wnosiliśmy o taki budżet. Kiedyś była mowa o tym, że chce się wydzielić z POZ 10%. Przeznaczamy na diagnostykę dużo więcej z naszych budżetów. Są na to dane i statystyki NFZ. W związku z tym, pytanie w zawieszeniu. Pewnie to nie jest kwestia lekarzy rodzinnych, którzy nie oszczędzają na diagnostyce, tylko opiekują się swoimi pacjentami zgodnie z medycyną opartą na faktach. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Po tej stronie stołu nie widzę więcej rąk w górze. Pan poseł chciałby jeszcze zadać pytanie.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, kiedy słuchałem tej dyskusji nasunęło mi się pytanie do pana ministra. Chciałbym zapytać, żebyśmy mieli pełną jasność, jak wygląda program specjalizacji z medycyny rodzinnej. Ile jest miesięcy bloków z różnych specjalności innych niż interna i pediatria? Myślę, że warto, abyśmy to sobie wszyscy uświadomili i mieli wiedzę na ten temat, bo chciałbym... Może zaczekam chwileczkę...

OK, ja nie widzę problemu, żeby minister pana upoważnił do przekazania informacji. Przecież taka forma jest jak najbardziej zrozumiała i dopuszczalna na posiedzeniu Komisji. Także ja myślę, żeby pan, po prostu był upoważniony przez pana ministra.

Skąd to moje pytanie? Dyskutujemy o skądinąd słusznych postulatach – czy pediatrów, czy internistów, czy lekarzy rodzinnych – natomiast, chciałbym wiedzieć, jak to będzie z przygotowaniem do pracy w POZ. Czy za lat 8, czyli po tych siedmiu latach – chciałbym, żebyśmy wszyscy mieli pełną jasność – sytuacja będzie taka, że jedni będą, być może niepotrzebnie... Być może w tej sytuacji trzeba zmienić tok specjalizacji z medycyny rodzinnej, ograniczyć wyłącznie do pediatrii i interny – mówię to nieco przewrotnie – i dać sobie spokój z resztą, skoro reszta – jakaś część – nie będzie później uczyć się tych innych rzeczy, ponieważ nawet kursy uzupełniające nie będą potrzebne. W związku z tym, chciałbym poznać informację na ten temat i dowiedzieć się, w takim razie, w jakim kierunku państwo chcą iść jako ministerstwo. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Myślałam, że pan poseł to wie.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja wiem, pani przewodnicząca, ale nie wiem, jak to wygląda w odniesieniu co do miesiąca. Nie mam stuprocentowej wiedzy w tej sprawie.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Jeszcze jeden głos. Proszę bardzo, panie pośle.

Poseł Krzysztof Ostrowski (PiS):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, co prawda już się wypowiadałem, ale chciałbym jeszcze jedną informację tu przedstawić. W trakcie dyskusji, ze strony lekarzy rodzinnych padło stwierdzenie, że na diagnostykę wykonywaną w POZ przeznaczana jest duża część budżetu, że państwo się starają i nie rozumieją problemu. Ja rozumiem lekarzy rodzinnych bo państwo jakby bronią obecnego status quo, ale prawda jest taka, że dopóki nie będzie wyodrębnione go budżetu na badania diagnostyczne, dopóki te badania będą kosztem niechcianym przez lekarzy POZ, dopóty pacjenci będą cierpieć i gospodarka na tym będzie tracić konkretne kwoty. Pani mówiła o procentach. Przedstawię procenty

z raportu NIK z sierpnia tego roku, to, jaki procent w POZ stanowią badania w świadczeniach medycznych. Według NIK, jest to 3,73%. To jest daleko do 10%. Dziękuję.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Już teraz pana czas, panie ministrze. Proszę bardzo o ustosunkowanie się do wszystkich zadanych pytań i wątpliwości.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Zbigniew Król:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej jest ustawą kluczową, fundamentalną dla systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju. Projekt przedłożony Wysokiej Komisji zawiera zapis wskazujący na pewnego rodzaju aktywności, które mają nastąpić. Biorąc pod uwagę stan obecny i problemy kadrowe, zakresy świadczeń realizowanych w ramach POZ, podjęliśmy decyzję, aby równoległe do funkcjonowania sieci szpitali określić również system opieki podstawowej.

Na podstawie wielu analiz, które były przeprowadzane i z doświadczeń innych krajów, wybraliśmy model medycyny rodzinnej, między innymi dlatego, że 25 lat temu zdecydowaliśmy się w Polsce na implementację lekarzy rodzinnych do tego systemu, a zaraz potem również pielęgniarek rodzinnych i położnych rodzinnych. To jest to, czego przez te 25 lat nie udało się spowodować. Sytuacja, jaka jest w tej chwili, plus te dyskusje, które toczyliśmy przynajmniej od czterech miesięcy o konkretnych zapisach konkretnych artykułów i negocjacje dotyczące właśnie wprowadzenia tego lub nie, świadczą o tym, że wprowadzanie medycyny rodzinnej od 25 lat nie do końca się powiodło.

Natomiast, odnośnie do konkretnych pytań, jestem przekonany, że ten projekt ustawy spowoduje taką zmianę, że każdy obywatel naszego kraju będzie mieć swojego lekarza. A ponieważ będzie to lekarz rodzinny, to w każdej rodzinie będzie lekarz, który zabezpieczy podstawowe problemy, jakie są.

Odnośnie do pytań dotyczących liczby lekarzy, szacujemy, że do 2025 r. wykształcimy 8 tys. lekarzy. Czy to jest dużo, czy mało, to pewnie każdy ma swoją opinię na ten temat. Niemniej jednak, kiedy już zaczęliśmy zajmować się tą ustawą i promować niektóre zapisy, okazało się, że w tej chwili pierwszy raz od wielu lat – przynajmniej ja pamiętam, że od piętnastu – liczba chętnych na rezydentury z medycyny rodzinnej przekroczyła liczbę miejsc. Nie dotyczy to żadnej innej specjalności medycznej. Jest to pewnego rodzaju sukces i uważam, że warto to podkreślać. Czyli, samo promowanie instytucji lekarza rodzinnego w systemie powoduje to, że zdecydowanie więcej młodych lekarzy stażystów wybiera tę specjalizację.

Odnośnie do kursów. Kursy dotyczą tych specjalistów, którzy pracują w POZ i mają uprawnienia do zbierania deklaracji, po to, żeby poszerzyć kompetencje związane z opieką w lecznictwie podstawowym. Tak więc, one są przygotowywane dla tych, którzy będą w tym systemie – jak było mówione – których prawa nabyte będą zagwarantowane.

Odnośnie do diagnostyki. Nie mamy żadnej specjalności w kraju, która określa pulę środków na diagnostykę. W szpitalach również nie odnosimy się do tego, że tyle i tyle musi być wydanych pieniędzy.

Odnośnie do liczby badań. Dane z ostatnich dziesięciu lat wskazują, że w 2006 r. było 68 mln badań. W tej chwili jest 108 mln. To jest przyrost, który przeczy tym danym, że lekarze pracujący w POZ ograniczają liczbę badań. Natomiast, jeżylibyśmy określili kwotę, za którą NFZ miałby płacić, to pewnie puścilibyśmy NFZ z torbami... Ale, w jakiej innej specjalności mamy tego typu sytuację? Proszę państwa, jeżeli lekarz – tutaj mamy lekarzy rodzinnych...

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę dać skończyć panu ministrowi.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Jeżeli lekarz do swojego procesu diagnostycznego potrzebuje określonego badania, to je wykona. Jeżeli to badanie jest niepotrzebne do podejmowania decyzji terapeutycznej, to go nie wykona. Każdy z lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu, niezależnie od specjalności, bierze odpowiedzialność za postępowanie diagnostyczno-te-

rapeutyczne z pacjentem. Tak samo lekarze rodzinni. To nie są osoby z przypadku ani takie, które zajmują się innymi działaniami niż opieka nad chorymi.

Odnosnie do pytań dotyczących edukacji i badań rozwojowych, to jest art. 15, gdzie osoby udzielające świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej mogą realizować programy edukacyjne i badawczo-rozwojowe. Pani dr Jankowska-Zduńczyk częściowo odpowiedziała na to pytanie. To są programy badawcze, które są przygotowywane... Proszę? Nie, to nie chodzi o firmy farmaceutyczne. Programy edukacyjne dotyczące pacjentów, czy programy edukacyjne dotyczące otyłości nie są prowadzone przez firmy farmaceutyczne. A jeśli chodzi o programy badawczo-rozwojowe, mamy mało takich prac w POZ. Mamy tutaj profesora Tomasika, który prowadzi takie badania. Może państwu przedstawić konkretne projekty badawcze, jeżeli będzie taka wola.

Jeśli chodzi o finansowanie za efekt terapeutyczny, chcemy poprowadzić tego typu finansowanie, żeby była nie tylko stawka kapitacyjna, która jest powszechnie krytykowana. Z jednej strony wskazuje się, że za dużo, z drugiej, że za mało, ale generalnie, jest to stawka za gotowość plus pewne działania. Jeżeli jednak tych działań nie stymulujemy innymi sposobami finansowania, to mamy sytuację, jaka jest w tej chwili.

Na świecie – jak obserwujemy systemy, gdzie pacjent jest zadeklarowany do konkretnego doktora – oprócz stawki kapitacyjnej, wchodzi w grę te trzy elementy finansowe. Przygotowaliśmy te trzy formy przyszłościowo. To nie jest tak, że w tym momencie jesteśmy gotowi. Niemniej jednak, żeby ustawa wskazywała określony kierunek, te sposoby finansowania również są wskazane.

Jaka jest korzyść dla pacjentów? Otóż, korzyść dla pacjenta jest taka, że ma swojego lekarza, który zajmuje się jego problemami zdrowotnymi. Padła tu wartość 80%. W tej chwili w POZ globalnie nie zajmujemy się 80-procentami świadczeń, które są realizowane. Są praktyki, gdzie zajmujemy się, a są praktyki, gdzie nie zajmujemy się, ale to jest właśnie ta korzyść niechodzenia do sześciu specjalistów co miesiąc, tylko bycia pod opieką jednego lekarza, który, jeżeli ma problem diagnostyczny czy terapeutyczny, zgłosi się po konsultację do konkretnego specjalisty, zgodnie z tym efektem, który chce uzyskać.

Nie bardzo zrozumiałem pytanie o monopolizowanie systemu. Ta ustawa odnosi się do szerokiej grupy praktyk, najczęściej indywidualnych lub grupowych...

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Mówiłam konkretnie o nocnej pomocy.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Nocna pomoc, to nie ta ustawa. W tej ustawie jest obowiązek poinformowania, gdzie pacjent może skorzystać z nocnej pomocy. Tutaj o monopolizowaniu mowy nie ma. Analizujemy system, który jest w Polsce od 1 października i tak dramatycznych uwag nie mamy. Jeżeli pani poseł ma jakieś dodatkowe informacje, to chętnie je usłyszę.

Finansowania dotyczy kilka elementów. Odnosnie do finansowania opieki podstawowej, chcemy utrzymać stawkę kapitacyjną w tym zakresie, jak w tej chwili, plus dodatkowe świadczenia, w ramach tych punktów, które były tu wskazane, a więc za część koordynacyjną, czyli poszerzenie zakresu świadczeń – tu jest szczególnie duże miejsce na różne badania diagnostyczne i konsultacje specjalistyczne – za efekt zadaniowy, poza tymi działaniami, w przypadku których pani poseł mówiła, że realizuje działania profilaktyczne, ale to nie jest powszechna norma funkcjonowania w POZ. Dlatego też chcemy przygotować takie programy, żeby rzeczywiście te świadczenia były realizowane i były na to środki. I wreszcie, za ten efekt – chcemy wprowadzać programy polityki zdrowotnej, które odnoszą się do pewnego efektu populacyjnego. POZ w systemie zespołu opieki podstawowej ma właśnie tę mikropopulację – lekarz rodzinny plus pielęgniarka rodzinna plus położna – dla której taki efekt zdrowotny w jednej czy większej liczbie praktyk jesteśmy w stanie określić, i mamy nadzieję uzyskać poprzez konkretne interwencje.

Porównywanie krajów – te 80%. My najczęściej porównujemy się z krajami, które mają zdecydowanie inne systemy. Ten system, który proponujemy w ramach tej ustawy, pochodzi z połączenia modeli: brytyjskiego, czy w zasadzie angielsko-walijskiego, duńskiego, holenderskiego, po części z uwzględnieniem rozwiązań funkcjonujących

w Australii. Generalnie opiera się na deklarowaniu, czyli deklaracji. Każdy z obywateli w kraju, każdy potencjalny pacjent deklaruje się do konkretnego lekarza i temu lekarzowi poświęca kwotę kapitacyjną. Natomiast lekarz, który przyjmuje tę deklarację, bierze na siebie odpowiedzialność za prowadzenie tego człowieka, głównie w zdrowiu. I to jest ta różnica pomiędzy specjalnościami, gdzie dotyczą one choroby.

Brak lekarzy. Tak jak było wskazywane, jest ogólny brak lekarzy. Niemniej jednak, w POZ pracuje ich 33 tys. Czy to mało, czy dużo? Jest to liczba jak każda inna. Można ją odnosić do liczby lekarzy w ogóle, czy do liczby zadeklarowanych pacjentów, ale mamy też sytuację taką, że tych lekarzy uprawnionych jest około 24 tys. W związku z tym, 34 mln Polaków zadeklarowanych u tych lekarzy to też jest kolejna liczba. Dla tych wszystkich ludzi chcemy spowodować – w tym efekcie za 7 lat – żeby takie deklaracje dotyczyły właśnie medycyny rodzinnej.

Odnośnie do kwot 8 mld zł i 3 md zł, nie umiem na to odpowiedzieć. Odpowiem pani poseł na piśmie. Ja ostatnie dni spędzam głównie w parlamencie, w związku z tym, na te pytania odpowiem na piśmie.

Natomiast, na pytanie dotyczące funkcjonowania pielęgniarek i położnych oraz lekarzy w tych zespołach, powiem, że w ustawie wpisujemy dowolność organizacyjną. Są konkretne punkty z konkretnymi rozwiązaniami, w jaki sposób można byłoby zorganizować ten zespół.

Badania diagnostyczne i koordynacja w ramach programu pilotażowego – to też pojawiło się kilka razy. Mimo tych enigmatycznych zapisów tej ustawy i samego programu – jak uważa część z państwa – do programu pilotażowego, gdzie miejsc jest około 45, zgłosiło się ponad 800 podmiotów leczniczych. Tyle jest wskazanych. Tak więc nie jest to taka sytuacja, że nie mamy tych miejsc. Przeciwnie, mamy zdecydowanie za dużo.

Odnośnie do GIODO, był proszony na każdym etapie procedowania tej ustawy i nie wniósł zastrzeżeń do ostatniej części... Oczywiście.

Monitorowanie jakości. Pani poseł mówiła o samokontroli. Proszę państwa, jakoś w opiece zdrowotnej, ale nie tylko w POZ, będzie głównie wtedy, kiedy będzie samokontrola, kiedy będziemy umieli stworzyć mechanizmy kontroli wewnętrznej. We wszystkich opracowaniach zajmujących się zarządzaniem jakością podaje się, że największa skuteczność jest wtedy, kiedy taka kontrola jest wewnętrzna.

Było pytanie dotyczące możliwości wprowadzenia opłaty za usługę. Proszę państwa, system by tego nie wytrzymał. Pani dr Jankowska-Zduńczyk podała liczbę porad wykonywanych w POZ. Gdybyśmy je wycenili, to prawdopodobnie za tę usługę płaćlibyśmy 3,5 zł, może troszkę więcej.

Osoba starsza i sześciu specjalistów. Ja mam to szczęście, że sam mam doskonałego lekarza rodzinnego. Moja 95-letnia babcia jest pod opieką lekarza rodzinnego i od siedmiu lat nie widziała żadnego innego specjalisty. Moi rodzice i osoby, które znam, z mojego otoczenia, również mają jednego lekarza i nie ma powodu, żeby wątpić w to, że lekarz rodzinny jest kompetentny, żeby zrealizować te zakresy.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam, proszę o ciszę na sali.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Pediatra do 18 roku życia – było pytanie pana posła. Pediatra może w zasadzie bez przeszkód założyć tę praktykę i ją prowadzić. Natomiast, dlaczego uniemożliwiamy to internistom. Tutaj odbyła się debata na ten temat. Nie wiem, czy ją powtarzać, ale chciałbym...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

My zawsze czytamy potem stenogramy.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Pani prezes Janicka kolejny raz zgłaszała konieczność uregulowania ustawy o świadczeniach, gdzie ustawodawca zdecydował się na wskazanie terminu do 31 grudnia 2017 r. na zakończenie tej pracy dla pracujących w POZ lekarzy o innych kwalifikacjach niż podane. To nie do końca wiąże się z tą ustawą, bo ona w ogóle nie była procedowana, żeby zabezpieczać ten zakres. Natomiast, uważam, że podobnie jak jest z 2025 r., powin-

niśmy w pewnym momencie określić, kiedy chcemy mieć medycynę rodzinną i lekarzy rodzinnych. Prawdopodobnie wówczas ustawodawca taką sugestią zagwarantował.

Profilaktyka versus diagnostyka. Mówię o budżetach zadaniowych. Tam, przy okazji programów profilaktycznych, możliwe są konkretne kwoty. Natomiast przypisywanie konkretnych kwot do stawki kapitacyjnej uważam za niestosowne, ponieważ to nigdy się nie sprawdziło. Jest bardzo różnie w różnych populacjach, które są zebrane na...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze. Szanowni państwo, proszę o ciszę na sali.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Było pytanie o program specjalizacji. W związku z tym, wyciągnąłem przebieg szkolenia. I tak, staż podstawowy w praktyce lekarza rodzinnego to 96 tygodni, staż kierunkowy do medycyny rodzinnej – 4 tygodnie, staż kierunkowy w ambulatorium lub oddziale chorób wewnętrznych – 21 tygodni, w oddziale chorób dzieci lub ambulatorium też 21 tygodni, staż kierunkowy w ambulatorium lub oddziale chirurgicznym – 3 tygodnie, w oddziale położniczo-ginekologicznym i poradni ginekologicznej 2 tygodnie. Kierunkowe staże fakultatywne – one są zgodne z określonymi wymogami specjalizacji, ale całego tego programu bym nie czytał, jeśli państwo pozwolą – 16 tygodni oraz kursy specjalizacyjne – 13 tygodni. To jest ogólny program specjalizacji, który pokazuje, że jednak mamy do czynienia z osobą, która jest wszechstronnie przygotowana, szczególnie w kierunkach ambulatoryjnych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Szanowni państwo... Bardzo proszę, panie ministrze. Ja chcę się tylko jeszcze utwierdzić, że rząd jest zdania, że interniści nie powinni mieć możliwości zakładania placówki POZ i przyjmowania w POZ. Chcę być tego pewny.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Panie pośle, są warunki. W związku z tym, nie chciałbym odpowiadać na tak zadane pytanie również taką odpowiedzią...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

A dlaczego?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

W roku 2025, kiedy uprawnienia dotyczące zbierania deklaracji pozostają w rękach lekarza rodzinnego, pielęgniarki rodzinnej, położnej rodzinnej oraz pediatry do 18 roku życia.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Do którego roku?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Do 18 roku życia.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Nie, do którego roku kalendarzowego. Jeszcze prościej zapytam. Czy pediatra, na podstawie tej ustawy, będzie mógł założyć placówkę POZ i prowadzić listę aktywną?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Tak. Założyć może zawsze. Kurs dotyczy tych specjalistów, którzy założą taką praktykę do 31 grudnia 2024 r.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

A co po 2024?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Pediatra z kursem oraz lekarz rodzinny po specjalizacji.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

To czy do 2024 r. internista może prowadzić listę aktywną, czy nie może.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Może, i również nabywa te prawa po 2025 r.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jak nabywa? Przecież właśnie go wykreślacie.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Nie. Internista, który w przyszłym roku założy praktykę, zbierze deklaracje, nawet założy praktykę w 2024 r. w październiku, nabywa prawa do prowadzenia działalności...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Po 2024 r. nie będzie mógł.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

W 2025 r., od 1 stycznia nie będzie mógł.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

I to jest opinia rządu.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Tak... Ten nowy. Ten stary, który założył w październiku, dalej będzie prowadzić.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy ktoś z państwa ma jeszcze jakieś uwagi?

Posel Elżbieta Radziszewska (PO):

A jak z płaceniem za specjalistów?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

To jest element pilotażu prowadzony przez NFZ. Tak więc, oddałbym głos panu dyrektorowi Dziełakowi, jeśli mogę.

Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia Dariusz Dziełak:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, w ramach planowanego pilotażu zakładamy – od razu wspomnę, że planowanych jest 45 miejsc udzielania świadczeń w całym kraju, we wszystkich oddziałach – że w każdym oddziale będzie to od dwóch do sześciu miejsc praktyk. Ze wstępnej preselekcji wynika – podkreślam, wstępnej – że mieliśmy 16 chętnych na jedno miejsce. Myślę więc, że nie będzie tu problemu.

Jednym z elementów tego pilotażu jest tak zwany model zarządzania chorobą przewlekłą. W ramach tego modelu, jeżeli pacjent zdecyduje się uczestniczyć w tym programie, czyli, tak naprawdę, zdecyduje się na rezygnację z części swoich kompetencji do swobodnego wyboru specjalisty, lekarz, który będzie koordynować jego leczenie przewlekłe, będzie miał z jednej strony dodatek kapitacyjny – podkreślam, dodatek. Natomiast, konsultacje specjalistyczne i wybrane badania specjalistyczne w ramach pilotażu będą finansowane za usługę ze środków NFZ.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Szanowni państwo. Przystępujemy... Jeszcze pan poseł...

Dyrektor departamentu NFZ Dariusz Dziełak:

Za jego pośrednictwem. Za pośrednictwem lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jeszcze pan poseł. Bardzo proszę. I kończymy dyskusję.

Posel Krzysztof Ostrowski (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Chciałbym, żeby jednak pewne rzeczy dobrze wybrzmiały, bo uważam je za bardzo ważne w tej ustawie.

Pierwsza rzecz, panie ministrze. Chcę powiedzieć, że ja pochodzę z Wielkopolski. Wielkopolska jest uznawana za region kraju, gdzie... Czy można prosić o uwagę?

Wielkopolska jest uznawana za region kraju, gdzie opieka medyczna jest dobrze zorganizowana. Tak ogólnie się uznaje i to pewnie jest prawda. W tej dobrze zorganizowanej Wielkopolsce lekarze rodzinni są tak obłożeni, że często pracują do godziny

15-16, nie mają czasu na szkolenia, nie mają czasu... Nie wiem, z czego państwo się śmieją. W moim rodzinnym mieście są ośrodki zdrowia – tak samo we Wrześni – gdzie wprowadza się numerki do lekarza rodzinnego. Myślę, że to nie jest akurat śmieszne, bo to jakby idzie w kierunku specjalistyki. Do lekarza, który ma być dostępny, jak się okazuje, są numerki.

Ta ustawa nakłada dodatkowe obowiązki na lekarza rodzinnego i to jest jasne. Cel jest słuszny...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle. Szanowni państwo, proszę o ciszę na sali. Czy państwo potrzebują przerwy? Państwo po prawej stronie! Pani doktor Janicka. Moja ulubiona pani doktor.

Proszę kontynuować, panie pośle, z cezurą czasową. Bardzo proszę zawęzić wypowiedź.

Poseł Krzysztof Ostrowski (PiS):

OK. Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Ta ustawa nakłada dodatkowe obowiązki na lekarza rodzinnego. To jest bardzo ambitny program i można z tym się zgodzić, natomiast chcę jeszcze raz podkreślić, że nie rozumiem tej sytuacji, kiedy – jeżeli tutaj padły liczby, że mamy w POZ 33 tys. lekarzy rodzinnych, z czego 2 tys. spełniają kryteria POZ – mamy 30 tys. którzy nie spełniają kryteriów. To nie tylko są interniści. To są jeszcze inni specjaliści. My tą ustawą zmuszamy ich do robienia jakichś dodatkowych kursów kwalifikacyjnych, czyli wymuszamy na nich nieobecność w pracy. A to nie jest tylko wymuszenie nieobecności w pracy, bo kolejki się wydłużają, a numerki staną się koniecznością. Naprawdę, radziłbym panu ministrowi, żeby państwo nad tym się zastanowili. Oczywiście przegłosować możemy wszystko – jest dyscyplina klubowa etc. – natomiast, to jest sprzeczne ze zdrowym rozsądkiem.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę przygotować karty do głosowania.

Poseł Krzysztof Ostrowski (PiS):

I chciałbym jeszcze jedną rzecz powiedzieć, i jeszcze raz podkreślić to, co mówiłem o diagnostyce. Panie ministrze, kiedy słuchałem pana wypowiedzi, to miałem wrażenie, że pan nie zrozumiał pytania. Pan mówił o tym, że pula na badania diagnostyczne nie jest wyodrębniona ani w POZ, ani w AOS czy w szpitalnictwie. Oczywiście, że nie jest, ale to jest zupełnie inna sytuacja. Dla dyrektora szpitala jest to koszt, ale dla niego to nie jest prywatny zysk. To jest zupełnie inna sytuacja. Mamy do czynienia z sytuacją taką, że często to badanie jest traktowane jako koszt, a nie instrument do osiągnięcia prawidłowej diagnozy.

Chcę tylko panu przeczytać zalecenia dla ministra zdrowia z sierpnia tego roku, z raportu NIK, która badała właśnie sytuację badań diagnostycznych w skali kraju. Wnioski do Ministra Zdrowia z raportu NIK. Wniosek pierwszy: „Przygotowanie rozwiązań systemowych, dotyczących diagnostyki laboratoryjnej, zapewniających optymalne wykorzystanie dostępnych badań i właściwe finansowanie, w szczególności do celów profilaktycznych w POZ”. Moje pytanie jest więc takie. Dlaczego, mając tak dobrą okazję, tego państwo nie przygotowali?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, oczywiście opinię Biura Analiz Sejmowych pan zna. Czy tak? Pierwszą stroną tej opinii. Ona miażdży ten projekt. Pani poseł Radziszewska, ale już naprawdę krótko, pani poseł Gądek i jedziemy...

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Ja bardzo krótko. Panie ministrze, bardzo proszę o dokładne dane na piśmie na temat lekarzy zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej. Pan mówi, że jest ich 33 tys., z czego 24 tys. to lekarze, którzy zbierają deklaracje. Proszę o informacje na temat tych, którzy zbierają deklaracje. Jaki jest podział – na lekarzy rodzinnych, pediatrów, internistów i inne specjalności po jedynce i dwojce. Przecież to państwo mają.

Dwa. Te osoby, które doraźnie pracują – to te 9 tys., które dają ostatecznie 33. Ci, którzy osobiście nie zbierają deklaracji, ale pracują w POZ. W jakim procencie są to emeryci,

w jakim dorabiający rezydenci, a w jakim lekarze innych specjalności, którzy dochodzą do POZ i świadczą usługi w ramach podstawowej opieki zdrowotnej? Proszę na piśmie, w tabelkach, aktualną wewnętrzną strukturę lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Gądek, proszę. Minuta.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo. Szanowny panie ministrze, po pierwsze, słyszałam część odpowiedzi odnośnie do lekarzy, którzy od 1 stycznia przyszłego roku tracą status lekarzy POZ. Ja wiem, że to niby nie było w intencji tej ustawy, ale to jest ponad 1100 lekarzy. Każdy z nich to 2 tys. pacjentów, jeśli chodzi o listę aktywną... A nawet, jeżeli tysiąc – mniejsza z tym – to jest to potężny problem w skali kraju. Teraz mamy mieć jasną deklarację, co dalej. To powinno być rozwiązane właśnie tu i teraz.

Kolejna sprawa. Właśnie dowiedzieliśmy się, że rezydenci odwiesili zawieszenie protestu i wznowili głodówkę, ponieważ premier waszego rządu dał im kolejny zespół i nic więcej. A ta ustawa, to kolejny, wielki koncert życzeń. Wszystkie głosy merytoryczne w zespole, którego spotkanie odbyło się przed posiedzeniem Komisji, mówiły o tym, że, aby ta ustawa miała sens, konieczne jest zapisanie przynajmniej ramowego finansowania. Dzisiaj ta ustawa to wielki koncert życzeń. Uważam, że do tak poważnej ustawy powinna być powołana specjalna podkomisja, a nie podkomisja stała i dzisiaj nie powinniśmy przyjmować sprawozdania w tej formie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję. Pan poseł Ruciński – ostatni mówca.

Poseł Marek Ruciński (N):

Panie przewodniczący, Szanowna Komisjo, panie ministrze, jako poseł i lekarz z Wielkopolski, chciałbym poprzeć wniosek pana posła Ostrowskiego w sprawie wyodrębnienia w tej ustawie pakietu na diagnostykę, bo jako szpitalnik byłem, jestem i prawdopodobnie będę świadkiem, że pacjenci będą odsyłani do izb przyjęć i SOR. Proszę więc o uwzględnienie tego wniosku. Dziękuję.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Szanowni państwo, drodzy koledzy, którzy ostatni zabierali głos, oczywiście, zapytajmy raz jeszcze pana ministra. Pan minister na posiedzeniu podkomisji zapewniał nas, że właśnie dzięki tej ustawie – bo przy konkretnym artykule była dyskusja – będzie przygotowane rozporządzenie mówiące o wydzieleniu pieniędzy na diagnostykę. Nie chcę odpowiadać w szczegółach za pana ministra, ale pan poseł Ruciński i pan poseł Ostrowski byli na posiedzeniu podkomisji i słyszeli to. Być może, trzeba to powtórzyć raz jeszcze, do którego artykułu będzie rozporządzenie i co ono będzie zawierać, jeżeli chodzi o wydzielenie środków, między innymi, na diagnostykę, bo to, między innymi, chcą państwo zmienić tą ustawą.

Poseł Krzysztof Ostrowski (PiS):

Panie przewodniczący, ale w tej ustawie tego nie ma, więc...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dobrze. Drodzy państwo...

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Drogi panie pośle, w większości ustaw nie można zapisać, że temu damy 5 zł, tu damy to, a tu taką pulę pieniędzy. Od tego są rozporządzenia i – jak rozumiem – zaraz usłyszymy, który artykuł odsyła do rozporządzeń...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, kończymy dyskusję...

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Wniosek formalny.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Wniosek formalny, pani poseł Radziszewska.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Ja, panie przewodniczący, chciałabym zgłosić wniosek formalny, ponieważ ustawa nie jest długa, ale pytań jest cała litania i – jak widać – nie na wszystkie można udzielić precyzyjnych odpowiedzi, a znaków zapytania coraz więcej. Mam ogromną prośbę – ponieważ to jest sprawa bardzo poważna, rzutująca na wiele lat organizacji podstawowej opieki zdrowotnej – żebyśmy dzisiaj tej ustawy nie przyjmowali. Prosiłabym, żeby nasza Komisja powołała specjalną podkomisję tylko na potrzeby tej ustawy, jak przy innych poważnych ustawach – specjalną podkomisję złożoną z osób, które są zainteresowane procedowaniem – i przekazała to sprawozdanie, by posłowie, ministerstwo i NFZ wspólnie dokonali takich zmian, żeby to nie budziło żadnych wątpliwości. I żeby nie nazywać tego ustawą tylko deklaracją dobrych chęci. Tylko, żeby ona rzeczywiście coś dobrego niosła i systematyzowała pozycję lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z zabezpieczeniem, i delegacje do rozporządzeń, jeśli nie można czegoś zapisać wprost w ustawie. I żeby to rzeczywiście nie budziło wątpliwości, że chociaż jednego lekarza, który dzisiaj przyjmuje pacjentów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, przepraszam. Proszę o ciszę na sali...

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

A wiadomo, że lekarzy na SOR najbardziej brakuje. Taki wniosek składam.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, przepraszam. Przerwywam. Przyjąłem wniosek formalny. Widzę zgłoszenie – prawdopodobnie wniosek przeciwny. Proszę o ciszę na sali. W innym przypadku przerwę prace Komisji. Pani poseł Hryniewicz. Czy wniosek przeciwny?

Poseł Józefa Hryniewicz (PiS):

Tak, panie przewodniczący. Zgłaszam wniosek przeciwny i wnoszę o przystąpienie do procedowania ustawy.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przystępujemy do głosowania przy pomocy kart. Kto jest za przyjęciem wniosku pani poseł Radziszewskiej o odesłanie projektu do podkomisji? Mówiłem 10 minut temu, że głosujemy przy pomocy kart.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania.

13 posłów za, 15 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Wniosek nie przeszedł. W związku z tym, nie ma powodu do głosowania nad wnioskiem przeciwnym.

Przystępujemy do pracy nad ustawą. Czy karty są przygotowane? Przystępujemy.

Tytuł ustawy. Czy ktoś wnosi uwagi? Biuro Legislacyjne. Gdzie siedzą przedstawiciele Biura Legislacyjnego, bo nie widzę? Tutaj. OK. Biuro Legislacyjne nie wnosi uwag. Jeśli nie ma uwag, to milczycie. To znaczy, mówicie, że nie macie uwag. Minister.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Nie mamy uwag.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie i panowie posłowie, przystępujemy do głosowania. Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania... Tytuł ustawy, pani poseł.

15 posłów za, 10 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Tytuł ustawy został przyjęty. Art. 1. Biuro Legislacyjne. Nie widzę zgłoszeń. Rząd. Nie widzę zgłoszeń. Panie i panowie posłowie. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania.

17 posłów za, 11 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Art. 1 przyjęty.

Art. 2. Biuro. Rząd. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Art. 2 – podaję wyniki głosowania.

18 posłów za, 10 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Art. 1 przyjęty.

Art. 3. Biuro. Rząd. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.
Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania.
17 posłów za, 11 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Art. 3 przyjęty.

Art. 4. Biuro. Nie widzę zgłoszeń. Rząd. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania.
16 posłów za, 11 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Art. 4 przyjęty.

Art. 5. Biuro. Nie widzę zgłoszeń. Rząd. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania.
16 posłów za, 11 przeciw, 1 osoba się wstrzymała. Artykuł został przyjęty. Art. 6...

Posel Elzbieta Radziszewska (PO):

Ja mam pytanie...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Radziszewska.

Posel Elzbieta Radziszewska (PO):

...przy art. 6. Panie ministrze, czy w kontekście dyskusji, jaka przetoczyła się dzisiaj na posiedzeniu Komisji, rząd planuje wnieść autopoprawkę, czy w trakcie drugiego czytania posłowie PiS wniosą poprawkę, do tego artykułu ustawy?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, ja mogę odpowiedzieć, że na pewno taka poprawka będzie wniesiona w drugim czytaniu. Przez nas. Rząd.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Nie planujemy wnieść poprawki.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Odpowiedzi udzielono. My planujemy. Tak więc, w drugim czytaniu będzie poprawka.

Art. 6. Czy ktoś jeszcze chciałby zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania.
16 posłów za, 12 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Art. 6 został przyjęty.

Art. 7. Rząd. Biuro. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania.
16 posłów za, 12 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Artykuł został przyjęty.

Art. 8. Biuro. Nie widzę zgłoszeń. Rząd. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania. 16 posłów za, 12 przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Art. 9. Biuro. Nie widzę zgłoszeń. Rząd. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania.
18 posłów za, 11 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Artykuł został przyjęty.

Art. 10. Biuro. Nie widzę zgłoszeń. Rząd. Nie widzę zgłoszeń. Pan poseł się zgłasza. Bardzo proszę.

Posel Pawel Skutecki (Kukiz15):

Mam pytanie do rządu w kontekście opinii GİODO. Czy rzeczywiście niezbędne i konieczne będzie posiadanie telefonu, dostępu do Internetu i konta mailowego, żeby zapisać się do POZ?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Odpowiedź? Nie ma odpowiedzi. Będzie na piśmie. Przystępujemy do głosowania. Art. 10.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania.
17 posłów za, 12 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Artykuł został przyjęty.

Mam pytanie do Biura Legislacyjnego. Czy tytuły rozdziałów muszą poddawać pod głosowanie, czy nie muszą?

Legislator Robert Durlik:

Nie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Nie muszą. „Jadę” artykułami.

Art. 11. Biuro. Nie widzę zgłoszeń. Rząd. Nie widzę zgłoszeń. Pytanie. Proszę.

Posel Elżbieta Radziszewska (PO):

Mam pytanie do pana ministra, ponieważ nie było na nie odpowiedzi. Czy pielęgniarka i położna POZ będą mogły w ramach skoordynowanej opieki podjąć współpracę z kilkoma podmiotami w podstawowej opiece zdrowotnej?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Odpowiedź była, i mogą podjąć taką współpracę.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Odpowiedź padła. Czy ktoś jeszcze ma jakieś pytania? Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania. Art. 11.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania.

17 posłów za, 12 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Artykuł został przyjęty.

Art. 12. Biuro. Nie widzę zgłoszeń. Rząd. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania.

17 posłów za, 11 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Artykuł został przyjęty.

Art. 13. Biuro. Nie widzę zgłoszeń. Rząd. Nie widzę zgłoszeń.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania.

16 posłów za, 11 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Artykuł został przyjęty.

Art. 14. Rząd. Biuro. Nie widzę zgłoszeń. Pani poseł.

Posel Elżbieta Radziszewska (PO):

Ja bym poprosiła NFZ – ponieważ pan minister pytanie na temat płacenia za usługi lekarzy specjalistów scedował na NFZ – o odpowiedź na piśmie, w jaki sposób ma praktycznie wyglądać płacenie w ramach skoordynowanej opieki za wizyty pacjenta u specjalistów.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Odpowiedź ma być na piśmie. Jeszcze pani poseł Gądek.

Posel Lidia Gądek (PO):

Czy z punktu widzenia ministerstwa koniecznie musi być zapis o wyznaczaniu koordynatora? To jest dodatkowe obciążenie dla małych palców POZ.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pan minister.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Poproszę NFZ o dwie odpowiedzi od razu.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę.

Dyrektor departamentu NFZ Dariusz Dziełak:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, ja chciałbym się odnieść do tej... Tak, ale jest pewien problem. To znaczy, NFZ jeszcze pilotażu nie prowadzi, jeszcze umowy z ministrem zdrowia nie podpisał. Trwają ustalenia ostatecznej wersji tego modelu. W związku z tym, odpowiedź będzie możliwa w momencie, kiedy zostanie to ostatecznie zamknięte. W tej chwili nie możemy przekazać informacji, w szczególności o konkretnych kwotach.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przystępujemy do głosowania nad art. 14. Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania.

17 posłów za, 12 przeciw, nikt się nie wstrzymał. Artykuł został przyjęty.

Art. 15. Biuro. Nie widzę zgłoszeń. Rząd. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania. 18 posłów za, 12 przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Art. 16. Biuro. Nie widzę zgłoszeń. Rząd. Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? 14 posłów za, 13 przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Art. 17. Biuro. Nie widzę zgłoszeń. Rząd. Nie widzę zgłoszeń. Pani poseł, proszę.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Było to już pięciokrotnie zgłaszane. Jak będzie wyglądać forma koordynacji z pielęgniarką szkolną, skoro w zespole są pielęgniarki środowiskowa i rodzinna, położna, natomiast nie ma pielęgniarki w miejscu wychowania i nauczania?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Minister.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

W tej chwili procedowana jest ustawa o medycynie szkolnej. Tam będą zawarte te regulacje.

Poseł Lidia Gądek (PO):

To powinno być raczej w tej.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

To nie jest w zespole POZ. Nie są jej przypisane określone zadania. W ustawie o medycynie szkolnej będzie to dokładnie uregulowane.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Art. 17. Przystępujemy do głosowania.

Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Podaję wyniki głosowania. 16 posłów za, 12 przeciw, nikt się nie wstrzymał.

Art. 18. Biuro. Rząd. Pan poseł.

Poseł Paweł Skutecki (Kukiz15):

Dziękuję. Panie ministrze, chciałbym się dowiedzieć, jakie organizacje i instytucje działające na rzecz zdrowia mają państwo na myśli w pkt 2. Mówimy tutaj o przekazywaniu takich informacji, jak sposób leczenia, ordynowane leki itd. To naprawdę są bardzo wrażliwe informacje, a państwo w tej ustawie chcą je przekazywać przez telefon, publicznie dostępnymi usługami telekomunikacyjnymi. Jakiego rodzaju? Czy pan minister zechce coś więcej powiedzieć? Czy będzie jakieś rozporządzenie, które pokaże, jakiego rodzaju informacje do jakiego rodzaju podmiotów będą trafiać – co najważniejsze – bez wiedzy i zgody pacjenta?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

To jest bardzo ważne pytanie. I nie ma delegacji do rozporządzenia, panie ministrze. Panie pośle. Pani poseł Gądek w międzyczasie.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Trochę dublujemy pytania. My jako lekarze rodzinni współpracujemy z tymi organizacjami, które są tu pokazane. Natomiast, myślę, że należy to uporządkować w konkretny sposób – jakie dane, w jaki sposób i dla kogo, bo te zapisy są zbyt szerokie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

To oczywiście. Panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Oczywiście, do tego będzie rozporządzenie...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

A gdzie jest delegacja do rozporządzenia? Gdzie jest napisane, że minister określi w drodze rozporządzenia?

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Ono już obowiązuje.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Co na to Biuro Legislacyjne?

Legislator Robert Durlik:

Panie przewodniczący, my dostrzegamy...

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Art. 13 ust. 4. Tak, dokładnie.

Legislator Robert Durlik:

Tak. Poza tym, mamy art. 21, który mówi, że szczegółowe zasady organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym przekazywania informacji o tym procesie, określa regulamin organizacyjny świadczeniodawcy.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czyli, sam świadczeniodawca sobie opisze...

Legislator Robert Durlik:

Tak zostało to zapisane.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czyli, odpowiedź brzmi, panie pośle, że właściciel placówki POZ opisze sam własnym regulaminem, z którą organizacją będzie współpracować i jakie dane będzie przekazywać przez telefon... Dlatego głosujemy przeciw, pani pośle.

Podsekretarz stanu w MZ Zbigniew Król:

Regulamin dotyczy pracy zespołów POZ. W ramach tego regulaminu jest ta informacja. Natomiast pomiędzy tymi instytucjami – jak mówiłem – jest art. 13 ust. 4, gdzie jest delegacja do rozporządzenia.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie przewodniczący, proszę o przerwę. Przerwywamy procedowanie ustawy, bo chcemy jeszcze kilka rzeczy wyjaśnić, które tu zostały poruszone...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czy to jest formalna prośba w imieniu klubu?

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przerywam posiedzenie Komisji.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę państwa, muszę zwołać posiedzenie z trzydniowym wyprzedzeniem...

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie. Przerwa to jest coś innego.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Tak, ma pan rację...

Posel Tomasz Latos (PiS):

Potencjalnie można jutro wrócić do procedowania...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Prezydium to ustali.

Posel Tomasz Latos (PiS):

Ustali to prezydium. Dokładnie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przerywam posiedzenie Komisji.