



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(1041)

131. posiedzenie
Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia
w dniu 9 grudnia 2003 r.

V kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja ministra zdrowia oraz prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o aktualnej sytuacji w systemie ochrony zdrowia z uwzględnieniem kontraktowania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w 2004 r.

(Początek posiedzenia o godzinie 14 minut 21)

(Posiedzeniu przewodniczy zastępca przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz)

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Rozpaczynam sto trzydzieste pierwsze posiedzenie senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

Porządek obrad obejmuje tylko jeden, ale o wielkim ciężarze gatunkowym punkt: informacja ministra zdrowia o aktualnej sytuacji w systemie ochrony zdrowia z uwzględnieniem kontraktowania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w 2004 r.

I od razu kieruję pytanie do obecnych senatorów, nie tylko do członków komisji: czy jest zgoda na to, by posiedzenie komisji w dniu dzisiejszym ograniczyło się tylko i wyłącznie do tego pierwszego punktu, czy też są propozycje uzupełnienia? Nie słyszę uwag, nikt nie ma chęci uzupełnienia, zatem skoncentrujemy się na informacji ministra zdrowia.

I teraz przychodzi miły dla mnie moment przywitania pań i panów senatorów, którzy zechcieli i przede wszystkim mogli wziąć udział w naszym dzisiejszym posiedzeniu. Witam też ministra zdrowia, pana Leszka Sikorskiego, wraz z zespołem osób mu towarzyszących, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pana Krzysztofa Panasa, również z kierownictwem Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam też naszych gości z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, z Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, z Porozumienia Zielonogórskiego – bardzo dziękuję, że zechciał pan doktor przyjąć zaproszenie.

Już nie będę odczytywała nazwisk wszystkich państwa, ale bardzo poproszę o to, by w trakcie dyskusji przedstawiać się imieniem i nazwiskiem, a wcześniej nacisnąć ten zielony przycisk na podstawie mikrofonu, ponieważ całe to posiedzenie jak zwykle jest dokumentowane.

Wśród nas jest również konsultant krajowy do spraw pielęgniarstwa rodzinnego oraz przedstawicielka Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce. Jeżeli kogoś z państwa pominęłam, to bardzo proszę wybaczyć.

Jest to takie posiedzenie komisji, które ma duży ładunek emocji, ponieważ nie minął jeszcze miesiąc, a właściwie, licząc z dokładnością matematyczną, minęły trzy tygodnie, od czasu kiedy w tej samej sali, tylko w większym składzie, spotkaliśmy się z panem ministrem, z panem prezesem Krzysztofem Panasem i dyskutowaliśmy...

Przepraszam, nie wymieniłam jeszcze pana profesora Stanisława Pużyńskiego, a bardzo się cieszę, że pan profesor zechciał przybyć. W trakcie posiedzenia poprosimy pana o wypowiedź, ponieważ 18 listopada padły konkretne zobowiązania, konkretne

obietnice pod pana adresem i chcielibyśmy wiedzieć, czy te nasze posiedzenia w ogóle mają sens i czy te obietnice nie są wekslem bez pokrycia.

Pamiętam, że podczas tamtego posiedzenia pani senator Olga Krzyżanowska bardzo dociekliwie i bardzo dobitnie pytała pana prezesa o szacunkowe dane dotyczące kontraktów w podstawowej opiece zdrowotnej. Wówczas, trzy dni przed terminem zakończenia naboru ofert, pan prezes Panas nie był w stanie udzielić tej informacji. Dzisiaj sytuacja związana z zapewnieniem w 2004r. podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce jest krytyczna, nawet jeżeli ten przymiotnik użyty jest na wyrost. Otóż, według moich informacji, 22% obywateli nie ma zapewnionej podstawowej opieki zdrowotnej, przy czym w różnych województwach różnie to wygląda – w Wielkopolsce jest to nawet 97%, na Dolnym Śląsku – 80%, a na Opolszczyźnie – 60%. W każdym razie ogromna liczba Polaków, którzy kiedyś dokonali wyboru lekarza, zawierzyli, zaufali, zapisali się, może nie mieć zapewnionej opieki zdrowotnej.

Przyczyny tego, iż zdecydowano się nie składać ofert do Narodowego Funduszu Zdrowia, są bardzo różne, mają różny ciężar gatunkowy. Powodem są między innymi złe ogólne warunki konkursu. Zapisy proponowanej umowy nierówno traktują strony mające zawrzeć umowę, dają panu prezesowi Panasowi prawo dyktatu, niemal pistolet do ręki, a lekarze podstawowej opieki zdrowotnej z podniesionymi rękami mogą jedynie odsunąć się od ściany. Tak to postrzegam, również jako pacjentka. Mamy do czynienia z narzucaniem świadczeniobiorcom nowego obligatoryjnego zakresu świadczeń, a więc opieki dwudziestoczterogodzinnej, medycyny szkolnej, profilaktyki, bez analizy możliwości realizacji tych nowych świadczeń. Chodzi mi tu też o nieuzasadnioną ingerencję w strukturę i sposób działania świadczeniodawców, czyli zakaz łączenia zadań pielęgniarzkich, w praktyce i środowisku, nakaz wydawania określonej ilości środków na diagnostykę, nadmierną sprawozdawczość, niedostateczne finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej itd.

To, co spowodowało, co było takim no już naprawdę ostatecznym powodem tego, że komisja jednogłośnie uznała, że niezwłocznie należy spotkać się z panami, to – oprócz gotowości pana ministra Sikorskiego do spotkania z nami, za co bardzo panu dziękuję – była wypowiedź pana prezesa Panasa. Otóż zapowiedział pan zawieranie umów w sprawie zapewnienia podstawowej opieki zdrowotnej ze szpitalami i innymi placówkami nieprzygotowanymi do takich świadczeń, czyli jednym słowem: medycyna wojenna. I będzie mógł pan prezes tutaj powiedzieć, że nie mam racji, że mówię nieprawdę albo że dziennikarze znowu nałgali, to się okaże po prostu w trakcie dyskusji. Wiem, że była grupa mediatorów i oni sami zdadzą sprawę z tego, czym zakończyły się mediacje u pana ministra.

Ja chciałabym teraz przytoczyć jeszcze tylko fragment listu senatora, członka naszej komisji, pana profesora Religi. Konflikt pomiędzy lekarzami rodzinnymi a narodowym funduszem to problem wykraczający poza wymiar normalnego w systemie demokratycznym sporu społecznego – pisze pan profesor. Obywatele mają prawo wiedzieć, jak i czy będą mogli się leczyć w przyszłym roku. Tymczasem instytucje odpowiedzialne za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli zdają się nie mieć świadomości zagrożeń, jakie powodują.

Ponieważ to nie mojego monologu będziecie państwo wysłuchiwać, bo nie w tym celu tu przyszliście, za moment poproszę pana ministra Sikorskiego o zabranie głosu, a w następnej kolejności pana prezesa Panasa. Każdy z uczestników dzisiejszego

posiedzenia, niezależnie od swojego statusu, senator czy gość, będzie miał prawo zabrać głos i wypowiedzieć się. To jest parlament, tu obrady są jawne i tu obowiązuje swoboda wypowiedzi.

Dzisiaj w samo południe – co jest dobre na tytuł filmu, ale niedobrze rokuje współpracy z komisją – otrzymaliśmy dokument z 5 grudnia 2003 r. dotyczący aktualnej sytuacji w systemie ochrony zdrowia. Siłą rzeczy nie wszyscy senatorowie zdążyli się zapoznać z tym dokumentem, niewątpliwie uczynią to nieco później.

A teraz udzielam głosu panu ministrowi, odciągając go w ten sposób od pani dyrektor Kłos.

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Nie uda się, Pani Senator.

Dziękuję bardzo.

Pani Senator! Szanowni Państwo!

Jeśli pani senator pozwoli, to streściłbym w pierwszej części tę informację, która dotarła do państwa z opóźnieniem, a więc to, co na sześciu stronach sygnowane jest jako aktualna sytuacja, bardziej sytuacja finansowa, narodowego funduszu i placówek ochrony zdrowia, głównie lecznictwa zamkniętego. Odniosę się tylko do najistotniejszych elementów. Później, jeśli pani senator pozwoli, odniosłbym się do pytań z ostatniej dyskusji i powiem o tym, o czym mówiliśmy, a więc o interesującej kwestii listy leków refundowanych, w tym problemie leków przy leczeniu schizofrenii. Powiem, na jakim to jest etapie, bo też w pewnym stopniu się zobowiązałem to zrobić. I trzecia część mojego wystąpienia miałaby charakter analizy obecnej sytuacji. Jeśli pani senator pozwoliłaby, to pan prezes przedstawiłby już aktualną sytuację dotyczącą kontraktowania, która w ostatnim czasie zmieniała się z godziny na godzinę. Niemniej wcześniej odniosę się do zasadniczych elementów sprawy.

Proszę państwa, nie wracając już do historii budowania planu Narodowego Funduszu Zdrowia, przypomnę tylko, że został on ogłoszony zarządzeniem ministra zdrowia z dnia 5 sierpnia i został podzielony na poszczególne oddziały narodowego funduszu. I tak, podam tylko kilka cyfr, przychody netto zostały ustalone na poziomie 28 miliardów 633 milionów zł, co stanowi 104,1% w stosunku do 2002 r. Koszty świadczeń zdrowotnych zostały ustalone na poziomie 28 miliardów 724 milionów zł. Przepraszam bardzo, ta informacja obejmuje jeszcze dane z tą pierwotną rezerwą w wysokości 692 milionów zł, która, jak państwo pamiętacie, na wniosek narodowego funduszu została ostatecznie zmieniona i ograniczona do kwoty nieco ponad 100 milionów zł.

Przewidywanie wykonania tego planu finansowego jest dzisiaj, w kontekście nadchodzących miesięcy, oczywiście mocno ograniczone, bo nie wiemy, jak dokładnie będzie realizowana składka, niemniej już w tej chwili możemy powiedzieć, jaki jest wynik finansowy netto narodowego funduszu. Przypomnę, że mimo zwiększonej o 0,25% składki kasy chorych zakończyły pierwszy kwartał stratą w wysokości 133 milionów zł, a narodowy funduszu za okres od kwietnia do października poniósł straty w wysokości 325 milionów 500 tysięcy zł. Główną przyczyną zaistniałej sytuacji jest niższy w stosunku do zaplanowanej składki na ubezpieczenia zdrowotne przychód, przychody zostały zrealizowane na niższym poziomie, a koszty finansowe były wyższe o 5 milionów 200 tysięcy zł od zaplanowanych. Ogólna strata Narodowego Funduszu Zdrowia na 31 października 2003 r. wynosi więc 1 miliard 297 milionów zł – oczywiście już po włączeniu tej straty kas chorych z

pierwszego kwartału – a przewidywana strata na 31 grudnia kształtuje się na poziomie 1 miliarda 500 milionów zł. Zobowiązania narodowego funduszu mamy obliczone na 30 września. Może nie będę o nich tak szczegółowo mówił, bo istotny jest ten element globalny, on stanowi o możliwościach finansowych, które są podstawą zawierania kontraktów ze świadczeniodawcami. To strona płatnika.

Muszę powiedzieć, że po stronie świadczeniodawców zostały zrealizowane ponadlimitowe świadczenia. Zgodnie z informacjami, które mam, wartość świadczeń od stycznia do września 2003 r. wykonanych przez świadczeniodawców ponad limit wynikający z kontraktu wynosi 682 miliony zł. Najwięcej ponadlimitowych świadczeń zdrowotnych zostało zrealizowanych w województwie małopolskim – za 106 milionów zł, w województwie mazowieckim – za 91 milionów zł, i w województwie wielkopolskim – za 77 milionów zł. Ze struktury kosztów świadczeń zdrowotnych zrealizowanych ponad limit wynika, że na koniec września 67% wartości tych świadczeń stanowiły świadczenia wykonane w leczeniu szpitalnym, a 13% w specjalistycznym leczeniu ambulatoryjnym.

Sytuacja finansowa samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej kształtuje się w ten sposób, że całkowite zadłużenie jednostek na 31 października wynosi plus minus 7 miliardów 604 miliony 481 tysięcy zł, w tym 4 miliardy 663 miliony 38 tysięcy zł stanowią zobowiązania wymagalne. Od kwietnia do października 2003 r. nastąpił przyrost zadłużenia, który się kształtuje na poziomie niecałych 8%.

Według podziału rodzajowego największy udział zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej stanowią zobowiązania wobec pracowników – to jest około 19% całości zobowiązań, czyli ponad 1 miliard 427 milionów zł. Dalej są zobowiązania publicznoprawne stanowiące około 25% całości zobowiązań, to jest około 1 miliarda 913 milionów zł. Zobowiązania z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych stanowią około 20% wartości zobowiązań, czyli 1 miliard 500 milionów zł. I pozostałe zobowiązania z tytułu prowadzenia działalności to jest 29% całości zobowiązań, czyli ponad 2 miliardy 170 milionów zł.

Gdybyśmy chcieli dokonać podziału terytorialnego, to największy udział w zobowiązaniach mają: województwo dolnośląskie z zadłużeniem 1 miliard 221 milionów zł, stanowi to 16% wszystkich zobowiązań w systemie, następnie województwo mazowieckie z zadłużeniem ponad 840 milionów zł, stanowi to 11% całości zobowiązań, i województwo łódzkie, zbliżona kwota – 819 milionów zł, co stanowi około 11% zobowiązań. Suma zobowiązań finansowych tych trzech województw stanowi więc 37% całkowitych zobowiązań, a suma zobowiązań następnych pięciu województw, pomorskiego, śląskiego, lubelskiego, lubuskiego i małopolskiego, stanowi około 30% kolejnych zadłużeń SPZOZ.

Gdybyśmy chcieli ocenić dynamikę przyrostu zadłużenia, to od kwietnia do października największy przyrost zobowiązań wystąpił w województwie pomorskim – o około 16%, w województwie kujawsko-pomorskim – 15%, i śląskim – około 13%, przy wspomnianym już wzroście ogólnym zadłużenia o około 8%. W poszczególnych kwartałach występowały duże różnice w przyroście zadłużenia w poszczególnych województwach; przyrost zadłużenia ogólnie w pierwszym kwartale wyniósł około 4,3%, a w drugim 4,6%.

Nie mogę nie wspomnieć o zajęciach komorniczych, ale podam już same liczby. Wartość zajęcia wierzytelności jednostek służby zdrowia wynosi ogółem 747 milionów zł, w stosunku do kwietnia 2003 r. wartość ta wzrosła o kolejne 279 milionów zł.

Najwięcej zajęć komorniczych jest oczywiście w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej i one stanowią 590 milionów zł.

Podsumowując plan finansowy narodowego funduszu na 2004 r., przypomnę, że przychody netto zostały ustalone na poziomie 30 miliardów 176 milionów zł, koszty świadczeń zdrowotnych zostały ustalone na poziomie 29 miliardów 172 milionów zł, stanowi to 101,6% w stosunku do 2003 r., a koszty administracyjne zostały ustalone na poziomie 319 milionów zł, czyli 100% w stosunku do roku 2003.

Pozwoli pani senator i państwo, że może pomnę, ponieważ jest to zawarte w dokumentach, takie szczegóły jak odpis aktualizujący składki, koszty poboru składki i te wszystkie elementy, które można przeczytać w planie finansowym.

Istotną rzeczą jest to, że następuje możliwość zwiększenia o 1,6% w stosunku do roku 2003, i tylko o 1,6%, wzrostu kosztów przeznaczonych na świadczenia zdrowotne i w związku z ujednoczeniem zasad...

(Brak nagrania)

...2 zł 82 gr. Jeśli chodzi o pozostałe rodzaje świadczeń, nadal występuje rozpiętość nakładów finansowych na jednego ubezpieczonego, choć w przypadku leczenia szpitalnego rozpiętość ta zmniejsza się ze 141 zł na jednego ubezpieczonego w 2003 r. do 86 zł planowanych w roku 2004.

Wzrosły istotnie koszty specjalistycznego leczenia ambulatoryjnego o 6,1% przy nieco mniejszym, spadku o 0,9%, finansowaniu podstawowej opieki zdrowotnej. Wynika to głównie z rezygnacji z fanholdingów w niektórych placówkach POZ, realizowanych w niektórych kasach chorych. Podobnie względny jest wzrost nakładów na leczenie psychiatryczne, to jest 27,5%, oraz rehabilitację leczniczą, to jest 57,9%. Wynika on raczej z uporządkowania i ujednoczenia klasyfikacji świadczeń, ich precyzyjniejszego podporządkowania do poszczególnych pozycji planu finansowego. Leczenie szpitalne, największa pozycja kosztowa, leczenie stomatologiczne i leczenie uzdrowiskowe będą na poziomie zbliżonym do tegorocznego, przy czym warto zauważyć, że w tym na opiekę długoterminową zwiększono nakłady o 4,9%.

W planie finansowym, co niestety mniej cieszy, założono również wzrost wydatków z tytułu refundacji leków o 5,43%. Sądzę jednak, że ta wysokość w nadchodzącym roku w związku z wejściem od 1 grudnia listy leków refundowanych obniży wydatki narodowego funduszu na refundację leków. Chcę powiedzieć, że intensywnie trwają prace nad kolejną listą leków refundowanych. Chcielibyśmy zgodnie z planem jeszcze w bieżącym roku wysłać tę listę do konsultacji i przedstawić, jakie się tam znajdują propozycje. W przyszłym tygodniu podejmiemy dyskusję na temat koncepcji i zasad wyboru nowych cząsteczek, bo chcielibyśmy na tę listę wprowadzić pierwszy raz pewne cząsteczki. Chcielibyśmy podjąć taką dyskusję, uwzględniając wcześniejsze postulaty na temat budowania listy leków refundowanych w sposób przejrzysty, transparentny, chcielibyśmy zastanowić się, na jaki manewr, jakiego rzędu, będziemy sobie mogli tu pozwolić. Nie ukrywam, że on będzie raczej miał charakter symboliczny, gdyż z naszych obserwacji wynika – nie wiem, czy pan prezes to potwierdzi – że wykupywanie leków spowodowało z całą pewnością zwiększone koszty refundacji, chodzi tu oczywiście o kupowanie na zapas, a to w którymś momencie się skończy. I być może będziemy mieli również oszczędności, bo ta refundacja powinna się zmniejszyć. Pamięamy jednak, że operujemy w takim obszarze finansowym, który przedstawiłem, w związku z tym nie ma szans na jakąś radykalną, szybką poprawę w tym zakresie.

W nawiązaniu do tych moich deklaracji chcę powiedzieć, że trwają intensywne rozmowy na temat tego, aby dokonać korekty dotyczącej dopuszczenia leków na schizofrenię. Nie chciałbym uprzedzać faktów, ale powiem, że jesteśmy na dobrej drodze, aby zrealizować tę naszą, moją deklarację i spełnić oczekiwania ze strony pacjentów. Zależy to od pewnych prawnych okoliczności – jesteśmy w trakcie ich ostatecznego wyjaśnienia. Jest to element konkurencji między firmami farmaceutycznymi, konkurencji, która tak czy inaczej, jako jeden z elementów, może doprowadzić do zasadniczego obniżenia cen leków i może wpływać na refundację leków i listę leków refundowanych.

I teraz, gdyby pani senator pozwoliła, odniósłbym się do tego, co w ostatnich tygodniach było przedmiotem wielu niepokojów, nerwów, przeżywamy to wszyscy do dziś. Do harmonogramu czy do tego kalendarza kontraktowania, który został przyjęty przez narodowy fundusz, przypomnę, od początku zgłaszane były wątpliwości, także ze strony środowiska. Chodziło nie tylko o deklaracje, ale i działania narodowego funduszu, które charakteryzowały się uchybieniami, błędami czy niedociągnięciami wskazywanymi wcześniej w katalogu świadczeń, jak również w niektórych zapisach umowy. Cały czas moją intencją było przedstawianie konieczności konsensusu w sprawie kontraktowania świadczeń i realizacji wcześniej przyjętego planu. Zmiana zasad kontraktowania, ujednoczenie zasad kontraktowania, ujednoczenie sposobu finansowania musi budzić i będzie budzić, szczególnie w pierwszym okresie, wątpliwości. Będzie to również wymagało analizowania miesiąc w miesiąc zaistniałej sytuacji, bardzo elastycznego, ale bardzo konkretnego reagowania na wszystkie odzewy ze strony środowiska i dopracowywania katalogu świadczeń.

Mówiłem również o historii, przygotowaniu katalogu świadczeń, o tym, że nie wszyscy wykonali tę pracę zgodnie z oczekiwaniami. Nie wskazuję konkretnie nikogo, ale rozkładałem odpowiedzialność na wszystkich, mówię o całym naszym środowisku medycznym. Mówię tu o sytuacji, która z powodów finansowych i organizacyjnych wymaga w ciągu najbliższych kilku miesięcy, użyłem tego określenia, skalowania liczników, pokazywania, jak te katalogi mają się do środków, które będzie otrzymywała ta czy inna jednostka. Chyba wszyscy jesteśmy zgodni co do tego, że w interesie ubezpieczonych i nas wszystkich jest to, żeby fundusz płacił za faktycznie wykonywane świadczenia w ramach swoich możliwości finansowych, a przy tym, żeby standard świadczeń, który chcemy proponować jako świadczeniodawcy, również był adekwatny do realiów finansowych – w przeciwnym razie będą rozwierały się te nożyce finansowe albo po stronie narodowego funduszu, albo po stronie świadczeniodawców. Zarówno jedna, jak i druga sytuacja, z punktu widzenia finansów publicznych, jest nie do zaakceptowania.

Apelowałem w związku z tym wielokrotnie, temu służyły moje pobyty w różnych miejscach kraju, wystąpienia i prośby, aby nie bojkotować konkursu, aby przystąpić do tego konkursu, aby w protokołach rozbieżności ustalać to, co w przyszłości wielokrotnie było ustalane i z różnym skutkiem... To sprawia największy ból, brakuje tutaj pełnego zaufania, że będzie wola i możliwość dokonywania w trakcie roku zmian. Chodzi o to, żeby właśnie w ten sposób podejść, bo mamy dosyć innych problemów – czeka nas restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej i po przyjęciu, mam nadzieję, przez parlament ustawy czeka nas zmiana w zakresie funkcjonowania szpitali. Wcześniej czekają nas konieczne restrukturyzacje zobowiązań, zbędne jest więc powodowanie niepokoju, trudności, wątpliwości, kłopotów organizacyjnych i finansowych. A dla ubezpieczonych, tak naprawdę, nie powinno to być problemem, nie mówiąc o dodatkowym obciążeniu stresem czy obawami dotyczącymi zapewnienia świadczeń zdrowotnych.

Niestety, z różnych powodów stało się tak, jak się stało, a więc część świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej postanowiło nie przystąpić do tego konkursu. Ja powtórzę to, co publicznie mówiłem: uważam to działanie za nieroztropne. A to z dwóch powodów: po pierwsze, jako lekarze mający pod swoją opieką określoną grupę pacjentów, którzy zapisali się na ich listę aktywną, powinni czuć się zobowiązani do bycia dla tych pacjentów lekarzami rodzinnymi, a po drugie, jako przedsiębiorcy, na tym etapie odcięli sobie drogę do prowadzenia dalszego etapu kontraktowania świadczeń. Przypomnę, że zdecydowana większość opowiedziała się za przystąpieniem do konkursu ofert, mimo pełnej świadomości, że nie akceptuje niektórych rozwiązań czy wręcz je neguje.

W toku postępowania wielokrotnie analizowałem tę sprawę i rozmawiałem z panem prezesem na temat przebiegu kontraktowania. Została przyjęta linia, aby krok po kroku realizować to, co jest zapisane w ustawie, a więc kontraktowanie z tymi, którzy się zgłosili do konkursu, i prowadzenie negocjacji z tymi, którzy do tego konkursu przystąpili. I na tym etapie ta linia była możliwa do zaproponowania. Niemniej dobrze się stało, że przynajmniej w niektórych województwach, według moich informacji, zakończy się etap negocjacji z tymi świadczeniodawcami, którzy zgłosili się do konkursu, i otwiera się nowa możliwość. Ja już wczoraj o tym mówiłem, po uzyskaniu informacji od pana prezesa, i zachęcałbym do dalszego spokojnego działania, mimo iż wszyscy się denerwujemy tą sytuacją, mamy pełną świadomość obaw środowiska i pacjentów i tego, że nadchodzą święta i chętnie bylibyśmy dzisiaj już po zakończonym konkursie. Ale jest tak, jak jest. Nadal można wybrnąć z tej trudnej sytuacji, nadal mogą się zgłosić na tych samych warunkach świadczeniodawcy, którzy do tej pory sami z tego się wykluczyli. Jestem o tym przekonany i sądzę, że pan prezes to za chwilę potwierdzi, że istnieje możliwość zamknięcia tego konkursu, zgodnie z procedurami, zgodnie z oczekiwaniami pacjentów, co nie oznacza, że w nadchodzących miesiącach będziemy mieli łatwą sytuację. Jedynym ułatwieniem dla nas jest to, że mamy te 1,54% środków więcej niż w ubiegłym roku. Ale można powiedzieć, że jest to niewiele więcej czy tyle samo ile w roku bieżącym, bo przecież dochodzą nowe świadczenia, które fundusz też będzie chciał wykupić i pokryć.

Czeka nas bardzo intensywna praca, miesiąc w miesiąc analizowanie tego, co będzie spływało z kontraktowanych placówek, badanie i poprawianie katalogu świadczeń, co zapowiedział pan prezes na wcześniejszych spotkaniach, bardzo intensywne rozmowy z całym środowiskiem. Ja odbyłem takie w ubiegłym tygodniu w piątek ze środowiskiem onkologów dziecięcych, którzy wskazali na konieczne zmiany w systemie kontraktowania – na pewno w ciągu najbliższych miesięcy będzie musiało być to dopracowywane. Ale jestem przekonany, że jest to możliwe, jeżeli będzie wola ze strony nas wszystkich.

Na koniec powiem, trochę w innym tonie niż dotychczas, tym koncyliacyjnym, że niedobrze się stało, że w tym czasie atmosfera była nieco nerwowa i często jeszcze podgrzewana stanowiskami nie do końca dla mnie do zaakceptowania, myślę, że państwo wiecie, o czym mówię – o stanowisku Wielkopolskiej Izby Lekarskiej. W tym przypadku jest mi więc podwójnie przykro.

Chcę podziękować wszystkim tym, którzy na tym etapie występowali z propozycjami łagodzenia atmosfery, w tym również do panów senatorów, do środowiska, które podchodziło z zaniepokojeniem, z obawami, ale nie wzbudzało kolejnych napęć. I myślę, że etap, na którym jesteśmy, pozwoli przeprowadzić wszystkie procedury.

I teraz chciałbym poprosić, aby pani senator zgodziła się, żeby uzupełnił moja wypowiedź pan prezes.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Poproszę mikrofon dla pana prezesa, bo tutaj mamy jeszcze wolne...

Jestem bardzo zaciekawiona, jak my wszyscy, czy ta koncyliacyjna postawa i zgoda na późniejsze, bo po terminie, zawieranie kontraktów... Ale zawieranie na pana warunkach czy też na obustronnie uzgodnionych?

Bardzo proszę. Przepraszam za ten przytyk, ale chyba nie naruszyłam pańskiej nietykalności, Panie Prezesie. Bardzo proszę.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas:

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Może tylko parę słów uzupełnienia do tego, o czym mówił pan minister, a właściwie wszystko zostało powiedziane, jeśli chodzi o pewną politykę.

21 listopada upłynął termin składania ofert na świadczenia zdrowotne. W ciągu następnych pięciu dni było otwieranie ofert, a więc 25 listopada zostały otwarte oferty, a okres między 25 listopada a 29 grudnia to czas na negocjacje i zawieranie kontraktów.

To, co zrobił, robi i będzie robił narodowy fundusz, to postępowanie w konkursie ofert podyktowane ustawą o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Na początku więc, na pierwszym etapie, który wzbudził tyle emocji, mieliśmy do czynienia z oceną tego, co powinien zrobić narodowy fundusz. Narodowy fundusz, zgodnie z ustawą, przyjął oferty, rozpoczął negocjacje, praktycznie rzecz biorąc, 2, 3 grudnia, bo tyle trwała ocena ofert, powiedzmy sobie, ocena zgodności, czy są to oferty prawidłowe, nieprawidłowe, a krótko mówiąc: wszedł w fazę negocjacji. Ustawa o narodowym funduszu mówi wyraźnie: narodowy fundusz może negocjować tylko z tymi, którzy złożyli oferty dotyczące świadczeń zdrowotnych. I tutaj nie było ze strony narodowego funduszu ani złej woli, ani niechęci, ani celowej próby pozbawienia możliwości wykonywania świadczeń POZ przez lekarzy rodzinnych, nie było też nawet próby oddziaływania na kształt, model medycyny rodzinnej. Narodowy fundusz jest instytucją, która nie zajmuje się polityką zdrowotną, narodowy fundusz jest od tego, aby kupić świadczenie zdrowotne od tych, którzy złożyli ofertę.

Zamknęliśmy etap negocjacji dopiero w jednym oddziale narodowego funduszu – w zakresie POZ, bo o tym rozmawiamy i to, rozumiem, najbardziej interesuje komisję. W piątek wieczorem zostały zamknięte negocjacje w oddziale opolskim narodowego funduszu. Wczoraj odebraliśmy sprawozdanie od dyrektora z przebiegu negocjacji i ocenę, na ile negocjacje pozwoliły zagwarantować świadczenia zdrowotne w oddziale opolskim – jest to 1/3 potrzeb oddziału opolskiego w zakresie POZ. Sytuacja, jaka pojawiła się w Opolu, jest o tyle dobrym przykładem w kontekście dzisiejszych rozmów, że będzie w jakimś sensie powtarzała się w innych oddziałach. Dyrektor oddziału wystąpił z wnioskiem o umożliwienie mu wprowadzenia postępowania dodatkowego. Postępowanie dodatkowe jest postępowaniem ustawowym, które może przebiegać zgodnie z dwoma formułami: na drodze rokowań, czyli w określonych warunkach wprowadzamy rokowania, i na drodze postępowania konkursowego, a więc ogłoszony byłby konkurs uzupełniający. Ta sytuacja, która jest, podstawowej opieki zdrowotnej będzie, mam wrażenie, dosyć mocno akcentowana, ale chcę wyraźnie podkreślić: postępowanie dodatkowe może być wprowadzone tylko wówczas, jeżeli za-

mknięty jest etap negocjacji. Trwa okres siedmiu dni na składanie protestów, odwołań, ale on już nie wpływa na kolejny etap, który, mimo tego okresu, może być wprowadzany. Na czym polega różnica? Rokowania polegają na tym, że oddział zaprasza oferentów do rokowań, jest siedem dni na złożenie ofert i potem odbywają się rokowania oraz podpisywanie kontraktów. Zaś kiedy jest ogłaszane postępowanie dodatkowe w formie konkursu uzupełniającego, nazwijmy go w ten sposób, wówczas potrzebnych jest czternaście dni od daty ogłoszenia na to, żeby zebrać oferty. Tutaj oczywiście będzie się liczył czas. Mówiliśmy o tym, że chcemy zawrzeć kontrakty do 29 grudnia, dlatego rokowania, które zostały podjęte w Opolu, są dobrym rozwiązaniem.

Być może to rozwiązanie będzie przyjęte w innych oddziałach, ale dzisiaj możemy mówić tylko o oddziale opolskim. Do momentu naszego wyjścia z narodowego funduszu nie było informacji, że gdziekolwiek zamknięte zostały negocjacje. Spodziewamy się jednak, że w paru oddziałach etap negocjacji zostanie zamknięty do czwartku, bo akurat w czwartek jest spotkanie z dyrektorami oddziałów wojewódzkich – myślę, że będziemy mieli pisemne sprawozdania.

Chciałbym wyraźnie podkreślić, że to, co robił i będzie robił narodowy fundusz, jest i będzie zgodne z prawem. Wszystkie emocje, które były, były wywołane jak gdyby wbrew ustawie, bo wystarczyło tę ustawę przeczytać i zobaczyć, jakie mogą być ewentualne zachowania narodowego funduszu w poszczególnych sytuacjach.

Chciałbym się odnieść do tego, o czym już dzisiaj wiemy, że budzi najwięcej emocji, a mianowicie: opieka dwudziestoczerogodzinna w formie opieki stacjonarnej i w formie opieki wyjazdowej. Proszę państwa, opieka stacjonarna, zdaje się, nie jest problemem, dlatego że na szesnaście województw funkcjonuje w czternastu, a w tych dwóch województwach, w których nie funkcjonuje, nie ma protestów, żeby jej nie organizować. Problem jest z opieką wyjazdową. Bardzo państwa przepraszam, ale obwinianie narodowego funduszu o taką czy inną formę organizacji, chęci czy niechęci opieki wyjazdowej jest bezzasadne, bo to wynika także z ustawy o narodowym funduszu. Od 1 stycznia jest ustawowy obowiązek wprowadzenia nocnej opieki wyjazdowej na terenie całej Polski. Notabene zanim został ogłoszony konkurs w siedmiu województwach, na szesnaście województw, opieka w formie wyjazdowej funkcjonowała. Te emocje sięgnęły zenitu w dniu wczorajszym, bo na podstawie informacji wysłanych z palca zaczęto oceniać, jak to będzie wyglądało. Nasza ocena jest taka, że do stanów nagłych, do wypadków wyjeżdża pogotowie, a do pozostałych przypadków wyjeżdża lekarz. I może rzeczywiście źle się stało, że nie ma odpowiednich dokumentów wykonawczych do ustawy dotyczącej nocnej pomocy wyjazdowej, ale myślę, że minister to uzupełni, bo odbywają się teraz na ten temat rozmowy.

W jakiej formie my ze swojej strony możemy przyjąć wykonanie tego punktu ustawy? Przede wszystkim, rzeczywiście, może to być lekarz, który będzie wykonywał tę formę opieki, mogą być to lekarze dyżurni na terenie danego powiatu, którzy wykonują to świadczenie na rzecz pacjentów innych lekarzy, może być to zadanie, które zostanie zlecone instytucji takiej jak pogotowie, i wreszcie może to być taka formuła – takie na przykład sugestie dotarły do nas z województwa opolskiego, pytano, czy narodowy fundusz przyjmie taką formułę – że zostaną zorganizowane przez lekarzy POZ zespoły wyjazdowe do stacjonarnej opieki nocnej.

Chciałbym się odnieść także do tych słów, które zostały przypisane narodowemu funduszowi. Chcę kategorycznie powiedzieć, że narodowy fundusz nie sądził, nie

sądzi i nie będzie nigdy w tym kierunku szedł, że pacjent powinien płacić za jakiegokolwiek świadczenie zdrowotne wykonywane przez pogotowie. I to nie do narodowego funduszu należy określanie, za co pacjent będzie płacił czy też nie będzie płacił. Narodowy fundusz tego nie określa. Takie stanowisko narodowego funduszu było i jest. Awantura o odpłatność w pogotowiu jest awanturą sztuczną, na pewno niewynikającą z faktu, że narodowy fundusz chce pobierać opłaty za tę usługę czy za to świadczenie.

Chciałbym powiedzieć, że zgodnie z formułą rokowań obowiązują warunki pierwszego etapu, a więc warunki z negocjacji. Chcę wyraźnie podkreślić, że będziemy słać oferty do wszystkich świadczeniodawców, ale rozmawiać będziemy tylko z tymi, którzy oferty złożą – nie ma takiej możliwości, żeby rozmawiać z kimś, kto oferty nie złoży. Rzeczywiście jednak chcemy iść drogą rokowań. To jest dosyć krótki czas, siedem dni, nie chcemy tracić tego czasu, a z kolei sądzimy, że ci, którzy chcą złożyć oferty, te oferty mają przygotowane. W Opolu odbyło się to w ten sposób, że została wywieziona lista tych, do których zwróci się z propozycją dyrektor oddziału opolskiego. I chcę wyraźnie podkreślić, że nie będzie ani gorszych warunków, ani lepszych, warunki będą takie jak na pierwszym etapie, a więc w momencie składania ofert, ponieważ narodowego funduszu najzwyczajniej finansowo nie stać na inne rozwiązania finansowe.

Ta sprawa budzi najwięcej emocji – poza stawkami, bo wiadomo, że stawki budziły i będą budziły emocje. Chciałbym jednak powtórzyć: myśmy podeszli do tematu tak, że wyliczyliśmy, co możemy dać maksymalnie, biorąc pod uwagę plan finansowy, który zmienił minister zdrowia, a więc już z tą minimalną rezerwą. I mając pełną świadomość tego, że można się do tych stawek odnieść różnie, trzeba powiedzieć, że narodowego funduszu nie stać na wyższe stawki, po prostu nie stać. Nie ma skąd wziąć pieniędzy, aby podwyższyć stawki. Zakładamy – i o tym mówimy – że plan finansowy został ułożony w tym momencie, a przecież nie wiemy nawet, jaka będzie składka w grudniu – być może będzie dobra, są takie przesłanki. Nie wiemy, jak będą wyglądały składki w przyszłym roku – jest wzrost gospodarczy... I my mówimy o tym, że plan finansowy narodowego funduszu nie jest wyrzeźbiony w granicie i będzie zmieniany w zależności od możliwości finansowych.

Teraz chciałbym się odnieść do tego, co można byłoby określić jako: rozmawiamy – nie rozmawiamy, negocjujemy – nie negocjujemy. W tej sytuacji narodowy fundusz nie mógłby podjąć jakichkolwiek rozmów, bo nie było w ogóle takiej potrzeby. Narodowy fundusz ogłosił warunki, przystąpił do realizacji ustawy, a rozmowa z tymi, którzy nie złożyli ofert, jeszcze raz to podkreślam, była niemożliwa z prawnego punktu widzenia. I oferta, żeby narodowy fundusz rozmawiał z porozumieniami, które nie są świadczeniodawcami, była nie do przyjęcia. Narodowy fundusz rozmawia i będzie rozmawiał, oczywiście w zakresie kontraktów, ze świadczeniodawcami. Rozmowy na te tematy trwały – mogę nawet powiedzieć, że wczoraj jeszcze zastanawialiśmy się z senatorami, jak to wszystko będzie wyglądało. I to jest jedna kwestia.

Druga kwestia dotyczy tego, że nie ma pełnego, że tak powiem, zabezpieczenia ofertowego POZ w 24% powiatów, to jest w osiemdziesięciu dziewięciu powiatach. Ta sytuacja wygląda różnie w różnych powiatach – tym gorzej, im bardziej sprywatyzowana POZ. Dochodzi i do takich sytuacji jak na przykład w województwie wielkopolskim, gdzie 35% powiatów ma niepełne oferty, w tym siedemnaście w ogóle nie ma ofert na POZ. Więc chcę wyraźnie powiedzieć, że na mapie Polski pojawiają się takie miejsca, gdzie oddziały będą miały możliwość wyboru – i nawet podejrzewam, że nie będzie możliwości zakon-

traktowania świadczeń ze wszystkimi, bo jest więcej oferentów niż potrzeb; są cztery województwa, w tym zachodniopomorskie i łódzkie, gdzie oddział będzie musiał wybierać z ofert na POZ, ponieważ ofert jest więcej niż potrzeb. Najgorsza sytuacja jest rzeczywiście w Wielkopolsce, mamy tam bowiem dzisiaj zabezpieczenie wprowadzić nie 10%, Pani Senator, ale 20% – wczoraj odbyły się rozmowy – gdyby więc bawić się statystyką, można by powiedzieć, że jest to kolosalny wzrost. Ale problem się nie zmienił. W związku z tym czekamy na zakończenie negocjacji w innych oddziałach. I mniej więcej ten pomysł, który sprawdza się w przypadku opolskiego, będzie realizowany w innych oddziałach. Ale chcę wyraźnie powiedzieć, że warunki się nie zmieniają i będziemy rozmawiali z tymi, którzy złożą oferty – a więc to się powtarza z pierwszego etapu – po prostu takie jest prawo.

Co do dyktatu, o którym mówiła pani przewodnicząca, chcę powiedzieć, że chyba się trochę zmieniło, bo o tym dyktacie już nawet nigdzie nie czytam. Przez ten miesiąc czy półtora, kiedy można było zmieniać, zostały zmienione warunki, to, co można było wyrzucić, co było ograniczeniem, jakimś hamulcem, zostało wyrzucone. Może rzeczywiście trzeba było wyrzucić więcej, ale nie byliśmy w stanie administracyjnie tego procesu od 8 października poprawić na tyle, żeby to zmienić na formułę bardziej czy bardzo przyjazną. Dzisiaj, w moim pojęciu, jest to formuła umowy dwustronnej i nie sądzę, żebyśmy się mogli spotkać z dyktatem – formą, nad którą nie możemy dyskutować, jest forma stawek, ale jeszcze raz mówię: i to się zmieni, będziemy zmieniali również stawki.

Jeżeli chodzi o strukturę i zakaz łączenia, to wiem, że były rozmowy z pielęgniarkami. One trwają do dziś i myślę, że wszystko jest na dobrej drodze i zostanie osiągnięty konsensus.

Na zakończenie chcę powiedzieć, Pani Senator, że co prawda trochę znam medycynę wojenną, przynajmniej z opowiadań i z nauk, ale nie mogę się w żadnym razie dopatrzeć tutaj chociaż jednego takiego elementu... Nawet w przypadku omawianej przez posłów formuły batalionowego punktu medycznego – tam po prostu nie ma lekarza. W związku z tym ciężko jest to porównać do tego modelu, chociaż trzeba powiedzieć, że medycyna wojenna nie może uchodzić za medycynę niesprawną. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Izba przyjęć obłożona przez pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, którzy nie mają dostępu do swojego lekarza, jest niemal jak medycyna wojenna.

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas: Czy ja mogę uzupełnić, bo zapomniałem o izbie przyjęć i o tych szpitalach?)

Ależ oczywiście.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas:

Pani Senator! Szanowni Państwo!

Podczas pierwszego etapu, kiedy trwały negocjacje, mówiliśmy o ewentualnościach. Z tego, co sobie przypominam z rozmowy z dyrektorem opolskim, nie nastąpił tam ani jeden taki przypadek, czyli narodowy fundusz nie idzie w tym kierunku. Jeszcze raz podkreślam: mówiliśmy o tym, że POZ może pojawić się przy szpitalach – może, bo nie zakazuje tego ustawa. A może praktyka pielęgniarska zatrudniać lekarza rodzinnego? Może, bo nie zakazuje tego ustawa. Może pojawić się POZ jeszcze gdzieś,

gdzie jest stacjonarna opieka dwudziestoczerogodzinna? Może, bo nie zakazuje tego ustawa. My mówiliśmy o ewentualnościach. Dzisiaj mogę powiedzieć, że na etapie negocjacji w opolskim żaden z tych wariantów nie został wprowadzony. Ale nie chcemy mówić o tym, co się stanie, gdyby znowu ktoś nie złożył oferty, dlatego że rozpoczyna się etap rokowań, a etap rokowań zapowiada się bardzo pozytywnie. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Za moment otworzę rundę pytań, a następnie będzie dyskusja. Ale wcześniej chciałabym dobrze to zrozumieć. Jeżeli model opolski sprawdzi się, to rozwiązanie polegające na tym, iż narodowy fundusz rozmawia tylko z tymi, którzy złożą ofertę na warunkach narodowego funduszu, będzie modelem docelowym, tak? Czyli na warunkach narodowego funduszu, bo ich zmienić nie można, ponieważ z innymi na tej samej zasadzie zawarto umowy... Czyli jest to forma dyktatu, Panie Prezesie? A może ja...

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas: Mogę ad vocem?)

Tak, może pan, oczywiście. Chodzi o to, żebyśmy się porozumieli.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas:

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Chciałbym uściślić pewne kwestie. Nam nie chodzi o to, żeby model opolski sprawdził się czy nie, my na przykładzie modelu opolskiego pokazujemy, jakie będzie działanie narodowego funduszu w przypadku innych województw, a jest to działanie dyktowane przez prawo. To jest pierwsza sprawa.

Druga kwestia to jest to – nie chcę tutaj wrzucać kamyka do ogródka parlamentu – że przecież to prawo uchwalił parlament, a my tylko z całą skrupulatnością realizujemy to prawo. To jest druga sprawa.

No i trzecia: jeżeli parlament w swojej łaskawości zmieni nakłady na zdrowie, to oczywiście wszystko natychmiast rozdamy. Pokazaliśmy, mówiąc o finansach, że chcemy, żeby od tego roku, od 2004 r., nakłady na zdrowie były co roku większe – i to się dzieje. Oczywiście w tym kontekście „większe” oznacza, że po raz pierwszy w roku 2004, gdyby ten model kontraktowania zaczął funkcjonować, będzie można wyliczyć, jakie jest status quo finansowe zdrowia, a więc ile brakuje do tego, żeby w pełni zagwarantować finansowo ochronę zdrowia. Będzie można również wyliczyć wreszcie zmiany – czy ta różnica, jeśli chodzi o potrzeby, możliwości, będzie się zmniejszała, czy będzie się powiększała, czy też będzie stała. Nigdzie jednak nie powiedzieliśmy i nie mówimy o tym, że nakłady na zdrowie są wystarczające. I nie słyszałem tego od ministra ani nie przypominam sobie, żebyśmy my o tym mówili. Mało, twierdzimy, że są to nożyce, o których już dzisiaj była mowa, i po prostu niedobrze by było, gdyby się one otwierały. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Kto z państwa zechciałby zadać pytanie panu ministrowi lub panu prezesowi, proszę uprzejmie się zgłaszać.

Pan senator Marek Balicki, proszę bardzo.

Senator Marek Balicki:

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Ale czy to może być od razu w formie...

(*Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz*: Tak, oczywiście, może to być w formie rozbudowanej.)

Dziękuję bardzo.

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Panie Prezesie! Szanowni Państwo!

Wpierw krótka informacja, o której pani przewodnicząca już była łaskawa wspomnieć. A mianowicie w ubiegłym tygodniu, w środę, do mnie, do pana senatora Lubińskiego, do pana doktora Krzysztofa Kuszewskiego i docenta Rafała Niżankowskiego zwróciły się dwie grupy, Kolegium Lekarzy Rodzinnych oraz Porozumienie Zielonogórskie, z takim apelem czy z prośbą, żebyśmy podjęli działania mające służyć rozwiązaniu konfliktu pomiędzy płatnikiem a świadczeniodawcą. I zgodne z naszą oceną jest to – jeśli mogę w tym przypadku mówić w imieniu naszej czwórki – że w przypadku systemu ochrony zdrowia przede wszystkim powinny być podejmowane wszystkie działania, które nie tworzą konfliktów, a jeśli konflikt się pojawia, to należy szukać rozwiązań na drodze rozmów, bez żadnych ograniczeń czy bez warunków wstępnych, szczególnie w sytuacji kiedy nasze prawo – i to w jakimś sensie obciąża nas wszystkich – nie wprowadziło trwałych instytucjonalnych form rozwiązywania konfliktów. Bo konflikty są i będą, to jest stały czynnik szczególnie w takich obszarach jak ochrona zdrowia – tu ilość środków jest zawsze ograniczona. Konflikty będą i konfliktów nie należy się bać, tylko należy zawsze dążyć do ich rozwiązania. I mając to na uwadze, z taką misją spotkaliśmy się z panem ministrem Sikorskim tego samego dnia. Wczoraj ja i senator Lubiński spotkaliśmy się też z panem prezesem Panasem i muszę powiedzieć, że pan prezes powtórzył dzisiaj stanowisko, które przedstawił nam wczoraj: że nie widzi potrzeby rozmów. I tu jest zasadnicza rozbieżność między nami, bo my uważamy, że wszystkie konflikty należy rozwiązywać na drodze rozmów i przez szukanie porozumienia, szczególnie jeśli to dotyczy tak ważnych spraw jak bezpieczeństwo zdrowotne.

I teraz, jeśli pani przewodnicząca pozwoli, to przejdę już do paru konkretów. Pan prezes Panas powiedział, że prawo stanowione jest przez parlament, i zasugerował, że o wszystkim decyduje prawo. Muszę powiedzieć, że zgadzam się z takim podejściem. Cały czas zresztą mówiliśmy w czasie tych spotkań, że właśnie prawo powinno służyć czy pomóc nam w rozstrzygnięciu sytuacji konfliktowych – jeśli jest konflikt, to należy spojrzeć do ustawy i zobaczyć, jakie w niej są zapisy. Ale niestety, w przypadku wielu kwestii, również dzisiaj poruszanych, moja ocena zgodności z prawem jest różna od tego, co przedstawił pan prezes.

I od czego należałoby zacząć? Pierwsza rzecz: prawo pacjentów. Prawo pacjentów do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i prawo do korzystania z usług lekarza czy placówki podstawowej opieki zdrowotnej, na których liście wpisał się pacjent. I jest jeszcze inny artykuł, a mianowicie chyba art.47 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, który mówi, że każdy pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i zgodnych z zasadą *evidence based medicine*, czyli z medycyną opartą na dowodach – tak to jest zapisane w ustawie. I skoro tak jest, to znaczy, że pacjent ma prawo do nowoczesnie zorganizowanej podstawowej opieki zdrowotnej i do ciągłej i całościowej opieki sprawowanej przez lekarza rodzinnego, i to lekarza wybranego przez siebie, mówi o tym

również definicja Światowej Organizacji Zdrowia, jeśli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną. Zadaniem Narodowego Funduszu Zdrowia – i to też wynika z ustawy – jest zapewnienie ubezpieczonym takich właśnie świadczeń.

Jeśli pojawia się konflikt, celem nie powinna być taka strategia, która w polskim życiu politycznym bardzo często niestety zyskuje uznanie – maksymalizacja przewagi tego, czyli taka niekooperacyjna strategia, kto może decydować. Powinna zostać przyjęta odwrotna strategia: kooperacyjna, której celem byłoby wspólne szukanie i osiągnięcie maksymalnych korzyści. Muszę powiedzieć, że niepodjęcie rozmów z przedstawicielami świadczeniodawców nie sprzyja realizacji celów, o których mówi ustawa o Narodowym Funduszu Zdrowia. I jeśli o to chodzi, między nami a panem prezesem Panasem jest zasadnicza rozbieżność.

A czego mogłyby dotyczyć te rozmowy czy szukanie porozumienia? No oczywiście nie tego, o czym mówił pan prezes Panas, tutaj jest zgoda: rokowania, negocjacje mogą być prowadzone w przypadku zawarcia konkretnej umowy ze świadczeniodawcami, którzy zgodnie z ustawą przystąpili do postępowania. Ale nie na tym polega konflikt. Konflikt polega na tym, że zasady, które zostały przyjęte, jeśli chodzi o udzielanie świadczeń i zawieranie umów, nie są zaakceptowane przez większość świadczeniodawców, nie tylko przez tych, którzy nie złożyli ofert, ale również przez tych, którzy złożyli – także przez tych, którzy złożyli z tym oświadczeniem, że akceptują wszystko. Wiemy jednak o tym, że znaczna część świadczeniodawców złożyła oferty z zastrzeżeniem, że nie akceptują wszystkich warunków. Czyli jest zasadnicza różnica zdań co do zasad kontraktowania. I teraz pytanie: czy zasady kontraktowania można jednostronnie narzucić? Czy w europejskich systemach opieki zdrowotnej przyjęte są takie zasady narzucania zasad? No, ja nie słyszałem o czymś takim. W krajach, w których funkcjonuje POZ – wiele z tych krajów wizytowałem i patrzyłem, jak to tam wygląda – generalnie przyjęta jest norma uzgadniania zasad, na jakich zawierane są umowy. Jeśli więc pojawił się konflikt, to w mojej ocenie, jeśli tego nie zrobiono przed konkursem, należy to zrobić w każdym momencie, bo zawsze jest na to czas. Można to zrobić w każdym momencie – tak jak mówił pan minister, kiedy podawał przykład onkologów dziecięcych. Jednak im szybciej, tym lepiej, szczególnie jeśli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną – to jest bowiem ten obszar, który w ramach tych kilkunastu lat reformowania systemu opieki zdrowotnej jest chyba najbardziej zaawansowany.

I kolejna uwaga łączy się z tym jednym określeniem, a także trochę z wypowiedzią pana ministra: roztropne – nieroztropne. Ja przynajmniej wychodzę z takiego założenia, że przedstawiciele władzy publicznej nie są w zasadzie uprawnieni, jeśli chodzi o wykonywanie swoich obowiązków, do oceny postępowania obywateli. W zasadzie, bo rozumiem, że czasem to jest potrzebne. Władza zdaje przed obywatelami sprawozdanie z tego, co zrobiła, żeby zapewnić im to, co się im zgodnie z ustawami należy. Dlatego my nie ocenialiśmy indywidualnych przedsiębiorców czy osób fizycznych, ich postępowania, tylko to, czy władza publiczna wykorzystuje możliwości, które zgodnie z porządkiem prawnym ma, żeby rozwiązywać konflikty. I to jest właściwe podejście, bo zgodnie z zasadą konstytucyjną władza działa tylko w ramach uprawnień, jakie nadaje jej prawo, a obywatelom wolno wszystko to, czego ustawy nie zakazują. Tutaj przykładana jest inna miara, dlatego my szukaliśmy i zwróciliśmy się do władz, żeby... Jeśli jedna strona chce się i porozmawiać na temat zasad funkcjonowania w przyszłości POZ, to warto zawsze taką okazję wykorzystać.

I teraz parę szczegółów, jeśli chodzi o to, co należałoby zrobić, co można zrobić, co jest do zrobienia. Po pierwsze, podtrzymuję to, co powiedziałem na poprzednim posiedzeniu komisji: maksymalne ceny powinny być ustalone w Krajowym Planie Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych. I nie zgodzę się z odpowiedzią, którą zasugerował jeden z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, że przepisy, które zostały uchwalone w ramach przepisów końcowych, derogują ten przepis ustawy. Nie da się niestety tak tego zinterpretować, ponieważ zapis, który mówi, że projekt krajowego planu określa w szczególności liczbę oraz zakres świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków funduszu, jest również w części ustawy dotyczącej planowania. Nie jest derogowany zapis, że Krajowy Plan Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych określa ceny maksymalne. Dlaczego to mówię? Bo jeśli to parlament stanowi prawo, to parlament powinien dążyć do tego, żeby prawo, czyli to, co zostało ustanowione, było przestrzegane. Krajowy Plan Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych jest akceptowany przez ministra zdrowia i ministra finansów, czyli do kompetencji jednego i drugiego ministra należy ustalanie cen maksymalnych, a ustawa nie oddaje tej kompetencji zarządowi Narodowego Funduszu Zdrowia. I to jest pierwsza kwestia. Ja do dzisiaj nie otrzymałem Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych, mimo że jest obowiązek ustawowy opublikowania go w internecie, ale z wypowiedzi na poprzednim posiedzeniu komisji zrozumiałem, że w krajowym planie nie ma tych cen maksymalnych. I to jest pierwsza sprawa dotycząca ustawy.

Druga kwestia, jeśli chodzi o to, w jaki sposób... Bo muszę powiedzieć, że pozytywnie oceniamy – zresztą wczoraj mówiliśmy to panu prezesowi Panasowi – odejście od tych pierwotnych zapowiedzi Narodowego Funduszu Zdrowia, że będzie, jak mówiła pani senator Sienkiewicz, wprowadzana medycyna wojenna. Chociaż wczoraj również przekazaliśmy panu prezesowi takie oficjalne komunikaty Narodowego Funduszu Zdrowia, które świadczą o strategii wojennej... Otóż wielkopolski oddział Narodowego Funduszu Zdrowia 28 listopada zamieścił w internecie komunikat, w którym dyrektor tegoż oddziału zwraca się do podmiotów zainteresowanych udzielaniem w roku 2004 świadczeń z zakresu kompetencji lekarza rodzinnego z prośbą o nadsyłanie informacji o gotowości podjęcia rozmów na ten temat. Muszę powiedzieć, że przeczytałem ustawę jeszcze dzisiaj dwa razy i nie znalazłem takiego trybu, który polegałby na nadsyłaniu informacji o gotowości podjęcia rozmów na temat świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej. Nie ma takiego trybu, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma upoważnień ustawowych, żeby zwracać się w takim trybie do jakichkolwiek świadczeniodawców. Jest tu jednak drugie zdanie – bo to pierwsze, rozumiem, w przypadku Opolszczyzny zostało uchylone, nie wiem, czy w przypadku Wielkopolski też – że nie dotyczy to świadczeniodawców aktualnie udzielających świadczeń z zakresu POZ, którzy nie przystąpili do obecnie trwającego konkursu ofert na świadczenia zdrowotne od 1 stycznia 2004 r. I muszę powiedzieć, że jest to złamanie ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia, to jest złamanie zasady o obowiązku równego traktowania, zasady, która jest zapisana w ustawie o Narodowym Funduszu Zdrowia i w kodeksie cywilnym. Chciałbym mieć nadzieję, że ten komunikat zostanie sprostowany, bo on w sposób rażący narusza prawo.

Ale wracając teraz do pozytywnego aspektu... W mojej ocenie, jeśli chodzi o ten krok, czyli danie możliwości tym, którzy nie zgłosili się w pierwszym konkursie, trzeba zobaczyć, jak ustawa reguluje te sytuacje, kiedy konkurs może być unieważniony albo kiedy można prowadzić rokowania – bo jak zrozumieliśmy, tak będzie na Opolszczyźnie. Art. 83 ustawy mówi, że postępowanie w trybie rokowań może być

przeprowadzone – i rozumiem, że chodzi tutaj o pkt 2, tam są opisane trzy sytuacje i nie można tego interpretować rozszerzająco – kiedy zachodzi pilna potrzeba, której wcześniej nie można było przewidzieć, zawarcia umowy, czyli wcześniej nie można było przewidzieć pilnej potrzeby zawarcia umowy o udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Muszę powiedzieć, że z pewnością mogą pojawić się tu wątpliwości. Który przepis ustawy w tym przypadku byłby lepszy do zastosowania? Otóż pkt 5 ust. 1 art. 90, który mówi, że zarząd funduszu na wniosek komisji unieważnia postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, gdy nastąpiła istotna okoliczność powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć. Czyli w niektórych przypadkach lepsze niż rokowanie jest zastosowanie tego pktu 5 ust. 1 art. 90.

To, o czym mówił ten dokument, który otrzymaliśmy od prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, jest nie do zakwestionowania, bo tam się mówi o postępowaniu konkursowym, czyli pozostawia się oddziałom wojewódzkim swobodę wyboru. I gdyby to były za każdym razem konkursy, które z mocy ustawy gwarantują wszystkim równe szanse, czyli umożliwiają realizację tej podstawowej zasady niedyskryminowania żadnego świadczeniodawcy, to wtedy byłoby mniej zastrzeżeń; jeśli zaś byłyby to rokowania, to zachodzi niebezpieczeństwo, że do któregoś świadczeniodawcy ta oferta może nie trafić. I wtedy – powracam do tego, co powiedziałem na początku – prawa tych pacjentów, którzy wpisali się na listę świadczeniodawców, w jakimś sensie mogą być naruszone. Byłbym więc usatysfakcjonowany, gdyby wszędzie tam, gdzie jest taka potrzeba, były konkursy ofert – i to jest minimalny wymóg. Zasady powinny być zaś uzgadniane ze środowiskiem, ponieważ nie da się w systemie opieki zdrowotnej dobrze zorganizować udzielania świadczeń, jeśli zasady tego dotyczące nie są akceptowane przez świadczeniodawców. A tu zresztą jest, można powiedzieć, asymetria informacji, czyli świadczeniodawcy wiedzą lepiej, jak udzielać świadczenia, niż urzędnicy tego czy innego urzędu, nawet jak najlepiej chcą.

Ustawa mówi również o tym, że konkurs powinien być unieważniony – i tego dotyczy pytanie – jeśli kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą fundusz przeznaczył na sfinansowanie świadczeń. Z informacji, które ja mam, wynika, że w wielu regionach tak właśnie się stało, że oferty składane przez świadczeniodawców przekraczają te możliwości i wprost spełnione są tu warunki określone w pkt 4 ust. 1 art. 90. Inny artykuł z kolei mówi, że umowy zawarte niezgodnie z ustawą są nieważne. I mam pytanie: jak to rozstrzygnie narodowy fundusz? Na przykład w Warszawie placówki stacjonarnej opieki zdrowotnej na pewno złożyły właśnie takie oferty, że kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą fundusz przeznaczył na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych. Czyli jest to pytanie o legalność.

I dwie ostatnie sprawy. Nocna pomoc lekarska – właśnie to jest przykład na to, że ze świadczeniodawcami nie zostało wynegocjowane, jak ma być zorganizowana, w tym przypadku, nocna pomoc lekarska. I zrozumiałe jest, że pojawiają się takie czy inne wątpliwości, jak to będzie wyglądać, bo nikt tego nie wie. Ja też nie wiem, jak to będzie tam, gdzie mieszkam, jak będzie zorganizowana nocna pomoc lekarska, na jaki telefon będę dzwonił, a ma to wejść w życie już za niecały miesiąc. I to jest raczej kwestia pewnych zaniechań. Dzisiaj przeczytałem w gazetach, że będą pobierane opłaty za wyjazdy do pijanych. Muszę powiedzieć, że się przeraziłem, bo jeśli ja zobaczę leżącego człowieka na ulicy, który zachowuje się spokojnie, czyli nie wymaga we-

zwania policji, to trzeba wezwać służbę, która jest do tego przygotowana, bo jak ktoś jest bardzo pijany, to może się udusić z powodu nadmiernego poziomu alkoholu, uniedrożnienia dróg oddechowych itp. – jest zagrożenie dla życia, czyli trzeba wezwać pogotowie. Czy to znaczy, że ten, który wezwie, będzie musiał zapłacić? Myślę, że lepiej to wyjaśnić w sposób niebudzący wątpliwości, bo informacje, które się ukazują, i to na podstawie oficjalnych wypowiedzi, ciągle budzą wiele wątpliwości.

I ostatnia sprawa: szpitale. Z informacji, którą przedstawili pan minister i pan prezes, wynika, że na szpitale nie będzie przeznaczonych więcej środków w roku przyszłym niż w tym roku. I to jest bardzo niepokojące. Jedną z przyczyn tego, że szpitale się zadłużają, jest bowiem niedobór środków. Zasady udzielania świadczeń w przyszłym roku będą takie jak w tym roku i jednocześnie będzie następowało przekształcanie w spółki, które muszą jakoś powiązać lewą stronę z prawą. Jak to ma być? Prosiłbym tutaj o jakieś wyjaśnienie.

I pojawia się takie pytanie: czy odpowiedzialnie postępują ci dyrektorzy, którzy podpiszą niekorzystną umowę, o której z góry będzie wiadomo, że przyniesie deficyt? A jeśli kwota na wszystkie szpitale jest taka, jaka była w tym roku, to w przypadku jakiejś liczby szpitali – nie wiem, 1/3, 2/3 – z góry będzie wiadomo, że umowa będzie niekorzystna. Jednocześnie w parlamencie znalazł się projekt ustawy o przekształceniu w spółki i jednym z warunków tego, żeby można było przekształcić w spółkę, będzie właśnie dobra sytuacja finansowa. Muszę powiedzieć, że już wyrażałem ten niepokój, i on pozostał, o to, jak to połączyć, jeśli dalej mamy utrzymywać zasady szerokiego, bezpłatnego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Już nagadałem się dosyć. Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Nigdy dosyć, jeśli chodzi o dojście do porozumienia.

Zatem poproszę o zabranie głosów panów, w dowolnej kolejności... I ja pozapisiuję panią senator i dwóch panów senatorów, ale tak dużo było zawartych pytań i zagadnień w wypowiedzi pana senatora Balickiego, że najpierw poproszę o zabranie głosu panów – pana ministra, a następnie pana prezesa – żeby nie pogubić wątków. Ale państwa zapisałam już do dyskusji.

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Dziękuję bardzo.

Panie Senatorze, dziękuję bardzo, że przy całej ostrości i krytyce pana senatora – ja przynajmniej to tak odbieram – w tej wypowiedzi znalazł się jednak element otwartości, chęć zamknięcia tego wszystkiego w ramach naszych możliwości i w ramach porozumienia. Za to chcę bardzo podziękować.

A teraz trochę polemicznie. Ja oczywiście dysponuję taką opinią prawną, jaką dysponowałem wcześniej, jeśli chodzi o to, czy powinna się znaleźć cena maksymalna, czy też nie. Powiem szczerze, że w tym układzie będę prosił o kolejne opinie, choć wiemy dobrze, nie obrażając nikogo, żadnego z prawników, że opinie prawne czasami skrajnie różnią się od siebie. Ale nie chciałbym toczyć sporu prawnego, bo raczej chodzi tu o rozwiązanie problemu.

Musimy wrócić do momentu, kiedy był budowany i zatwierdzany krajowy plan i kiedy był budowany plan finansowy. Otóż chcę przypomnieć, że nie zatwierdziłem planu finansowego narodowego funduszu z powodów, o których już wielokrotnie mówiłem i nie ma chyba sensu teraz tego powtarzać. I zawsze będę bronił tego stanowiska: to było uzasadnione i na tym etapie właściwe, w kontekście przedstawionych przez narodowy fundusz informacji. Jeśli chodzi o krajowy plan przygotowany przez radę funduszu i przekazany mi do zatwierdzenia, jest jednak tak, że właściwie zostałem postawiony w takiej sytuacji, że musiałem zatwierdzić ten plan do 30 września. W opisie dołączonym do akceptacji tego planu wyraźnie zaznaczyłem, że mam świadomość wielu jego uchybień, które będą musiały być korygowane. Uznałem bowiem, że mniejszą szkodą jest zatwierdzenie tak ułomnego planu niż niezatwierdzenie w ogóle i wprowadzenie dużego chaosu w tym wszystkim. I w tym kontekście widzę możliwość korekty – jeśli przyjąć logiczne tłumaczenie, że plan będzie musiał podlegać korekcie, że jest taka konieczność. Jeśli wówczas rozstrzygną się prawne wątpliwości co do tego, czy ta cena maksymalna powinna się znaleźć, czy też nie, to w moim przekonaniu – oczywiście będę czekał na opinie prawników i już na pewno nie dwóch, tylko czterech – będzie możliwość włączenia tego. To rozwiązałoby nam ten problem prawny.

Co do internetu, to biję się w piersi. Bowiem po zapytaniu o to na posiedzeniu ostatniej komisji senackiej i potwierdzeniu, że nie ma tego w internecie, natychmiast poleciłem, żeby to się znalazło, ale przyznam się, że nie sprawdziłem, czy zostało zrealizowane. A więc stara zasada, że nie wystarczy wydać polecenia, ale trzeba jeszcze skontrolować, w tym wypadku została złamana. Ale skontrolował to pan senator i teraz ja sprawdzę to ponownie.

Co do sugestii pana senatora, iż władza publiczna nie powinna właściwie oceniać, nie powinna komentować, chcę powiedzieć, że wiele mogę zarzucić sobie, jeśli chodzi o te moje dotychczasowe wystąpienia, ale myślę, że nie mogę sobie zarzucić nadmiaru komentowania i podkręcania atmosfery, zawsze staram się trzymać... Ale są takie momenty, kiedy również muszę się wypowiedzieć.

(Senator Marek Balicki: Ale nie o to chodziło, chodziło przede wszystkim o to, jak postępują władze. Później rzeczywiście można oceniać...)

Dobrze, ja oczywiście to przyjmuję, będę jeszcze bardziej krytycznie podchodził do tego, jak postępuje władza. W tym kontekście to już jest moja ostatnia uwaga. Myślę jednak, że pan senator zwrócił uwagę w ogóle na ułomności, nie tylko systemu, który budujemy, ale wielu elementów życia publicznego – zresztą to się powtarza w wystąpieniach pana senatora. Myślę, że to nie jest do zrobienia jednym ruchem administracyjnym. To jest pewien standard, do którego musimy dochodzić.

Chcę powiedzieć, trochę wrzucając kamyk do ogródka, że samo środowisko lekarzy rodzinnych nie do końca jest skonsolidowane i nie do końca lekarze ci mają ustalone między sobą zasady funkcjonowania, tym trudniej więc jest znaleźć konsensus pomiędzy tym środowiskiem i środowiskiem pielęgniarek a płątnikiem. Pewna forma narzucania swoich racji zawsze występuje, nie oszukujmy się, ważne jest jednak, żeby było to maksymalnie wypracowane, przedyskutowane.

I przy okazji pozwolę sobie odwołać się do jednego z ostatnich artykułów i do wypowiedzi pani profesor Tymowskiej. Warto powtórzyć konkluzję tego tekstu i przyjąć ją w praktyce, i to już w najbliższym czasie. Pani profesor pokazuje, że brakuje nam pewnych instytucji, które będą sprzyjały takiej współpracy, takiemu wypra-

cowywaniu stanowisk. Pewnego rodzaju dyktaty, zmowy, proszę to wziąć w cudzy-
słów, typu zmowa monopolowa, będą bowiem zawsze miały miejsce, bo jak powie-
dział pan senator, są one wpisane w tę strukturę, wpisany jest tu pewnego rodzaju kon-
flikt instytucjonalny. I trzeba znaleźć inne instrumenty, powinniśmy się ich dopraco-
wać i szkoda, że jeszcze tego nie zrobiliśmy, ale zapewniam, że będę czynił o to stara-
nia, a myślę, że wszyscy powinniśmy, powinna to być wspólna praca, zarówno strony
rządowej, jak i parlamentarnej. I zwracam się z prośbą do komisji senackiej, na posie-
dzeniu której jestem, o wsparcie tych inicjatyw, o to, żeby tworzyć właśnie takie in-
strumenty, a wiemy, jakie one są – wystarczy sięgnąć do gotowych wzorców i tylko
wybrać, które z tych instytucji będą najlepsze, może na przykład te proponowane przez
ekspertów, panią profesor Tymowską czy innych. Może powinniśmy się w to zaangażo-
wać i włączyć, bo jest na to teraz czas.

To miała być ostatnia sprawa, ale sobie przypomniałem, że pan senator był
uprzejmy wspomnieć o kłopotach finansowych. Otóż, w takim razie bądźmy konse-
kwentni. Pokazujemy, że mamy tyle pieniędzy, ile mamy, i wszyscy musimy się w takim
układzie poruszać, więc nie tworzymy wyimaginowanych i niemożliwych do zrealizowa-
nia standardów i oczekiwań, które tak naprawdę zmuszają szpitale do zadłużania. Ja sam
mam takie doświadczenia, także jako dyrektor szpitala – nie godziłem się również na
pewien dyktat kas chorych, ale rezygnowałem z pewnych warunków, mimo że wiedzia-
łem, że one były możliwe do uzyskania. Trzeba zrobić wielką pracę w tym zakresie.

Nasza propozycja, którą, jak państwo wiecie, dzisiaj omawiałem w parlamen-
cie, dotyczy postawienia na zakład opieki zdrowotnej, który ma działać racjonalnie.
Ale wyraźnie mówimy – i ja to podkreślam przy każdym wystąpieniu, a bywamy
w tej chwili we wszystkich województwach Polski, gdzie przedstawiamy koncepcję
i warunki powodzenia tego procesu zaplanowanego na najbliższe dwa lata – że temu
musi towarzyszyć wypracowana i zaakceptowana koncepcja. To wypracowanie po
raz pierwszy miało miejsce przy okrągłym stole, a po raz drugi w trakcie terażniej-
szych prac zespołu międzyresortowego. Ten zespół w trakcie debaty parlamentarnej
nad tą ustawą przedstawi, jakie są możliwości długofalowego finansowania systemu
ochrony zdrowia – czy poprzez wzrost składki, czy przez dodatkowe, dobrowolne
ubezpieczenia, czy też poprzez koszyk gwarantowany. Chodzi o to, żeby zwiększyć
zasilanie systemu – i to jest oczywiste, nikt nie neguje faktu, że pieniędzy jest za
mało. Nasze propozycje mają jednak bardzo mocno zaakcentować, że po stronie or-
ganizacyjnej, nadzorczej, zarządczej, efektywności funkcjonowania jest jeszcze sporo
do zrobienia. I proszę w tym kontekście oceniać zalety tej propozycji, łącznie z czę-
ściowym umorzeniem długu i koniecznością uzupełnienia tego o właściwą propozy-
cję finansowania służby zdrowia w przyszłości – co za każdym razem podkreślamy
i nad czym pracujemy.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Pan prezes zechce odnieść się do tego, co zostało powiedziane?

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas:

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo! Panie Senatorze!

Od wczoraj, od naszych rozmów pojawiły się już nowe aspekty, chciałbym się jednak odnieść do istoty problemu. Wydaje mi się, że wszystko, o czym pan senator mówił – prawa pacjenta, lista aktywna, artykuły o świadczeniach zdrowotnych – zamyka się w jednym: w tym, że zadaniem narodowego funduszu jest zapewnienie świadczeń zdrowotnych. Narodowy fundusz nie robi nic, żeby zejść z tej drogi. Emocje wywoływało to, że część lekarzy nie złożyła ofert na świadczenia zdrowotne i niejako przesuwiała odpowiedzialność za to, że nie złożyła ofert, na tych, którzy oferty przyjmowali. Mało, były też takie przypadki, że namawiano do nieskładania ofert, a samemu oferty się składało. W związku z tym była taka właśnie sytuacja... W ogóle nie chcemy na ten temat dyskutować, bo jest kolejny etap konkursu ofert, w którym znowu proponujemy złożenie ofert całemu środowisku, oprócz tym, którzy już oferty złożyli i są po negocjacjach. Jeżeli więc podstawową zasadą działania narodowego funduszu jest to, żeby kupować świadczenia od tego, który chce świadczenie sprzedać, a ktoś nie złożył oferty, to co narodowy fundusz może zrobić, żeby go namówić? Gdyby do tego zmuszać, dopiero byłby dyktat.

W tym czasie nie powstało, Panie Senatorze, nic takiego, co pan określa sympatycznie medycyną wojenną. Wiemy i wiedzieliśmy, że konkurs ofert nie zaczyna się i nie kończy na negocjacjach w POZ. Zrobiliśmy jednak wszystko, żeby negocjacje przebiegły, żeby w czasie negocjacji wynegocjować jak najwięcej i ewentualnie przystąpić do kolejnych etapów konkursu ofert.

Jeżeli chodzi o akceptowanie, nieakceptowanie i rozmowy, to tutaj były co najmniej dwie fazy. Pierwszą fazą była rozmowa z potencjalnymi świadczeniodawcami, kiedy właściwie był przed nami termin składania ofert. Rozmawialiśmy ze wszystkimi środowiskami – i chcę to wyraźnie powiedzieć – co wcale nie znaczy, że osiągnęliśmy konsensus, że zamknęliśmy rozmowy. Trzeba też powiedzieć, że lekarze rodzinni odstąpili od rozmów i wydali oświadczenie... My szanujemy to prawo i tę wolę rozmawiania czy nierozmawiania, nie obrażamy się na nikogo i w ten sposób w ogóle nie funkcjonujemy. Lekarze z Porozumienia Zielonogórskiego zaś postawili warunek, że będą rozmawiać, jeśli w rozmowach nie będą uczestniczyli lekarze rodzinni i pielęgniarki. Pytamy się więc: jak zorganizować POZ, kiedy nie ma takiej formuły? Mielśmy dwa czy trzy kontakty z lekarzami Porozumienia Zielonogórskiego. Pierwszy, kiedy przyjechali z telewizją do narodowego funduszu i nie mieli nic do zaproponowania, nawet nie mieli spisane protestu – taka jest prawda – ale mieli telewizję. Przyjęliśmy ich, umówiliśmy się, że przyjmujemy to, o co lekarze wnoszą, ale w jakiejś formie pisanej.

Cały czas trwała i trwa dyskusja ze środowiskiem pielęgniarskim, cały czas trwa dyskusja z konsultantami krajowymi na temat procedur, na temat katalogu świadczeń. I to, co mówił minister, jest słuszne – chcemy to zmieniać. W drugiej fazie rozmów nie mogliśmy jednak rozmawiać z nikim, kto nie jest świadczeniodawcą, bo to jest już faza konkursu, a z kim można rozmawiać w fazie konkursu – o tym mówi ustawa. Zarzucanie nam więc, że nie chcieliśmy rozmawiać, jest o tyle nietrafione, że prowadziliśmy i prowadzimy rozmowy, możemy podać nawet przykłady osiągniętych podczas rozmów konsensusów. Podobne rozmowy prowadzimy z Ministerstwem Zdrowia, cały czas jesteśmy na bieżąco, informujemy, jak to wszystko wygląda, słuchamy uwag.

Rzeczywiście, źle się stało, że nie było określonych ram co do nocnej pomocy wyjazdowej. To prawda, ale obowiązuje ustawa i teraz należy szukać wyjścia, szukać sposobu na załatwienie nocnej pomocy wyjazdowej. Trzeba powiedzieć, że pomysły

takie jak na przykład ten wspólny zespół wyjazdowy czy zespoły wyjazdowe organizowane przez lekarzy ze środowiska POZ są jakimś rozwiązaniem. Ja oczywiście nie mówię, czy to jest dobry pomysł, czy zły, czy to jest dobry czas do wprowadzania nocnej pomocy, czy nie, bo nie mogę tego zrobić – ja muszę realizować ustawę. Nie chciałbym się później tłumaczyć z tego miejsca, że nie realizowałem przepisów ustawy, która zobowiązuje narodowy fundusz do jakiegoś zachowania. I dlatego chcemy zakontraktować to świadczenie. W Warszawie akurat, Panie Senatorze, ta nocna pomoc funkcjonuje, tak że myślę, że tu nie będzie z tym problemu.

Rzeczywiście tak się stało, że z ust rzecznika narodowego funduszu padło to słowo „pijany”. Chcę wyraźnie powiedzieć, że narodowy fundusz nie będzie pobierał czy też nie dąży do pobierania opłat za jakiegokolwiek świadczenie pogotowia. Rzecznik z dniem dzisiejszym został odwołany za wypowiedzi, które nie leżały w jego kompetencji.

Szpitala – czy będą się zadłużały, czy nie. Jeżeli chodzi o tę kwestię, że oferty składane przekraczają możliwości narodowego funduszu, Panie Senatorze, to i pan, i ja wiemy, że propozycje, które się składa do negocjacji, nie mają nic wspólnego z rzeczywistymi kosztami. No bo jak wytłumaczyć, Panie Senatorze, na przykład mówienie o tym, że w jakimś tam mieście, żeby nie podawać przykładów, ktoś kazał, żeby to było 14 zł?

(Senator Marek Balicki: Dlatego ustawa nakazuje unieważnić konkurs.)

Oczywiście, że tak, Panie Senatorze, ale gdyby ten mechanizm był obowiązujący w momencie, kiedy nie ma możliwości wnikania w procedurę tworzenia kosztu, to mogę powiedzieć od razu, że żaden konkurs się nie odbędzie. W moim pojęciu jednak nic tutaj nie stoi na przeszkodzie z naszej strony, bo to minister zdrowia podejmuje decyzję, żeby wpisywać te wartości maksymalne w plan zabezpieczenia. Jeśli chodzi o te maksymalne kwoty, które przeznaczaliśmy na POZ, można byłoby to ująć ustawowo, bo przecież nikt nie wpisze maksymalnych kwot innych niż możliwości finansowe wynikające z planów finansowych. Tak to po prostu wygląda.

Rzeczywiście jest taka opinia, że w momencie kiedy zakontraktuje się świadczenia w szpitalach, szpitale będą miały mniejsze kontrakty o kilkadziesiąt procent – mniemam, że to wynika z wyliczeń na podstawie tego, co na przykład szpital robił w roku 2002 czy w pierwszej połowie 2003 r., zakłada się taki stan, jaki jest. Mówiliśmy już o tym, że można założyć, że będziemy zmieniać wartości punktowe. Jeżeli się pojawią środki, można będzie ten plan finansowy poprawiać. To na pewno. Poczekajmy, spróbujmy, tym bardziej że przez pierwsze pół roku, Szanowni Państwo, będziemy funkcjonowali według tego systemu, który był dotychczas, a więc tutaj nie ma żadnego ryzyka – dostaje się tyle środków, ile się dostawało, bez dodatkowego ryzyka. I o tym rozmawiamy. Według mnie jest jednak szansa na to, że w ciągu tego pół roku w tym systemie, rozliczając według tej procedury, uwolnią się środki i będzie można je przesunąć z jednego zakładu do drugiego. Już nie chcę przytaczać wyników kontroli NIK, co do których są różne uwagi, ale zakładam, że mogą się uwolnić takie środki. I naszym zadaniem jest racjonalnie je wykorzystać.

Myśmy badali nadwykonania za rok 2003 – nie wiem, czy nasza symulacja się sprawdzi. Ile wyniesie, Panie Prezesie? Około 800 milionów zł, prawda? Z tego prawdopodobnie część zapłacimy po zakończeniu roku finansowego. Więc jeżeli środki nie pójdą na osobodzień, ale pójdą na to, co się robi na rzecz pacjenta, to można by przyjąć, że stopień nadwykonań będzie mniejszy w tych placówkach, które są popularne, w których pacjent chce się leczyć. Nie mówię, że nie będzie tam ich wcale... Można również

przyjąć, że kolejki powinny być mniejsze. A więc ten system sprzyjałby... Nie twierdzą – jeszcze raz chcę to podkreślić – że ten system daje wystarczającą ilość środków, bo to byłoby stwierdzenie nieprawdziwe, ale z naszych symulacji, naszych obliczeń wynika, że będzie to system sprawniejszy, bardziej racjonalny, jeśli chodzi o finansowanie, a przy tym zgadzam się, że daleki od doskonałości. Rozpoczynamy jednak drogę, dzięki której będziemy mogli to wszystko poprawiać. Nie będzie tak, że wymyślimy coś tylko teoretycznie. Zgadzam się absolutnie z tym, że mieliśmy i takie problemy, że oto ni stąd, ni zowąd pojawiała się jakaś procedura, mówiąc najogólniej, mimo że została uzgodniona inna. Dlaczego tak się stało? Nie wiem, ale wprowadziliśmy już taką, która była uzgadniania, była dyskutowana. Może popełnili błąd ludzie, może to wynikało z jakiegoś niedopatrzenia... Rozmowy o procedurach będą trwałe, będą prowadzone w nieskończoność, one będą się zmieniały, bo rosną koszty leczenia, bo zmienia się technologia medyczna, bo wszystko jest w ruchu. Łatwiej będzie to poprawiać, niżli dyskutować jeszcze raz nad jakąś formułą, bo według mnie będzie ona bardzo trudna do wydyskutowania, że tak powiem, w tym trybie, takim teoretycznym. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Na liście chętnych do zabrania głosu mam wpisanych: panią senator Krzyżanowską, panów senatorów Wojciecha Pawłowskiego i Janusza Bielawskiego, pana doktora rodzinnego, pana docenta Niżankowskiego, panią senator Janowską.

Ale mam taką prośbę do państwa, żeby w pierwszej kolejności kierować pytania do pana ministra Leszka Sikorskiego, ponieważ zobowiązałam się – w związku z tym, że dziś jest wtorek, dzień, w którym obraduje rząd, najpierw Rada Ministrów, potem zespół pana premiera Hausnera – że pan minister będzie mógł powrócić na obrady i w związku z tym byłabym zobowiązana, gdybym mogła uwolnić pana ministra jak najrychlej. W pierwszej kolejności proszę więc o pytania do pana ministra.

Pan Marek Balicki, ad vocem?

Senator Marek Balicki:

Dwa zdania tylko, póki jeszcze pan prezes nie wyszedł. Pan prezes stwierdził, że część świadczeniodawców powiedziała, że nie będzie rozmawiać wtedy, kiedy będą inni. Ja chciałbym, żeby to było jasne dla wszystkich, że w czwórkę zgodziliśmy się pójść do pana ministra i do pana prezesa, żeby szukać drogi, pod warunkiem jednak, że wszyscy po stronie świadczeniodawców będą chcieli wziąć w tym udział i nikt nie będzie miał jakichś pomysłów wykluczających kogokolwiek. I wczoraj przedstawiliśmy to panu prezesowi Panasowi. Chodzi o to, że świadczeniodawcy i reprezentujący ich przedstawiciele będą mogli dyskutować na temat zasad udzielania świadczeń, a nie na temat konkretnej oferty. Więc chodzi o to jedno, żeby była taka informacja, bo to jest historyczny moment. Od środy ubiegłego tygodnia, rozumiem, mieliśmy wejść w nowy etap szukania porozumienia już bez tych szablek.

I na koniec jedna taka refleksja na temat mechanizmów stymulujących liczbę udzielania procedur medycznych. No, na Dolnym Śląsku jednym z mechanizmów był mechanizm finansowy, on stymulował zwiększanie liczby świadczeń zdrowotnych przy zachowaniu tej samej bazy i tych samych środków, ale on się skończył. Zadłużenie na

Dolnym Śląsku to znaczna część zadłużenia całego kraju, gdyby nie ono i zadłużenie może dwóch innych regionów, to poziom zadłużenia kraju byłby zdecydowanie niższy.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Teraz pan prezes Panas, bo widziałam, że pan rękę podnosił.

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas: Tak. Panie Senatorze...)

Do mikrofonu, proszę.

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas: Będę mówił głośno. Potraktujmy tę propozycję negocjacji...)

Nie chodzi o głośność, tylko o to, żeby wypowiedź była rejestrowana, więc proszę mówić do któregośkolwiek mikrofonu po drodze, ale do mikrofonu.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas:

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo! Panie Senatorze!

Mam wrażenie, że chodzi o to, żeby odbył się proces negocjacji, osiągnięcia konsensusu przez osoby pośredniczące – takie mam wrażenie. Ogłosiliśmy oto drugi etap konkursu w Opolu, wychodzimy z propozycją dla wszystkich świadczeniodawców. Po co mają się odbywać te negocjacje? Niech ci świadczeniodawcy, którzy mają dobrą wolę czy zmienili swoją wolę, złożą ofertę, dlatego że w trakcie konkursu jego warunków zmienić nie można, a jeżeli chodzi o stawki, to na dobrą sprawę nie ma na co. Nie ma na co, po prostu, nie ma na co. Te negocjacje wynikały jak gdyby z teorii, o której mówił pan senator, że ktoś tam potrząsał szabelką. No powiedzmy, że być może była potrzebna taka teoria, że ktoś tam potrząsa szabelką... Jest realizowane prawo i nic się poza tym nie dzieje. I to prawo umożliwia załatwianie wszystkich tych spornych kwestii na poszczególnych etapach konkursu na świadczenia zdrowotne. Nie zakontraktowaliśmy wszystkich świadczeń POZ, ogłaszamy uzupełniające, dodatkowe procedury, które umożliwiają składanie ofert jeszcze raz. W związku z tym właściwie wszystko rozpoczynamy od początku, ale trzeba uszanować tych, którzy złożyli ofertę i zakończyli negocjacje. Dlaczego narodowy fundusz ma unieważniać konkurs, skoro nie ma do tego podstaw prawnych?

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Jeśli wolno... Myślę, że to idzie w niewłaściwym kierunku. Jeśli dobrze rozumiem intencje, to raczej chodzi o to, żeby dyskutować – oczywiście zachowując procedury i pamiętając o tym, co robi narodowy fundusz – o problemie, tak samo jak dyskutujemy o problemie szpitali i innych placówek. Konieczna jest w ogóle szersza formuła dyskusji, ale ona oczywiście nie może na tym etapie wpływać na stanowisko konkursowe, na stanowisko ofertowe, bo tutaj nie ma takiego pola manewru. Przyjdzie nam jednak zmierzyć się z wieloma jeszcze problemami. Chodzi tu o to – ja to tak odbieram, przyjmuję i akceptuję tego rodzaju filozofię – żeby rozmawiać ze środowiskiem lekarzy rodzinnych, pielęgniarek rodzinnych i szpitali, bo za chwilę będziemy mieli te same problemy, pojawiają się przecież nowe procedury. I ja tak rozumiem kontekst tej sprawy. Sądzę, że na tego rodzaju dyskusję publiczną pan prezes oczywiście się zgadza.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas:

Panie Ministrze, ale teraz ja wejdę panu w słowo, w ramach rewanżu. My to robimy, cały czas ta dyskusja trwa, ale nie przyjmujemy formuły negocjacji z kimś, kto nie złożył oferty. Bo co tu negocjować? Nie ma po prostu możliwości, żeby narodowy fundusz rozważał to, dlaczego ktoś nie złożył oferty. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Pani senator Krzyżanowska, bardzo proszę, bo pani już dość długo czeka.

Senator Olga Krzyżanowska:

Myślę, że w tej naszej dyskusji mówimy o tylu rzeczach, że praktycznie, przepraszam, trochę o niczym. Do żadnych wniosków, wydaje mi się, nie dojdziemy. Moim zdaniem to jest tak: ustawa o narodowym funduszu – wyrażam swoją własną opinię, niestety nie całej komisji, która za tą ustawą głosowała – jest ustawą złą, za szybko wprowadzoną. I to piwo teraz, po prostu, musimy wypić. Taka jest prawda, tyle jest pieniędzy, taka jest ustawa i z tym musimy żyć, nie ma co się cofać.

Wydaje mi się, że to, co w tej chwili możemy próbować poprawić, to uczucie dramatycznego niepokoju wśród pacjentów. Ja tu wiele słyszałam, szczególnie, zdaje się, z ust pana prezesa Panasa, o emocjach. Politycy ulegają emocjom, może niedobrze, może dobrze, ale nie to jest najważniejsze. W tej chwili to pacjenci się emocjonują, bo nie wiedzą, co ich czeka, bo nie wiedzą, dokąd mają pójść. I rozumiem, że nasze dywagacje o sposobach kontraktowania są ważne, bo to są konkrety, ale naprawdę to, co w tej chwili jest w kraju, jak powiedziałam, to emocje, właśnie emocje pacjentów, często niesłuszne, często niepotrzebne, ale to jest nasze piwo, które wspólnie tu nawarzyliśmy.

W tej chwili podjął się już negocjacji pan senator Balicki, szczęśliwie zgodził się na to narodowy fundusz, dzięki Bogu, i powinno to pójść prędko, powinno być jasne... To, co dzisiaj powiedział senator Balicki, wydaje mi się, że jest jedną z najważniejszych rzeczy. Proszę państwa, pacjenci, którzy się zapisali do lekarza podstawowej opieki, a teraz się dowiedzieli, że lekarz nie chciał, bo uważał, że nie da rady... Przepraszam, niedobre tu było powiedzenie pana prezesa, że nie chcieli się opiekować pacjentami. Uznali po prostu, że na tych warunkach nie dadzą rady tego robić porządnie – bo taka jest prawda, powiedzmy sobie szczerze. I obowiązkiem ministra zdrowia, narodowego funduszu i nas jako parlamentarzystów jest w tej chwili to, żeby ci pacjenci nie zostali zostawieni samym sobie. Bo my się pokłócimy, co narodowy fundusz, co ministerstwo... Naprawdę nie chcemy występować ani przeciwko panu, ani przeciwko narodowemu funduszowi. Nie o to przecież chodzi. W tej chwili, moim zdaniem, chodzi o to, żeby z takich negocjacji, z takiej rozmowy wynikły jakieś konkretne porozumienia, żeby pan minister jako negocjator – pan jest jednak trochę między młotem i kowadłem, jako ten, który odpowiada za opiekę, a jednocześnie nie ma w ręku pieniędzy, taka jest prawda – jakoś nakłonił kolegów – ja akurat jestem po ich stronie – którym narzucono warunki, narzucono, że mają pracować dwadzieścia cztery godziny na dobę, jeździć jeszcze samochodem, a po prostu nie są w stanie, powiedzmy sobie szczerze. Chodzi o to, żeby w tych okęgach jakoś próbować się dogadać. I to szybko, proszę państwa.

Jak się teraz jeździ po małych miejscowościach, zadałam sobie ostatnio taki trud, to widać, że ludzie są przerażeni, nawet ci, którzy mają lekarza, którzy wiedzą, dokąd pójść. I tego dotyczy nasze zadanie, nasza rola. Obawiam się, że takie przerzucanie się w tej chwili, co zrobił fundusz, co myśmy zrobili, jaka jest ustawa, naprawdę nie posuwa sprawy do przodu. Co zrobić? Z czym dzisiaj wyjdziemy, jeśli chodzi o pacjentów nieobjętych opieką? Czy lekarze się zgodzą na te warunki, a jeżeli nie zgodzą, czy pan może ustąpić? Chociaż ja pana rozumiem, ustawa obowiązuje, pieniądze obowiązuja, przecież pan nie robi tego ze złej woli ani nikomu na złość. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Ja nie mam zwyczaju komentować wypowiedzi senatorów, nieśmiem tego czynić, ale chciałabym powiedzieć, że nie mam poczucia straconego czasu, nie czuję, że wyjdziemy z tej sali, z tego posiedzenia z niczym.

(Senator Olga Krzyżanowska: Daj Boże.)

Ja mam właśnie wrażenie, że trwa rozmowa, której nam brakowało w ostatnich miesiącach i już pewne...

(Senator Olga Krzyżanowska: Kiedy uchwaliliśmy narodowy fundusz...)

No, uchwaliliśmy narodowy fundusz, bo taki jest nasz obowiązek. Po to tu jesteśmy, żeby uchwalać ustawy.

(Senator Olga Krzyżanowska: Dobrze.)

Ale, przepraszam, muszę bronić czasu, którym dysponuje komisja. Uważam, że to nie jest czas zmarnowany i że jakiś dorobek będzie.

Pan senator Wojciech Pawłowski prosił o głos.

Senator Wojciech Pawłowski:

Dziękuję.

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Panie Prezesie!

Może powiem dużo bolesnych słów, ale szczerych i bardzo proszę, żeby nikt się nie obrażał.

Słuchałem dzisiaj po raz drugi pana ministra i robiłem to z dużą przyjemnością, słuchałem też wystąpienia sejmowego – trudny problem, w tej chwili też na posiedzeniu komisji. W wystąpieniu pana prezesa forma zaś była ponad treścią. Panie Prezesie, ja jestem starszym lekarzem, doświadczonym, wiele lat na kierowniczym stanowisku. Przecież my wszyscy tu obecni mamy jeden wspólny cel: zabezpieczyć zdrowie pacjentów. I właściwą formą ludzi kulturalnych w XXI wieku są rozmowy i negocjacje, potwierdził to przed chwileczką pan minister. Nie można rezygnować z rozmów. Chciałbym powiedzieć, że pan prezes ma fantastycznego zastępcę, pana prezesa Mazura, którego z przyjemnością słuchałem w bardzo trudnym programie „Tygodnik Polityczny Jedyński” – był tam atakowany, ale wzbudzał sympatię środowiska. Pan prezes zaś nie ma chyba pozytywnej osobowości medialnej, przepraszam, i dlatego radziłbym ważyć słowa, bo strzela pan samobójcze bramki.

Proszę państwa, wiedzmy, że tutaj walczymy o rzecz fantastyczną. Ja nie wiem, może się mylę, ale chyba jedenaście czy dwanaście tysięcy przedsiębiorców niezadłużonej części służby zdrowia to jest ważna część tej służby – myślę tu o POZ. Przed

zadaniem, które nas czeka, zmianą formy SPZOZ na spółki, musimy pozyskać wszystkich, także lekarze POZ będą naszymi sojusznikami, jeżeli ich przekonamy.

Stąd prośba, Panie Prezesie, naprawdę: rozmowy, rozmowy i jeszcze raz rozmowy. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.

Pan senator Janusz Bielawski.

Senator Janusz Bielawski:

Dziękuję.

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Panie Prezesie!

Pani Przewodnicząca, w pani wstępnym przemówieniu pojawił się taki passus, że właściwie nie wiadomo, czy tego typu rozmowy mają sens. Ja uważam, że za bardzo sensu nie mają. I odwołam się tu do konferencji, która się odbyła 9 marca ubiegłego roku, a zatytułowana była „Narodowa Ochrona Zdrowia – konsultacje”. Pozwoliłem sobie wtedy wystąpić i zabrać głos również na temat nocnej wyjazdowej opieki lekarskiej. I co było tam powiedziane? Otóż, że lekarze rodzinni zobowiązani będą do świadczenia nocnej wyjazdowej pomocy lekarskiej w domu pacjenta, jeden dyżurujący lekarz powinien przypadać na rejon zamieszkały przez dwadzieścia do trzydziestu tysięcy mieszkańców, dyżurujący lekarze opłacani byłiby w oparciu o stawkę dyżurową, która zawierałaby również opłatę użytkową za korzystanie z samochodu prywatnego, niezbędnego do realizacji świadczeń. Pan minister Łapiński zakładał, że program ten zostanie wprowadzony w październiku 2002 r., co wyraźnie było napisane na stronie 26 programu narodowej ochrony zdrowia. Było to stwierdzenie życzeniowe – bo kto miałby płacić za te dyżury? Niezlikwidowane jeszcze kasy chorych czy ministerstwo? Ile zdaniem pana ministra – pytałem – zarabiałby za taki wyjazdowy dyżur lekarz rodzinny? Na te pytania nie uzyskałem wówczas odpowiedzi, ale pan minister był uprzejmy zauważyć, że – „od razu odpowiem, Panie Profesorze, na to pytanie”, mówił – nie chcemy wprowadzać reformy w październiku, ta koncepcja programowa będzie opracowana w październiku, reforma wejdzie w życie w 2003 r. razem z ratownictwem medycznym. Nic nie zostało opracowane, nic nie zostało zrealizowane z tych obietnic.

A pozwolę sobie zauważyć, że w tym całym zamieszaniu z POZ kluczową rolę odgrywa ta nocna pomoc wyjazdowa. Nie wszędzie ona jest fizycznie możliwa do zrealizowania, a poza tym pieniądze, które miały na ten cel być przeznaczone, jakos gdzieś zniknęły. Wobec tego lekarz rodzinny czy lekarz pierwszego kontaktu, jakkolwiek by go zwać, ma mieć oprócz swoich obowiązków jeszcze dodatkowe obowiązki, dodatkowe wydatki – chociażby na utrzymanie samochodu. Wydaje mi się, że ten projekt, to pociągnięcie nie było przemyślane do końca. Ja tutaj słyszałem, że są miejscowości, regiony, gdzie jest ta nocna pomoc wyjazdowa realizowana, więc zadaję pytanie: za jakie pieniądze?

Odnoszę wrażenie, że kiedy pojawił się konflikt z lekarzami pierwszego kontaktu, wtedy zaczęło się szukanie wyjścia. No najlepszy przykład to wypowiedź wyjątkowo aroganckiego pana, pana Aleksandra Woźnego, dyrektora dolnośląskiego oddziału funduszu – on wie, co ma zrobić. I lęgną się idiotyczne pomysły – a to załatwi izba przyjęć szpitala, a to w jakiś inny sposób się te sprawy zrealizuje. A przecież, pro-

sze państwa, zanim się strzeli, trzeba nabić, bo tylko poleci Panu Bogu w okna. Proszę jeszcze łaskawie zwrócić uwagę na jedno. Negocjacje, konkurs ofert – to wszystko są eufemizmy. Przytoczę dowcip, który krąży w środowisku lekarskim. Jaka jest różnica między terrorystą, który trzyma zakładników w samolocie, a funduszem? Bardzo istotna – z terrorystą można pertraktować. (*Wesołość na sali*)

I teraz jeszcze jedna kwestia. Jeżeli są trudności w sfinansowaniu wszystkich potrzebnych usług, to wreszcie powiedzmy oficjalnie społeczeństwu, że jak pacjent przychodzi do szpitala czy do lekarza, nie należy mu się wszystko. I chciałbym tu podać taki przykład: była kontrowersja między okulistą a pacjentem, któremu wyznaczono wizytę za jakiś czas, a ponieważ żyjemy w dobie telefonii komórkowej, pacjent ten zadzwonił do oddziału funduszu – to również działo się we Wrocławiu – i pani z tego oddziału udzieliła odpowiedzi, że wszystko mu się należy, że lekarz nie ma racji, więc pacjent podał ten telefon lekarzowi i wtedy się zaczęła inna rozmowa. Jest bardzo wiele takich sytuacji, że lekarz jest zobowiązany do udzielenia takiej czy innej usługi – bardzo nieładnie to się nazywa – bo musi, a za to mu nikt nie zapłaci. Koszyk świadczeń, Panie Ministrze, koszyk świadczeń jest potrzebny. Niech obywatel wie, że za tę składkę, którą płaci do funduszu, należy mu się to, to, to i to.

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Panie Senatorze, cieszę się, że pan senator o tym mówi. Nie było do tej pory tego w programie SLD. Rozumiem, że będę miał sprzymierzeńca w osobie pana senatora, kiedy przedstawimy ten pomysł przy okazji budowania dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, bo to będzie nakazywało mówienie o koszyku świadczeń gwarantowanych, czy to negatywnym, czy innym – prace nad tym trwają.

Senator Janusz Bielawski:

Na pewno nie będzie miał pan we mnie sojusznika, jeżeli chodzi o przekształcanie zozów i szpitali w spółki prawa handlowego. Na pewno nie.

(*Minister Zdrowia Leszek Sikorski:* Myślę, że przekonam pana senatora również do tej kwestii.)

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Chciałabym trochę panować nad sytuacją...

(*Senator Janusz Bielawski:* Dziękuję bardzo.)

Bardzo proszę, Panie Doktorze.

(*Wiceprezes Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce Jacek Łuczak:* Ja?)

Pan, tak, tak, bardzo proszę. Tylko proszę się przedstawić.

**Wiceprezes Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
Jacek Łuczak:**

Dziękuję bardzo.

Nazywam się Jacek Łuczak i reprezentuję Kolegium Lekarzy Rodziny w Polsce.

Chciałbym przede wszystkim podziękować za zaproszenie na to spotkanie i za jego zorganizowanie. Uważam, że jest to bardzo ważne. Jest mało okazji do rozmawiania na ten temat, jesteśmy więc bardzo wdzięczni za to zaproszenie i za zorganizowanie tego spotkania. Chciałbym również podziękować bardzo osobom, które podjęły się tej misji, podjęły się w imieniu środowiska rozmów z panem ministrem i z panem prezesem, chciałbym podziękować panom senatorom i innym osobom – mam nadzieję, że ich działania będą przynosiły jakieś efekty.

I na początku chciałbym powiedzieć kilka słów pod adresem pana ministra. Niedobrze się stało, że ten dialog pana ministra z lekarzami rodzinnymi został zerwany – tak to oceniamy – że musimy prosić jakby o jeszcze dodatkowe osoby. I chciałbym w tym swoim wystąpieniu troszkę usprawiedliwić działania Wielkopolskiej Izby Lekarskiej – uważamy, że do pewnego stopnia izba ta zrobiła słusznie. Zresztą Naczelna Izba Lekarska, jak pan minister wie, też ma różne poglądy na ten temat i trochę się dziwi, że pan minister tak zdecydowanie stanął po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia, bo przecież sam pan minister powiedział, że lekarze medycyny zaryzykowali swoim życiem zawodowym, pacjentami, i przypuszczam, że pan minister, jako lekarz, nie sądzi, że działali nieodpowiedzialnie, lekkomyślnie, bez jakiegoś uzasadnienia.

To nie jest tak, Panie Ministrze, że 20% lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej jest złych i 80% dobrych. Te 80%, które złożyło dokumenty na konkurs ofert, jak pan minister na pewno wie, złożyło je nie tak, jak sobie tego Narodowy Fundusz Zdrowia życzył, a więc uwarunkowało kwestię podpisania ostatecznie umów od wielu różnych czynników, zgłosiło wiele zastrzeżeń. W tej chwili w Polsce w bardzo różny sposób, niekiedy dość brzydki, rozgrywa to Narodowy Fundusz Zdrowia. I podam przykład z Podkarpacia. Protokół z negocjacji, w cudzysłowie negocjacji – w jednej tabelce propozycja oferenta, w drugiej propozycja Narodowego Funduszu Zdrowia – bez odbycia negocjacji został przesłany do tych podmiotów czy przedmiotów, nie wiem, jak mawiać, do tych dostawców świadczeń POZ; i protokół ten po prostu po stronie komisji konkursowej jest już podpisany przez pana Turczynowskiego, a oferent ma się już tylko podpisać po stronie oferenta i odesłać protokół jako wynik porozumienia. Otóż my takim porozumieniem nie będziemy się poważnie zajmować. I nie chodzi o to, do czego pan prezes Panas wielokrotnie nawiązywał, nie chodzi o to, że będą kolejne negocjacje – bo one będą, tak, ale w tym stylu. Obawiamy się po prostu o styl funkcjonowania oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Chęć powiedzieć, że są to kontrakty typu kontrakt diabła i Twardowskiego – Twardowski z góry zakładał, że wykiwa diabła. Odnosimy takie wrażenie, że narodowy fundusz też to zakłada – nie wiem, być może jest to wrażenie mylne, ale chcielibyśmy się o tym przekonać. Nie mamy dowodów, w tej chwili zbieramy informacje z kraju. Chodzi po prostu o to, żeby tak to wszystko zrobić, żeby część tych pieniędzy zaoszczędzić czy później gdzieś przerzucić. Nie znajdujemy potwierdzenia tego, że równo traktowane są podmioty, i nie znajdujemy potwierdzenia tezy, że stawki w roku ubiegłym były podobne do tych, które są w tym roku.

Obawiam się, Panie Ministrze, że nie jesteśmy jedyną stroną, która tak sądzi, bo przecież w obronie lekarzy rodzinnych stanęli prawie wszyscy ministrowie poprzednich rządów – wymienię tylko pana ministra Sidorowicza, pana ministra Maksymowi-

cza, pana ministra Opalę, a jeżeli byłyby argumenty, że są to opozycyjni ministrowie, to również wymienię pana ministra Kuszewskiego, pana ministra Balickiego i pana ministra Mariana Miśkiewicza. Te wszystkie osoby w dużym stopniu przyczyniły się do rozwoju medycyny rodzinnej – może nie wszyscy w jednakowym stopniu... Przynajmniej utrzymywany był ten model. Wyglądało to różnie – w roku 1999, kiedy weszły kasy chorych, POZ była elementem wizji systemowej i autentycznie była wspierana, w strukturze wydatków przeznaczonych było na nią 14%, w tej chwili jest 10% z kawałkiem. Panie Ministrze, to nie jest tak, że ten protest wziął się z niczego.

Jest jedno pytanie: co się stanie – to jest pytanie i do pana ministra, i do pana prezesa – jeżeli lekarze nie przystąpią do rokowań zaproponowanych na tych samych zasadach, w ten sam sposób? Na to pytanie musimy sobie odpowiedzieć, ponieważ wcale nie jestem pewien... Rozmawiałem właśnie z lekarzami rodzinnymi z Opolszczyzny i oni nie pozwolą się traktować, że tak powiem, indywidualnie, uważają bowiem, że to powinno być rozwiązanie systemowe dla wszystkich województw. Obawiam się, że nawet jeżeli oni zgodzą się ze względów strukturalnych na rozmowę z oddziałem wojewódzkim, to będą reprezentować również poglądy wszystkich lekarzy z innych województw i trzeba być przygotowanym na to, że będzie konieczność wspólnego rozwiązania problemu. I być może w związku z tym, nie wiem, lepiej byłoby po prostu – być może jest to trudne legislacyjnie – unieważnić ten konkurs, zgodzić się jednak na to, na co się posłowie nie zgodzili – dzisiaj czy wczoraj – żeby jeszcze przedłużyć ten termin na te trzy miesiące, unieważnić konkurs, usiąść, załatwić sprawę od początku do końca tak, jak trzeba. Na przykład tak jak w Danii – mały kraj, budżetowy system, bardzo dobry system opieki zdrowotnej. Tam po prostu w takim przypadku negocjuje się z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej zasady i po wynegocjowaniu obniża się koszty transakcji, nie ma potrzeby wzywania wszystkich, jeżdżenia. Ja się wcale nie dziwię temu dyrektorowi z Podkarpacia, bo po co miał wszystkich wzywać i im to samo, że tak powiem, narzucać, skoro wszystkim narzucił w ten sposób, że rozesłał i chciał, żeby mu przysłali odpowiedź – to jest dużo prostsze.

Więc jeżeli tak to ma wyglądać, to być może jednak musimy zdecydować się odłożyć na bok obawy, że to wywoła sytuację, nazwijmy ją w ten sposób, monopol na monopol. Istotne jest, żeby to zrobić w sposób racjonalny. Jesteśmy gotowi rozmawiać z panem ministrem, w jaki sposób zbudować reprezentację świadczeniodawców, żeby to było wiarygodne i potem mogło obowiązywać w kraju. I najważniejsze jest, żeby te zasady ustalić w duchu negocjacji i porozumieć się co do przyszłości. My rozumiemy, jak mówi również Porozumienie Zielonogórskie, sytuację ekonomiczną, tylko chcielibyśmy... No bo skoro POZ jest ważna, bo Światowa Organizacja Zdrowia, Zdrowie 21, bo miejsce w systemie itd., jeżeli to wszystko jest elementem wizji osób sprawujących władzę, to za tym musi iść, nie wiem, obietnica czy zapewnienie, i to na piśmie, że w roku następnym będzie 12%, w kolejnym 13%, po to, żebyśmy odbudowali to, co zaczęliśmy powoli rujnować. Ludzie muszą planować, to są prywatne instytucje, to nie jest system wojskowy ani państwowy, w przypadku którego można dzisiaj dać, jutro dorzucić i jakoś posztukować. Ludzie włożyli mnóstwo swoich prywatnych pieniędzy w system opieki zdrowotnej i my nie możemy się tym bawić jak klockami lego, to się po prostu nie uda.

Kończąc już, chcę powiedzieć, że bardzo pragnęlibyśmy rozwiązania tego problemu. Znamy pana ministra jako człowieka o dużej kulturze, samorządowca, człowie-

ka, który bardzo dobrze z nami w pewnym okresie współpracował – ten zespół, który z panem ministrem budował POZ, to były te jaskółki – i liczymy na to, że pokonamy te problemy właśnie w duchu duńskim czy podobnym.

I na koniec chcę powiedzieć jeszcze jedną rzecz. Rzeczywiście w pewnym momencie zostałem włączony w kwestię zakresu świadczeń gwarantowanych, ta dyskusja wraca i bardzo niebezpieczne są takie jednoznaczne wypowiedzi jak pana prezesa narodowego funduszu w kwestii dopłat, współpłacenia, opłat, dlatego że nie wiemy, Panie Ministrze, czy za chwilę, kiedy będziemy budowali system świadczeń gwarantowanych, nie okaże się, że jednak tak zwane nieuzasadnione wizyty, to się zdarza w niektórych krajach, nie będą objęte dopłatami. Żebyśmy potem nie musieli się wycofywać z czegoś, co w pewnym momencie zanegowaliśmy... Zatem istotne jest kompleksowe spojrzenie na kwestie zakresu świadczeń gwarantowanych i oczekiwanie z decyzjami o współpłaceniu czy dopłatach do momentu, kiedy się wykrystalizuje propozycja owego koszyka. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Proszę bardzo.

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Panie Doktorze, powiem tak. Ja również mam poczucie pewnego zawodu, że dialog został przerwany i choć zawsze trzeba krytycznie spojrzeć na swoje postępowanie, to nie do końca mam wrażenie, że to ja jestem stroną, która zerwała dialog. Dla mnie zerwaniem dialogu jest nieprzystąpienie do konkursu.

Bardzo wiele merytorycznych wątków było zawartych w wystąpieniu pana doktora i postaram się do części z nich, do tych, które zapamiętałem, się ustosunkować. Przede wszystkim, oczywiście, musimy czerpać wzorce z różnych krajów, ale pamiętajmy, że Dania ma cztery miliony sześćset tysięcy mieszkańców, my jesteśmy prawie dziesięciokrotnie większym krajem, z zupełnie inną specyfiką, mentalnością itd. Dobrze jest przejmować pewne wzorce, ale wie pan doskonale, że nie wszystko da się przejąć w sposób prosty i oczywisty.

Druga sprawa. Zastanawiam się, czy dialog, którego państwo oczekujecie, jest do końca dialogiem. W wystąpieniu pana doktora bowiem pobrzmiewała pewna nuta jednoznacznie sugerująca, żeby nie mieć takiej pewności co do tego, czy w nowym konkursie, czy w nowych rokovaniach, które zostaną zgłoszone, istnieje szansa za kontraktowania tych świadczeń. Ja odbieram to jako przesłanie: nadal będzie tak samo. Bo czymże innym, jak tylko takim wyjściem, jest dalsze takie rozumowanie i przedstawianie pewnych projekcji? Pan doktor dotyka kwestii koniecznych zmian legislacyjnych, które miałyby nastąpić. Ja uważam, że propozycje, które do tej pory wychodziły z mojej strony, a więc propozycje zaakceptowania tego, co zostało przygotowane nie przez tydzień i przedyskutowane... Pan doktor doskonale wie, że zespół do spraw medycyny rodzinnej powołałem na przełomie czerwca i lipca, decyzja o tym, pierwsze konsultacje i pierwsze nieformalne rozmowy były w czerwcu – mówiliśmy o tym przy okazji naszych spotkań, przy okazji zjazdów medycyny rodzinnej, a potem już zostało to sformalizowane. I przez kilka miesięcy, na kilku spotkaniach z państwem środowiskiem nie udało się wypracować konsensusu, nawet co do współpracy w ramach tego

środowiska – do dzisiaj trwa spór pomiędzy lekarzami rodzinnymi a pielęgniarkami, do dzisiaj w gruncie rzeczy polemizują ze sobą Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej. Pan doktor doskonale wie, że jest to jeden z tych elementów, którym się interesuję i w którym się orientuję – bo nie jest żadną tajemnicą, a dla osoby publicznej tym bardziej ważne jest, żeby to było dopowiedziane, że moja żona pełni funkcję konsultanta wojewódzkiego do spraw medycyny rodzinnej w dwóch województwach, akurat w województwach wielkopolskim i lubuskim. I nie kreując się na specjalistę w tym zakresie, chcę tylko powiedzieć, że staram się znać sytuację, związki formalne i nieformalne decydujące o tej sytuacji, z którą mamy do czynienia.

Myszę, że jak najbardziej powinniśmy toczyć dalej dialog ze środowiskiem lekarzy rodzinnych i pielęgniarek rodzinnych, także między tym środowiskiem a pozostałymi lekarzami pracującymi w ambulatoriach czy w szpitalach, bo bez widzenia tego w szerszym aspekcie, a nie tylko poprzez pryzmat ważnej, podstawowej specjalności, jaką jest medycyna rodzinna, tego problemu nie rozwiążemy. Nie mogę dzisiaj dać gwarancji, że rozwijająca się medycyna rodzinna będzie zawsze mogła korzystać ze wzrostu środków ze składki. Możemy to zaplanować dopiero wtedy, kiedy będziemy obniżać poziom finansowy innych sektorów albo nastąpi ogólny wzrost finansowania. I pan doktor doskonale to przecież wie.

W nawiązaniu do wcześniejszej wypowiedzi pana senatora chcę powiedzieć, że mam przed sobą zestawienie UNUZ z grudnia 2002 r., są to materiały z kas chorych. Analizujemy, co było zawarte w stawce podstawowej lekarza POZ: świadczenia lekarza POZ, pielęgniarki, badania diagnostyczne, całodobowa opieka medyczna, transport sanitarny i rehabilitacja. Państwo doskonale znacie te zestawienia i wiecie, że tylko w dwóch kasach nie było w stawce podstawowej badań diagnostycznych, że całodobowa opieka medyczna nie funkcjonowała w pięciu, sześciu, siedmiu, ośmiu, dziewięciu kasach, czyli w pozostałych funkcjonowała, że transport sanitarny nie funkcjonował w pięciu regionalnych kasach chorych, a rehabilitacja występowała w dwóch. Chcę przez to powiedzieć, że wiele rozwiązań tu i tam funkcjonowało w różnym natężeniu, w różny sposób. I największa trudność pojawiła się w momencie ujednoczenia i przeniesienia tego punktu ustawy tak, by dotyczył całej Polski. Bo przecież pan doktor doskonale wie, że czasem nie tyle względy finansowe o tym decydowały, ale także względy organizacyjne. Czym innym podyktowana jest niechęć przystąpienia do konkursu na przykład w województwie podlaskim, gdzie stawka wzrosła, ale organizacja nie jest odpowiednia, a czym innym w województwie wielkopolskim, gdzie stawka kapitacyjna była 93 zł, a spadek do 85 zł spowodował brak woli przystąpienia do konkursu, gdzie opieka całodobowa funkcjonowała, a została zdjęta z kontraktu w połowie ubiegłego roku i organizowano ją przez koordynację zespołów albo przejęcie przez pogotowie.

Tak że namawiałbym i prosił... Ja nie zrywam dialogu, ja cenię sobie państwa wiedzę i przedsiębiorczość. Doceniam to, że w pewnym sensie ubyło publicznej opiece zdrowotnej kosztów, kłopotów organizacyjnych itd., bo przecież to podniesienie standardu i państwa zaangażowanie jest ważne. Ale, na Boga, proszę, żebyśmy nie tworzyli takich samych sytuacji, bo to niestety jest akcja i reakcja, nie dopuszczali do takich samych wzorów zachowań tylko po przeciwnej stronie, które polegają na dyktowaniu warunków, bo przecież państwo znają swoją pozycję, mocną pozycję, a pan doktor

właściwie zasugerował, że może w drugim podejściu powtórzy się ta sytuacja. W tym momencie brzmi to groźnie, a wolałbym, żebyśmy jednak pozwolili spokojnie przeprowadzić te zmiany. Ta nowelizacja i okres trzech miesięcy niewiele nam pomogą, będziemy tak samo się spierać i tak samo nie będziemy dochodzili do porozumienia. A w gruncie rzeczy porozumienie oznacza większe środki finansowe dla państwa i konieczność zabrania tych środków komuś innemu, bo nagle pieniądze się nie pojawiają, a nie sądzę, żeby gdziekolwiek powstała inicjatywa umożliwiająca zwiększenie dopływu środków, byłyby to środki wirtualne. Rzeczywiście mogą się one pojawiać w trakcie funkcjonowania systemu.

I wreszcie ostatnia sprawa. Ja podtrzymuję swoje słowa, że decyzja Wielkopolskiej Izby Lekarskiej nie była rozważna i nadal łączę, w tym wypadku, sprawy etyki i sprawy solidarności zawodowej z tą sytuacją, która miała miejsce. Mogę mieć jako członek izby lekarskiej takie zdanie i nie sądzę, że bym był odosobniony w tej opinii, trzeba to oczywiście potraktować jako fakt. Powiedziałem również w którymś momencie, publicznie, że trzeba czym prędzej o tym zapomnieć, wyciągnąć z tego wnioski, a nie budować przyszłości na emocjach i reakcjach, które są wynikiem polaryzacji stanowisk. Naprawdę istnieje możliwość dalszego dopracowywania sposobu funkcjonowania opieki zdrowotnej i procedur w szpitalach, ale nie zrobimy tego, Panie Doktorze, w trzy miesiące, bo nie udało nam się dojść do tego konsensusu przez pół roku. Możemy to zrobić w trakcie funkcjonowania tego systemu, a myślę, że niektóre z tych problemów czy wątpliwości okażą się nie tak straszne i nie takie, jak je w tej chwili widzimy. Dajmy sobie po prostu tę szansę. Taka jest moja propozycja.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.
Pan Rafał Niżankowski.

**Członek Honorowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
Rafał Niżankowski:**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Wydaje mi się, że ta dzisiejsza dyskusja zmierza do odpowiedzi na pytanie, czy należy rozmawiać. Rozmawiamy właściwie o tym, czy należy rozmawiać. Jeżeli dobrze zinterpretowałem stanowisko funduszu, to właściwie nie ma sprawy. No więc pytanie: czy jest sprawa, czy nie ma sprawy? Czy jeżeli są zaspokojone potrzeby w 1/3, jak pan prezes powiedział, to jest sprawa czy nie ma sprawy? Czy to kilku jakichś nierozgarniętych albo niezbyt dobrze nastawionych do nowego systemu lekarzy nie złożyło oferty, czy też jest to poważniejszy problem, coś w tym tkwi?

Myślę, że taki problem można rozwiązać na dwa sposoby. Można niejako przez zderzenie – i tutaj to tak właśnie wygląda. Fundusz ma poczucie siły i mówi: no to najwyżej wam odpuścimy, zrobimy drugi raz taki sam konkurs, na który poprzednio nie złożyliście ofert, a teraz, jak zmadrzeliście, już je złożycie. No, czyli postawienie się w charakterze takiego dobrego cara batuszki, który tym razem dzieciom wybaczy, jeszcze raz mogą iść i zrobić to, co mieli poprzednio. I to zderza się z pewnym poczuciem lekarzy, którzy wiedzą, że jak się zorganizują, to będą mieli siłę. I w związku z tym są zawody, która siła będzie większa, która wygra. Była mowa o znowie mono-

polistycznej, a ja muszę powiedzieć, że nie ma oczywiście większego monopolu niż fundusz, a tutaj te dwa monopole próbują porównać swoje siły.

Jest też druga możliwość: negocjacji, rozmowy, poszukiwania problemu, bo tak naprawdę jest tutaj pewien problem. Ja osobiście zgodziłem się być w tej grupie czterech osób, grupie misji dobrej woli, ale nie dlatego, żebym chciał, Panie Prezesie, tracić na to czas, nie dlatego, żeby mi zależało na prowadzeniu takich rozmów, ja mam dużo zajęć i to jest dla mnie dodatkowe obciążenie, ale dlatego, że uważam, iż problem dotyczy i jednej, i drugiej strony. Wyczuwam, że po jednej i po drugiej stronie jest pewien lęk przed znalezieniem jakiegoś ustępstwa. Myślę, że fundusz, ze zrozumiałych względów, jest zalekniony, że jakieś ustępstwo mogłoby posypać, że tak powiem, plan finansowy, a to mogłoby skończyć się dużym deficytem. Ale lekarze też oczywiście mają swoje lęki. Dlatego też myślałem, że potrzebna jest ta misja dobrej woli, ale teraz mam pewne wątpliwości, czy jest ona w ogóle możliwa.

Zadziwiło mnie zwłaszcza zaprezentowane ze strony funduszu takie poczucie jasnej przyszłości: oto uwolnią się jakieś środki, które coś tam pozwolą poprawić. Proszę państwa, nic się nie uwolni i nic się nie poprawi. To, co fundusz wprowadza, jeżeli chodzi o specjalizację... Ja notabene jestem specjalistą angiologiem, a nie lekarzem rodzinnym – mówię to, żeby było jasne, że tutaj nie bronię swego. System, który wprowadza fundusz, to jest czysty *fee for service*, to jest coś, przed czym na świecie nas ostrzegano przez ostatnich kilkanaście lat, ostrzegano, żebyśmy nie robili tego błędu. To jest system, którego nie wytrzymuje ani Ameryka, ani wiele krajów zachodnioeuropejskich znacznie bogatszych od nas. My, taki biedny kraj, nie możemy iść w kierunku takiego systemu, który będzie prowadził do zwiększenia napięcia, do problemów dużo większych niż ten dzisiejszy. No, ale idziemy. Idziemy z takim poczuciem, że nic się nie dzieje, że będzie fajnie, będzie świetnie, będziemy mieli system *fee for service*.

Jakie jest rozwiązanie dla kraju, który jest słaby finansowo? Wzmocnienie medycy rodzinnej, wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej, bo wszędzie na świecie, gdzie ta medycyna jest w miarę znaczącym elementem systemu, tam wydatki na ochronę zdrowia są relatywnie niższe niż w tych krajach, gdzie jest słaba. I to rozwiązanie dobrze się sprawdziło w wielu krajach. Tymczasem słyszę tutaj, że polityka zdrowotna to jedno, a kupowanie świadczeń to drugie. Nie, przez kupowanie świadczeń, przez sposób kupowania świadczeń, przez ustalenie warunków kreuje się politykę. Tak, kreuje się politykę. I to jest w tej chwili oczywiste: należy kreować politykę – a teraz generalnie uderza ona w podstawową opiekę zdrowotną, czyli w to, co taki biedny kraj jak Polska powinien raczej hołubić, rozwijać i wspomagać.

Pytanie więc jest takie: czy jest szansa na to, żeby o tych sprawach dyskutować? Oczywiście to gremium jest zbyt duże i zbyt chyba zróżnicowane, żeby o tych sprawach dokładniej dyskutować, ale wydaje się, że taka dyskusja miałaby sens, gdyby po obu stronach istniała wola. Bardzo sobie cenię to, że pan minister kilkakrotnie podkreślał tutaj – wcześniej na spotkaniu z nami i dzisiaj – potrzebę dialogu. Przede wszystkim potrzebny jest dialog między stronami konfliktu, czyli w tym wypadku między środowiskiem podstawowej opieki zdrowotnej a funduszem. I tutaj jest taka kwestia, czy też sprawdzi się to odczucie, że monopolisci nie lubią żadnych dyskusji, i czy nieświadomie, niechcący fundusz nie uczyni wysiłku w kierunku zlikwidowania się, czy sam nie doprowadzi do tego, że zostanie zlikwidowany. Myślę, że jeżeli fundusz będzie pokazywał taką pozycję monopolisty, to będzie to sprzyjało pomysłom, żeby go

zlikwidować, jeżeli zaś okaże się sprawnym w osiąganiu konsensusu, ma szansę przetrwać. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Pani senator Janowska, następnie pan profesor Pużyński, później poproszę panią i pana, i to byłaby taka seria. Aha, i pan senator Lubiński.

Proszę bardzo, Pani Senator.

Senator Zdzisława Janowska:

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Panie Prezesie! Szanowni Państwo!

Najpierw, zgodnie z sugestią pani przewodniczącej, zadam kilka pytań i wyrażę swoje opinie pod adresem pana ministra.

Ja nie czuję żadnej satysfakcji z dotychczasowych wypowiedzi pana ministra, choć na pewno pana zachowanie jest daleko bardziej do przyjęcia niż zachowanie przedstawicieli funduszu. Niemniej ani jedna, ani druga strona nie czuje, zdaje się, tego, co ja czuję i co czuje chyba większość naszego społeczeństwa. Zachowujemy się tak, jak byśmy nie czuli grozy, grozy pacjenta, chorego pacjenta, który nie ma siły, żeby tutaj przyjść i, mówiąc brzydko, po prostu nas rozgonić. Bo gdyby ci pacjenci byli zdrowsi i mieli trochę mniej lat, to byłiby tu pod parlamentem, bo to, co się dzisiaj dzieje, chyba jeszcze nigdy się nie działo. Kiedy to obserwuję, te obrazki w telewizji, ja mogę tylko usiąść i płakać. Nie wiem, czy ktoś z was to samo czuje, czy nie? Ja czuję swoją bezsilność, mimo że jestem parlamentarzystką. Mnie się w głowie nie mieści, że może dojść do takiej sytuacji, jaką obserwujemy. W Bydgoszczy siedzą płaczące osoby, które nie mają żadnych szans, żeby dostać się na badanie – i te słowa adresuję do pana ministra – bo szpitalom się skończyły limity.

W mojej Łodzi, szef mojego ośrodka onkologicznego mówi: mnie się dawno skończyły limity, ale ja wszystkich przyjmę. Ale skoro mu się skończyły limity, to jego zadłużenie będzie coraz większe, a pan premier Hausner, mając pełne przyzwolenie pana ministra i rządu, przygotowuje następny kwiatek – mamy się prywatyzować, bo wtedy znikną długi. Raz te szpitale oddłużymy, a potem one już mają się martwić same o siebie. Ja bardzo przepraszam, może ktoś nie rozumie, a być może duża część nie rozumie, funkcjonowania spółek, jakimi będą spółki użyteczności publicznej, ale mówienie i wmawianie nam, że to uzdrowi sytuację, jest bardzo poważnym błędem. Kiedy będziemy na ten temat dyskutować, kiedy pan będzie usiłował nam wmówić, że nareszcie służba zdrowia stanie na nogach, to ja podobnie jak kolega senator będę mocno się z panem ministrem kłóciła. Nieprawda, absolutnie nieprawda. To będzie tak jak z prywatyzacją przedsiębiorstw, które prędzej czy później zamiast zostać uzdrowione po prostu padły. Sieć krajowa, którą pan proponuje, będzie to jedyna sieć. Pan zakłada, że może w skali kraju będzie taka mapa szpitali, do których ludzie z odległych miejsc, bardzo trudnych komunikacyjnie, będą mogli przyjechać i nie będą musieli płacić...

I czuję taką gorycz, gorycz – i mówię to pod adresem pana ministra. Jest końcówka roku, społeczeństwo jest zagubione, przestraszone, kobiety, które mają nowotwór, nie mają szans na badania radiologiczne, nie mają szans na operacje i siedzą jak

te biedne sieroty pod drzwiami lekarzy, błagając o pomoc. Przepraszam, to jest horror, horror w Polsce, która wchodzi do Europy, horror, który zafundowaliśmy ludziom.

Mówię tylko o tym, co widzę, o tych obrazkach, ale mówię to jednocześnie w kontekście tego, co pan prezes był uprzejmy powiedzieć – a spotkałmy się parę dni temu i dwa tygodnie wcześniej. Później wyczytałam wypowiedź pana prezesa: jeśli lekarze rodzinni nie podpisali kontraktu, to przecież pacjent będzie się leczył, bo pacjent trafi do szpitala i szpital mu zapewni pełną opiekę; pacjent nie będzie pozostawiony sam sobie, bo będzie się leczył w szpitalu. Te obrazki, o których mówię, a które widzimy, są nagminne. Do tego jeszcze dodajemy tych pacjentów lekarzy rodzinnych, bo jest tutaj przedstawicielstwo lekarzy rodzinnych, którzy nie chcieli się z tym zgodzić... I to były sprawy do pana ministra.

A teraz do pana prezesa. Panie Prezesie, my się znamy nie od dziś, my jesteśmy z Łodzi i doskonale pana pamiętam jako prezydenta mojego miasta. I ja zdaję sobie z tego sprawę, że panu trudno zachowywać się inaczej – dowód tego pan dał wtedy, kiedy się spotkałmy, dwa tygodnie temu. Spytałam wtedy: a co będzie, jak nie podpiszą kontraktu? Podpiszą – powiedział pan. A co będzie jak nie podpiszą? No to nie podpiszą, ale na pewno podpiszą. No i nie podpisali. Pan założył, że podpiszą, teraz nie podpisali. Jest grupa, która mediuje. Grupa mediuje i ja dzisiaj usłyszałam, że pozwala pan lekarzom rodzinnym ponownie zgłosić się do podpisania umów. Mówię więc sobie: widzę, że pan rozumie już grozę sytuacji. No to biegnę do tych lekarzy rodzinnych i chcę się dopytać, czy zmienione będą warunki. A przecież mam tutaj przed sobą wywiad „Lekarz też człowiek” z panem doktorem Robertem Sapą, rzecznikiem Porozumienia Zielonogórskiego, który powiedział, że problem tkwi w tej nieszczęsnej całodobowej opiece lekarskiej, problem tkwi w tych nocnych wyjazdach do pacjenta – w ciągu dnia panowie leczą i w ciągu nocy mają wyjeżdżać, bez względu na bezpieczeństwo. A już nie raz rozmawialiśmy sobie o tym na posiedzeniu komisji polityki społecznej. Większość lekarzy rodzinnych to kobiety. Przy tej tragicznej sytuacji, jaka jest dzisiaj, do tego w nocy... Już nie mówię o tym, że potrzebna jest do tego siła fizyczna, nie mówię już o tym, że jest to niedofinansowanie, mówię o obowiązku i o zadaniu, które jest ponad siły. Nie wiem, jak jest dokładnie, ale myślę, że co najmniej ponad połowa to kobiety. I te kobiety ruszają w nocy do swoich pacjentów. Mówi się również: no to nie muszą, to sobie podnajmą. No jak podnajmą?

(Głos z sali: Za co?)

No właśnie, jak sobie podnajmą, za co? To wszystko już w ogóle przestaje być opłacalne.

No więc nie podpisali, szpital weźmie pacjentów. Ale jak szpital weźmie, skoro dzisiaj nie może sobie poradzić z niczym? Jak weźmie tych ludzi z Olecka, z Suwałk? A jak ten szpital będzie w odległości 70 km, 120 km, to czym dojadą? Jak oni tam mają się znaleźć? Jest to tak bezduszne, jest to tak, według mnie, niehumanitarne, że jest mi wstyd, po prostu jest mi wstyd. Jest mi wstyd, kiedy spotykam się z moimi wyborcami, z ludźmi, którzy do mnie przychodzą i pytają: proszę pani, co to się porobiło? To jest lewica? To jest program wyborczy naszych kolegów? No i co ja mam zrobić? Nie mówiąc o tym, że przecież oni nawet nie dojadą, bo nie mają za co dojechać.

No więc odpowiedź jedna: szpital. Nie ma mowy o szpitalu. Druga: jeszcze raz będziemy wołać i oni na pewno się złamią, bo w opolskim się złamali. Ale ja przypuszczam, że się nie złamią, dlatego że tu nie chodzi o to, że oni na przykład mają za

mało, oni po prostu chcą solidnie wywiązać się z tego zadania. Mediacje polegają na tym, że obydwie strony muszą się dogadać na tyle, żeby pójść na pewne ustępstwa – jedna strona i druga strona również. Wtedy dopiero może być osiągnięty sukces. To nie musi być tak, że pan przyjmie pełną argumentację kolegów, oni również mogą zrozumieć pana racje, ale obydwie strony muszą pójść na ustępstwa – w tym widzę sukces. Jak to zrobicie? Nie wiem, ale nie wyobrażam sobie, żeby mogło być inaczej, bo za chwilę naprawdę stanie się coś bardzo groźnego. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Jedna strona już została zmotywowana...

Teraz pan minister chciałby zabrać głos?

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Chciałbym.

Pani Senator, nie wiem, jakich moich wypowiedzi pani słuchała i jakie chce pani zapamiętać i notować...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Informacja to nie jest pismo obrazkowe i nie zawsze tylko to, co jest podawane w mediach, nawet jeśli są to różne media. Myślę, że informacja, a szczególnie informacja parlamentarzysty, senatora, jest informacją bardzo wnikliwie zbieraną w terenie, uwzględniająca różne miejsca i różne argumenty, w które się należy wsłuchać.

Ja nie przypominam sobie sytuacji, w której starałbym się komukolwiek cokolwiek wmówić. I proszę, Pani Senator, nie sugerować, że będę wmawiał pani i państwu zalety proponowanej ustawy o restrukturyzacji zakładów. Będę przekonywał do argumentów, które są podstawą przyjęcia tej ustawy. Możemy się nie zgadzać, a domyślam się, że tak będzie na tym przynajmniej etapie, ale nie tracę nadziei – jak powiedziałem przedtem panu profesorowi – że uda mi się przekonać. Trzeba mieć szansę zrozumieć skomplikowany system ochrony zdrowia, jaki jest u nas, etap, na jakim jesteśmy, i kolejność zmian, które trzeba podejmować.

Dosyć łatwo mówić: biedny pacjent, tragedia, to nie jest lewicowy program itd. Ja już pomijam pani senator, że ten program był wcześniej przygotowany i zapewne pani senator brała udział w jego przygotowaniu.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No ale jest tak, jak jest, a teraz ja, mimo że tego programu nie przygotowywałem, mocno staram się znaleźć rozwiązania, które będą najlepsze i które będą rozwiązaniami kompromisowymi.

Pani Senator, nie mogę się zgodzić z takim wybiórczym podchodzeniem do tego problemu, czy to w aspekcie lekarzy rodzinnych, czy to w aspekcie proponowanych zmian. Nie tracę nadziei i będę prosił panią senator o indywidualne spotkanie w celu przedstawienia pewnych argumentów po to, żeby pokazać, jak wygląda system w Polsce, jakie są wady i zalety tego pomysłu, co możemy zrobić, co chcemy zrobić, jakie są ograniczenia, ograniczenia finansowe, ograniczenia organizacyjne, bo one występują. Pokażę również to na tle innych systemów ochrony zdrowia i wtedy, mam nadzieję, uda mi się przynajmniej w części zmniejszyć obawy pani senator i przekonać panią do

tych rozwiązań, które dziś proponujemy, i tych, które będą proponowane za chwilę, żeby poprawić to, co jest złe.

Takie stawianie sprawy dziś jest tak naprawdę tylko i wyłącznie propozycją konfrontacyjną. Odchodzimy od tego, co było na początku naszego spotkania: od jasno zadeklarowanej woli konsensusu w tym zakresie na warunkach, które są możliwe do uzyskania w chwili obecnej.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Moje zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie komisji zechciał przyjąć pan profesor Pużyński. Bardzo przepraszam, że pan tak długo czekał na swoją kolej, bo przecież pana problem lekarzy rodzinnych nie dotyczy. Przepraszam pana za to, Panie Profesorze, i bardzo proszę, żeby pan zechciał się wypowiedzieć.

Krajowy Konsultant w dziedzinie Psychiatrii Stanisław Pużyński:

Chciałbym bardzo podziękować pani senator za zaproszenie na to spotkanie.

Szanowna Pani Senator! Szanowny Panie Ministrze! Panie Prezesie!

Po raz drugi występuję w tym szacownym gronie. Prawdopodobnie moje wystąpienie, chyba przed trzema tygodniami to miało miejsce, było zbyt zwężłe i żadnych skutków nie przyniosło, a może nawet nie wywarło wrażenia. Padła oferta, że mam szansę na spotkanie i na rozmowy. Odczytałem więc na tym spotkaniu moje pismo do pana prezesa. W odpowiedzi na nie otrzymałem uprzejme, muszę powiedzieć, pismo, które miało pewną rangę psychoterapeutyczną – zresztą dalsze działania funduszu wobec mojej osoby miały taki sam charakter; ja oczywiście bardzo szanuję psychoterapię, bo to moja domena. Stwierdzono tam między innymi, że pismo nie dotarło w terminie – nie wiem, jak to było – że szkoda, że gdyby wcześniej, to może byśmy mówili itd. Potem jest takie zdanie: „Tym niemniej uważam – podpisał to zastępca pana prezesa – że całość problemów związanych z finansowaniem świadczeń zdrowotnych w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień wymaga dalszych prac, w których kluczową rolę, moim zdaniem, powinien odegrać pan profesor”. Słowem, proszę państwa, pięknie to wszystko brzmi i ja nawet muszę powiedzieć, że przyjąłem to ciepło, tak.

A o co chodzi? Zespół Instytutu Psychiatrii i Neurologii, kierowałem tym zespołem, przygotował założenia do kontraktów i katalog świadczeń – zostało to ocenione bardzo pozytywnie przez narodowy fundusz, były tylko wprowadzone drobne korekty i byliśmy optymistami. Oddawało to mniej więcej to, o co chodzi psychiatrii, która przechodzi okres transformacji. Jest to bolesny proces – przypomnę państwu w dużym skrócie, o co tutaj chodzi – mniej łóżek, mniej szpitali, większa opieka w warunkach ambulatoryjnych. W ciągu kilkunastu lat zlikwidowaliśmy dziesięć tysięcy łóżek psychiatrycznych – wcześniej mieliśmy system dosyć zwartej opieki ciągłej nad osobami poważnie chorymi psychicznie. Wydarzenia lat ostatnich poważnie zburzyły ten system, dotyczy to zwłaszcza ciągłości – system opieki ambulatoryjnej został znacznie osłabiony. I taka jest prawda. W związku z tym to, co przez lata usiłowaliśmy stworzyć, ulega odwróceniu. Liczba rehospitalizacji wzrasta, wzrasta zagęszczenie szpitali psychiatrycznych – a przypomnę, że chcieliśmy obniżyć wskaźnik do czterech czy trzech osób na dziesięć tysięcy. W tej chwili jest ciasno i tłoczno, a system opieki ambulatoryjnej jest mocno naruszony.

I co jest w propozycji finansowania opieki psychiatrycznej? Już nie w propozycji, bo to jest już uchwała i to jest realizowane. W szpitalnym leczeniu psychiatrycznym i odwykowym proponuje się 8 zł 50 gr za punkt, podczas gdy w innych działach medycyny – 10 zł, a w opiece długoterminowej – 9 zł 50 gr. Proszę państwa, to jest przecież ewidentne nieporozumienie. Lecznictwo psychiatryczne kosztuje. Pobyt w szpitalu to nie jest pobyt typu opiekuńczego, jest to aktywna terapia z pełną diagnostyką stanu neurologicznego i somatycznego, jest to kosztowny pobyt. Taka jest propozycja? Ona oczywiście jest nie do zaakceptowania. Ja w swoim wystąpieniu do pana prezesa zwracałem na to uwagę, apelowałem i nawet użyłem słowa „dyskryminacja”. Bo to jest dyskryminacja. Twierdzę, i gotów jestem bronić tego może zbyt mocnego słowa, że jest to dyskryminacja osób chorych psychicznie. To samo dotyczy ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej, tutaj mamy najniższą stawkę – 7 zł 50 gr.

Ta sytuacja spowodowała ostre protesty środowiska. Psychiatrzy może nie są tak aktywni jak inne grupy zawodowe i poza Wrocławiem, gdzie były strajki, psychiatrzy byli mniej aktywni, ale otrzymałem, proszę państwa, kilkadziesiąt listów od dyrektorów, w których opisują oni sytuację – chętnie je przekażę panu prezesowi i jeśli pan minister byłby zainteresowany, jemu też przekażę. Jest to obniżenie realnych nakładów na psychiatrię o 25% do 30%. Takie są szacunki, one są prawdziwe. Codziennie mam dwa, trzy telefony od osób błagających o pomoc i muszę reagować. Ktoś powiedział, że we mnie nadzieja, a ja tej nadziei już nie mam, muszę powiedzieć. Słuchałem wypowiedzi pana prezesa w telewizji i pan powiedział, że są pieniądze na stole i nie mamy, o czym mówić. Nie wiem więc, czy mamy jakiegokolwiek szanse...

Po naszym spotkaniu tutaj w sąsiedniej sali padła oferta, że spotkamy się, będziemy rozmawiali. I rzeczywiście, miałem telefon, spotkałem się – może nie wymienię nazwiska – z osobą w randze raczej nie za wysokiej, pan był uprzejmy i życzliwy, chcę powiedzieć, i chyba rozumie problemy psychiatrii. Zaakceptował nasze propozycje, powiedział, że merytorycznie są znakomite. Prosił, żebyśmy tylko popatrzyli na koszt i spotkali się ponownie po to, żebyśmy pomówili o kosztach. Na drugim spotkaniu, po dwóch tygodniach pan był z lekka zdziwiony i powiedział, że jest niekompetentny, by rozmawiać o problemach kosztów i że utoruje drogę pana profesora Wciórki i moją do jednego z panów wicedyrektorów od spraw finansowych. Do dnia dzisiejszego oczywiście żadnej informacji nie uzyskałem.

Proszę państwa, tak wygląda sytuacja. Ja muszę powiedzieć, że ja potraktowałem zabiegi ze strony funduszu w stosunku do mojej osoby jako zabiegi psychoterapeutyczne, które nie dały żadnych efektów i w związku z tym moja wypowiedź jest dzisiaj dłuższa. Mam sobie do zarzucenia, że byłem zbyt zwięzły na poprzednim spotkaniu i chyba moje argumenty nie trafiły.

Jest niedobrze. Jest niedobrze i uważam, że jest to jednak przejaw polityki nie fair w stosunku do psychiatrii. Nie jest prawdą, że psychiatria jest zamożna, nie jest prawdą, że można na niej zaoszczędzić. Apeluje o poważne traktowanie problemów tego leczenia, bo nastąpi odwrócenie tego, co zrobiliśmy, a to już następuje. Może być zniweczone to, co zapisujemy w przyszłym narodowym programie – pan minister go popiera, jak wiem, i liczymy na to, że ten program będzie wdrożony, pan się odniósł bardzo życzliwie przecież do naszych zamiarów, ale te zamiary mogą być zniweczone przez najbliższych kilka miesięcy przez taką politykę finansowania psychiatrii.

Już w tej chwili mogę państwu powiedzieć, że nie jest dostępna psychoterapia dla osób chorych psychicznie, jest dostępna tylko za pieniądze, tylko poza poradniami zdrowia psychicznego. Sytuacja robi się bardzo poważna, dlatego że my się cofamy.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, psychiatria była zawsze niedofinansowana, zawsze. Ja rozumiałem argumenty, one do mnie przed laty trafiały, kiedy byłem młodszy, może byłem bardziej cierpliwy. Rozumiem – kardiologia, umiera się na serce, nowotwory też są problemem dużej rangi, ale po latach zrozumiałem, że z powodu chorób psychicznych także się umiera. Umiera się, bo samobójstwem, proszę państwa, kończy się od 15% do 20% stanów depresyjnych. To również są choroby śmiertelne i trzeba je leczyć.

Moim zdaniem polityka funduszu w stosunku do psychiatrii, ta, która została tutaj zademonstrowana, jest polityką nietrafną i to wymagałoby sprostowania. Boję się, że jest za późno, bo to wszystko się toczy w tej chwili, to się toczy, są już prowadzone rokowania. Do mnie dzwonią koledzy z pytaniem, czy podpisywać. A ja unikam porad, Panie Prezesie. Unikam. Nie buntuję kolegów dyrektorów. Powiedziałem: to jest wasza decyzja, ja nie mam takiej władzy, zresztą nie wiem, co z tego wyniknie, gdybyście nie podpisali. Tak że tutaj nie odgrywam roli destrukcyjnej, ale z dużym niepokojem spoglądam na losy psychiatrii przy obecnej polityce funduszu w stosunku do mojej dyscypliny. To, co mówię, nie wynika tylko z sentymentu do tej dyscypliny, ale z realnej oceny rzeczywistości, bo ona w rzeczy samej taka jest. Bardzo dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Przy tak ogromnym bezrobociu, jakie istnieje w Polsce, stan psychiczny społeczeństwa wymagałby wielkiego wsparcia, wręcz budowania specjalnych programów, a tymczasem, Panie Prezesie, psychiatria stała się pariasem medycyny, kompletnym pariasem. Zepchnął pan psychiatrię już na sam margines, na skraj, a to może być potrzebne panu, mnie, każdemu z nas.

I ja pana proszę, żeby pan się do tego za moment odniósł, ale teraz obowiązuje nas kolejność wypowiedzi.

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas: Pani Przewodnicząca, muszę ad vocem.)

No jak pan musi, to pan musi.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas:

Najpierw ze zgrozą stwierdziłem, że jeden z senatorów wypowiada się na temat mojego wyglądu – ale o gustach nie chcę dyskutować. A teraz ze zgrozą stwierdzam, że pani przewodnicząca mówi o moim stanie psychicznym. Jestem bardzo zmartwiony...

(Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz: I moim.)

Przepraszam.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Ja nie mówię o pana stanie psychicznym, tylko o stanie psychiatrii polskiej, z której być może przyjdzie nam, nawet za sprawą demencji starczej, skorzystać.

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Jeśli można, Pani Senator, bo pan profesor dotknął tu problemu szerszego. Ten problem nie będzie rozwiązany tylko przez sposób finansowania przez narodowy fundusz świadczeń w psychiatrii, bo przecież to z programu, który będziemy realizować, wynika, jakie inwestycje trzeba poczynić, zarówno te fizyczne, jak i te, które dotyczą mentalności. Chodzi o to, żeby budować środowiskową opiekę, żeby odchodzić od szpitali psychiatrycznych, które są molochami, o to, jakie inwestycje trzeba ponieść. Tego się nie robi, proszę państwa, środkami narodowego funduszu. To jest jasne. To trzeba zrobić pieniędzmi, które są w samorządach, to trzeba zrobić, być może, specjalnym programem.

Ale, proszę państwa, wszystko to, o czym mówimy, mimo że próbujemy pokazać to inaczej, oscyluje wokół środków finansowych, które mamy. Ja gotów jestem otworzyć plan finansowy centrali, choć lepszy będzie poszczególnych oddziałów, i tam, gdzie mogę, wskazywać, jakie jest minimalne pole manewru, żeby przenieść środki finansowe do działów bardziej efektywnych. I, proszę państwa, z całą pewnością jedynym sposobem, w jaki będzie można, ale sukcesywnie, zdejmować środki finansowe, jest ograniczenie leczenia szpitalnego i bardziej efektywne leczenie ambulatoryjne. I opieka podstawowa... No bo przecież dzisiaj koncentrujemy się na opiece podstawowej, o specjalizacjach w ogóle nie mówimy, bo jak mielibyśmy tutaj leczenie specjalistyczne, to prawdopodobnie sześcioprocentowy wzrost nakładów, który jest w tej dziedzinie, byłby niewystarczający, a jak dojdziemy do tych zadłużonych szpitali, o które się martwi pani senator, to dowiemy się, że tam jest... Bo jaki jest powód tego, że część pacjentów czeka na opiekę onkologiczną i pokazuje się te obrazki? Organizacyjny i finansowy. Notabene nie mogę odmówić sobie w tym wypadku komentarza, szkoda, że pani senator tego nie może usłyszeć...

Proszę państwa, jedno zdanie. I znowu ośrodek poznański był tym miejscem, gdzie to wszystko się budowało i tworzyło. W Wielkopolskim Centrum Onkologii stwierdzono bowiem, że przecież Ministerstwo Zdrowia może tak zorganizować onkologię, jak zorganizowało program kardiologiczny. Dla mnie jest to w tej chwili oczywisty lobbing. Polkard wprowadzony został od października tego roku i ma całkiem dobry poziom finansowania i zabezpieczenia świadczeń, na pewno dramatycznie lepszy, że użyję tego określenia, w przypadku zapalenia płuc niż w innych dziedzinach. I tego samego oczekują onkolodzy. Tylko że onkolodzy dzisiaj kończą program, który ma być albo podobnym programem jak program Polkardu, albo będą inne propozycje, bo przecież to tu również padały słowa o zapisach rangi ustawy specjalnej.

Rozumiem oczekiwania, żeby było więcej środków na onkologię, żeby nie było takich sytuacji, jak te pokazywane, ale widzę w tym też trochę niesprawiedliwości. Proszę państwa, centrum w Bydgoszczy uzyskało w ostatnim czasie olbrzymie środki na PET, są zapewnione z budżetu ministra zdrowia środki na wykonanie tych badań, ponad 80 milionów zł z programów polityki zdrowotnej ministra zdrowia było przeznaczonych na ten cel. Ja chętnie dałbym dwa razy tyle, ale, proszę państwa, w takim razie wszyscy sięgnijmy do naszych kieszeni, wszyscy, którzy mówią, że jest za mało, którzy pytają, dlaczego pacjenci muszą czekać, dlaczego tak się dzieje, że mamy taki do tego stosunek. Niech każdy dołoży po 319 zł, bo tyle mniej więcej trzeba by dołożyć do składki na ubezpieczenia, żeby podnieść ją skokowo do 9% czy 10%. Wtedy zlikwidujemy miliardowy dług w systemie ochrony zdrowia i wtedy mamy więcej

projektowanych środków, których nam starczy – choć nikt tego nie sprawdzi, bo takie zdarzenie nie nastąpi – na rok, może na dwa, o czym akurat w tym wypadku świadczą przykłady systemów, w których się daje sześciokrotnie czy siedmiokrotnie więcej środków finansowych, a one też mają deficyt.

Krajowy Konsultant w dziedzinie Psychiatrii Stanisław Pużyński:

Nie chcę polemizować z panem ministrem, dlatego że to, co pan powiedział, jest oczywiście słuszne co do generalnej polityki, ale ja oczekuję, że nie będzie dyskryminowana psychiatria. Nie chcemy 5 gr więcej. Ale dlaczego mniej? Moje pytanie brzmi: dlaczego na opiekę długoterminową przeznaczonych jest 9 zł 50 gr, a na pobyt w szpitalu psychiatrycznym o 1 zł mniej? To jest mój problem. Myślę, że na początku dokonano po prostu niesprawiedliwego podziału środków. Czy to jest do naprawienia? Taka jest intencja moich wypowiedzi. Oczywiście, że nie mam odwagi żądać więcej, bo rozumiem, że po prostu nie ma, ale dokonano chyba nietrafnego podziału.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Cztery samoloty F-16 mniej – całą onkologię by to uratowało, podniosło poziom...

(Minister Zdrowia Leszek Sikorski: Parę posiedzeń komisji senackich mniej, parę...)

Ja jestem pacyfistką, absolutnie przeciwko samolotom.

(Minister Zdrowia Leszek Sikorski: Parę innych rzeczy mniej, wszystko można w ten sposób uzasadnić.)

Inna doktryna wojenna... Przepraszam.

Poproszę teraz panią, następnie pana doktora i pana senatora Lubińskiego.

Proszę bardzo.

Krajowy Konsultant w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego

Ewa Obrzut:

Ewa Obrzut, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, a jednocześnie prezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce.

Pani Senator! Panie Ministrze!

Bardzo dziękuję, że już kolejny raz mogę uczestniczyć w posiedzeniu senackiej komisji zdrowia. Ja również będę chciała podzielić się niepokojem, niepokojem środowiska pielęgniarek i położnych, wszystkich pielęgniarek i położnych, ale w szczególności pielęgniarek rodzinnych.

Zanim jeszcze przejdę do tego tematu, chciałabym podziękować panu ministrowi, że wspomniał o stworzeniu komisji, o możliwości uzgodnień i dojścia do porozumienia w zespole, który powołał, dotyczącym spraw POZ. Jednocześnie, jako konsultant krajowy powołany do tego zespołu, osobiście mam możliwość wytłumaczenia się przed panem ministrem za niezakończenie prac tego zespołu. Nie wynika ono ze złej woli środowiska pielęgniarstwa. Nasze opracowanie, wspólne z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, zostało przesłane do pana dyrektora Warczyńskiego. Chciałabym również powiedzieć, że pielęgniarki i położne rodzinne mają tak jakby w tej

chwili w narodowym funduszu partnera. Zarówno pan prezes Panas, jak i pozostali panowie prezesi wiele razy już z nami rozmawiali i wiele udało nam się osiągnąć, aczkolwiek chcemy jeszcze więcej.

I przejdę do tego niepokoju. Niepokój dotyczy stawek, które są, czyli środków finansowych, ale rozumiem, że jest to ból wszystkich – wszyscy mówią, że jest mało środków finansowych. Ja tutaj bardzo prozaicznie podejść do sprawy i przytoczę cyfry, a państwo sami sobie odpowiedzcie, czy praktyka pielęgniarska jest w stanie utrzymać się za tego typu stawki. Otóż, położnej po wstępnych negocjacjach proponowane jest 30 gr za zaoptowanego pacjenta, normy mówią o sześciu tysiącach populacji żeńskiej zaoptowanej do położnej. Proszę sobie sześć tysięcy pomnożyć przez 30 gr – jest to 1 tysiąc 800 zł na utrzymanie praktyki położnej. Jeśli chodzi o pielęgniarkę rodzinną, dla której normą jest dwa i pół tysiąca zaoptowanych, czyli zebranych deklaracji wyboru pacjentów, to proszę tę liczbę pomnożyć przez 70 gr proponowanych, w niektórych regionach kraju 80 gr, i znowu wychodzi kwota 2 tysięcy zł, 2 tysięcy 200 zł na utrzymanie praktyki pielęgniarskiej; jeszcze jest wskaźnik, który niewiele zmienia, niewiele podwyższa tę kwotę.

Podobnie jest w przypadku medycyny szkolnej, która miała być priorytetem naszych działań w roku 2004. Tak naprawdę w chwili obecnej pielęgniarki w szkołach, tam, gdzie jeszcze funkcjonują, prowadzące w formie niepublicznych zakładów pielęgniarskich opiekę nad uczniami, mają propozycję 1 zł 80 gr, a norma mówi o ośmiuset uczniach. Więc znowu proszę sobie przemnożyć 1 zł 80 gr, w wersji optymistycznej 2 zł, przez ośmiuset uczniów – 1 tysiąc 600 zł na utrzymanie praktyki pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania. I to jest ta proza życia. Przy czym ja rozumiem, że środki finansowe są takie, a nie inne.

Otrzymuję wiele pism, wiele protestów od pielęgniarek, które są już po pierwszych renegecjach. Pozwolę sobie tu przytoczyć pismo, które dzisiaj dostałam – nawet tu na sali dopiero je odpieczętowałam. Piszą do mnie pielęgniarki z Krosna, z podkarpackiego, że w istniejącej sytuacji uważają, że pielęgniarki i położne, które podjęły decyzję o złożeniu ofert na świadczenie usług zdrowotnych, dały przykład właściwego działania. Decyzja ta ukazuje, że zmiany w pielęgniarstwie – piszą pielęgniarki – to profesjonalizm, wysoka jakość, gwarantowane świadczenia zdrowotne wobec ubezpieczonych, społeczeństwa i człowieka, ale zagraża to – już nie będę tego przytaczać w całości, oczywiście – tym praktykom, które już są.

Analiza świadczeń pielęgniarskich pokazuje, że w tej chwili już w granicach 35%, 40% pielęgniarek pracuje w samodzielnych praktykach, bądź są to praktyki grupowe, bądź indywidualne, bądź niepubliczne ZOZ pielęgniarskie. Mówię tutaj o pielęgniarkach rodzinnych – jest to ogromna liczba pielęgniarek. Coraz więcej pielęgniarek dąży do tego, żeby samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych.

Chciałabym jeszcze powiedzieć, że kolegium pielęgniarek i położnych rodzinnych, jak również Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych są zaniepokojone sytuacją pielęgniarek zatrudnionych w praktykach lekarzy rodzinnych, którzy nie przystąpili do złożenia ofert. To też jest znacząca grupa osób, które jeśli nie dojdzie do konsensusu, pozostaną tak naprawdę bez pracy.

I na to chciałam zwrócić uwagę, mając świadomość ogromu problemów, które dotyczą nie tylko grupy pielęgniarskiej, ale także wszystkich nas świadczeniodawców. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję pani bardzo.
Proszę bardzo.

Członek Prezydium Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” Mariusz Wójtowicz:

Mariusz Wójtowicz, jestem lekarzem, członkiem prezydium Porozumienia Zielonogórskiego.

Chciałbym w tym miejscu zaznaczyć naszą chęć i gotowość do rozmów – słowa te kieruję do pana ministra zdrowia i, przede wszystkim, do pana prezesa Panasa. Chciałbym powiedzieć, że problem ten nie jest tylko problemem 24% powiatów. To jest problem ośmiu województw, których liczba mieszkańców wynosi osiemnaście milionów. Według naszych szacunkowych danych dwanaście milionów pacjentów może pozostać bez opieki zdrowotnej. Myślimy, że czasu jest naprawdę niewiele i te rozmowy powinny się jak najszybciej odbyć.

Chciałbym jeszcze odnieść się do słów pana ministra zdrowia na temat naszej, lekarzy, odpowiedzialności. Myślę, że jesteśmy najbardziej odpowiedzialni, że współpracujemy z pacjentami, a o tym, że pacjenci w tej chwili rozumieją tę trudną sytuację, świadczy fakt, że tworzą się tak zwane komitety obrony placówek medycznych – w tych ośmiu województwach pacjenci wpisują się na listy.

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Przepraszam, że panu wejść w słowo.

To jest najlepsza rozmowa – tworzenie komitetów i nawoływanie – tak? Bo przecież to wychodzi spontanicznie od tych pacjentów. Panie Doktorze, pan wyłaczy... Pracujmy nad tym, żeby można było rozwiązać ten problem, ale nie włączajmy w to pacjentów. Nie chodzi o to, żeby zaczynali tworzyć komitety obrony placówek. Dojdziemy w ten sposób po prostu do takiego etapu, że pan profesor Pużyński będzie miał zbyt dużo pacjentów, bo my będziemy jego pacjentami. Ja nie chciałbym być tym pacjentem.

Przepraszam panią senator.

Członek Prezydium Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” Mariusz Wójtowicz:

Dobrze.

(Rozmowy na sali)

(Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz: Proszę, proszę mówić.)

Jako prezydium Porozumienia Zielonogórskiego apelujemy więc o rozpoczęcie z nami rozmów. Proponujemy, żeby rozmowy te odbywały się w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie, żeby tam można było ustalić najważniejsze kwestie dotyczące świadczeń zdrowotnych, a potem, w zależności od tego, jaka jest sytuacja w danych województwach, żeby te rozmowy można było przenieść do poszczególnych oddziałów wojewódzkich.

Chciałbym jeszcze o jednej sprawie tutaj powiedzieć. Panie Prezesie, dzisiaj pan dyrektor oddziału śląskiego Narodowego Funduszu Zdrowia po raz wtóry powtórzył, że nie będzie żadnych rozmów, że nie będzie żadnych rokowań z tymi lekarzami, którzy nie złożyli ofert w konkursie. Myślę, że na Śląsku aż tak dobra sytuacja nie jest, dlatego że 35% do 40% zakładów opieki zdrowotnej na Śląsku nie złożyło tych ofert i w takich miastach jak Jastrzębie, jak Gliwice, jak Zabrze, jak Bielsko naprawdę jest bardzo poważny problem z zapewnieniem podstawowej opieki zdrowotnej.

I chciałbym się spytać pana prezesa, jak to jest, że pan mówi, że w jednym z województw – zdaję sobie sprawę, że tam kwestia negocjacji po złożeniu ofert jest już zamknięta – rokowania będą prowadzone, a jednocześnie słyszymy, że w województwie śląskim, gdzie ta sytuacja też nie jest do końca rozwiązana, dyrektor oddziału śląskiego mówi, że rokować nie będzie. I tego po prostu dotyczy moje pytanie.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Moich kolegów senatorów przetrzymałam niemal do samego końca, bo już zbliżamy się ku końcowi, dając możliwość wypowiedzenia się gościom, ale nie pozbawiam też senatorów tej możliwości. Pozostało dwóch cierpliwych panów, pan senator Lubiński i pan senator Bielawski – i w tej kolejności proszę panów o wypowiedź.

Senator Mirosław Lubiński:

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Panie Prezesie! Szanowni Państwo!

W moim odczuciu powinniśmy z tej sali wyjść z propozycją jakichś konkretnych rozwiązań, a nie zakończyć to tylko i wyłącznie na bogatej formie dyskusji. Konflikt w POZ jest i czy to się komuś podoba, czy nie, on istnieje. Są też identyfikowalne strony tego konfliktu. Jeżeli jest konflikt, to potrzebna jest rozmowa – co zresztą podkreślali właściwie wszyscy dyskutanci, choć może inaczej ta rozmowa jest rozumiana przez poszczególnych z nich. Jeżeli rozmowa nie wystarcza, potrzebne są mediacje, żeby doprowadzić do kompromisu, kompromisu, który nie jest zwyczajem ani porażką żadnej ze stron. Tymczasem spora część osób wypowiadających się dzisiaj zaczęła od mówienia o konieczności dialogu, a potem zamiast lać oliwę na wzburzone fale, dolewała oliwy do ognia, odnosząc się do tego, co było, i przyjmując ton bardzo emocjonalny. Rozpatrując i przypisując nieczyste motywacje poszczególnym stronom, tak naprawdę oddalamy się od dialogu, mimo że wychodzimy od konieczności porozumienia. Jest to takie typowo polskie, że mówimy o tym, co było, zamiast skupić się na tym, co będzie, i na tym, jakie są możliwe scenariusze tego, co się może stać. W tej chwili absolutnie nie oceniam i nie chcę wracać do tego, co było.

Teraz mamy taką sytuację, że w części powiatów nie jest zagwarantowana POZ. Nie chcę w tej chwili pokazywać, kto do tego doprowadził, kto pierwszy zerwał rozmowy, kto wyszedł, kto się nie stawił, kto miał przygotować listę postulatów, a nie przygotował. Wiem jednak, że jest konflikt z częścią środowiska świadczeniodawców. Jest też już konflikt z samorządowcami, którzy zostali zaskoczeni informacją, że są zobligowani – właściwie przypomnieniem rzeczy oczywistej, ale tryb tutaj też był dość nagły – że są zobowiązani do zapewnienia i zorganizowania podstawowej opieki

zdrowotnej. Dodatkowo dochodzi tutaj to, co przed chwilą poruszył pan doktor, że wypowiada się dyrektor śląskiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia i mówi dokładnie coś innego niż pan prezes narodowego funduszu – że nie będzie żadnych dróg porozumienia w postaci negocjacji czy tak zwanego dodatkowego konkursu z tymi świadczeniodawcami, którzy nie złożyli oferty.

Konkludując: niezależnie od tego, że zdaję sobie sprawę, że nie ma oczywiście możliwości rozmawiania o szczegółach umów, to musimy porozmawiać o pewnych zasadach. Z wypowiedzi, szczególnie prezesa, ale i pozostałych osób, wynika, że te zasady nie zostały jednak określone. Ja wcale nie chcę dyskutować o warunkach zawierania poszczególnych umów, ale o konieczności porozmawiania o pewnych zasadach, to musimy zrobić. A chciałbym podkreślić, że tak naprawdę to nie jest tylko kwestia środków, bo co do tego, że ich nie przybędzie, wszyscy się zgadzamy. Część kwestii, co też tutaj na sali zostało już powiedziane, to kwestie organizacyjne. Jak tak patrzę na to, co mi tutaj dostarczyło właśnie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Porozumienie Zielonogórskie na temat spornych zapisów w dokumentach NFZ, określających ramy umów dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej, to widzę, że gros tych zapisów dotyczy akurat nie środków finansowania, tylko właśnie spraw organizacyjnych.

I przypominam, że czas leci szybko. 1 stycznia będzie wkrótce i nie chciałbym być zaskoczony stanem wojennym w części kraju, jeżeli chodzi o POZ. Bez rozmów sytuacja może wymknąć się spod kontroli. Uważam, że mimo tego, że jest mało czasu, jest wystarczająco czasu, żeby porozmawiać w różnych konfiguracjach, na pewno z udziałem wszystkich zainteresowanych stron, czyli szeroko rozumianego środowiska świadczeniodawców, ministra i oczywiście Narodowego Funduszu Zdrowia – bo żadna z tych stron nie uniknie odpowiedzialności w przypadku sprawdzenia się tego negatywnego scenariusza, który jest możliwy. Dlatego, jak powiedziałem, nie dolewam oliwy do ognia, absolutnie nie chcę kogokolwiek posądzać, mówić, że ktoś zawinił, ale jest taki właśnie problem i trzeba go po prostu rozwiązać, trzeba przewidywać nie tylko dwa ruchy do przodu ani nawet dziewięć ruchów, ale kilkanaście – to jest konieczne nie tylko w szachach. Dziękuję.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.
Teraz pan senator Bielawski.

Senator Janusz Bielawski:

Bardzo przepraszam, ale będę ironiczny. Obserwuję to, że wali się nie tylko dostępność do leczenia psychiatrycznego, onkologicznego, ale we wszystkich specjalnościach ta dostępność jest coraz mniejsza. Jakie jest wyjście? No tak, ci lżej chorzy niech oglądają telewizję i leczą się na podstawie reklam leków – tych reklam jest całe mnóstwo, więcej aniżeli reklam telefonii komórkowej. A ci ciężiej chorzy? No to co, prosta sprawa: ustawić się w kolejce do ostatniego namaszczenia.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Pan senator Zbigniew Religa.

Senator Zbigniew Religa:

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Bardzo krótko. Mamy w ochronie zdrowia sytuację dramatyczną. Ja przewiduję, że cały system ochrony zdrowia – istnieje taka realna obawa – przy tym sposobie finansowania rozpadnie się w przyszłym roku. Ale nie szukałbym winnych wśród siedzących przy tym stole. To ten sposób finansowania ochrony zdrowia, który mamy w Polsce, doprowadził między innymi do tej tragicznej sytuacji. I to musi być zmienione. Ja rozumiem doskonale, wiem o tym, że państwa polskiego nie stać na większe finansowanie ochrony zdrowia – z tego muszą sobie wszyscy zdać sprawę – i muszą być znalezione dodatkowe pieniądze. Tego się nie da zrobić bez wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń, dzisiaj nie widzę możliwości wprowadzenia do systemu dodatkowych pieniędzy. Ale muszę również powiedzieć, że dla usprawnienia organizacyjnego systemu ochrony zdrowia, w tej części płatnika, ważne jest, żeby nie pozostawiać na placu boju wyłącznie Narodowego Funduszu Zdrowia – to też jest niedobre i niezdrowe – trzeba Narodowemu Funduszowi Zdrowia przedstawić konkurenta. Dlatego uważam, że należy realnie pomyśleć o wprowadzaniu ubezpieczeń alternatywnych.

I właściwie na tym skończę. Nie będę dolewał oliwy do ognia, chociażby przedstawiając sytuację instytutów, wszystkich instytutów, która jest dramatyczna. Ponieważ nie widzę możliwości uzyskania w dniu dzisiejszym jakichś konstruktywnych rozwiązań, dlatego też ograniczę się tylko do tego, co powiedziałem: uważam, że bez istotnych systemowych zmian ochrony zdrowia nic na lepsze się nie zmieni. Dziękuję.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Panowie... Panie Ministrze przede wszystkim – zechce pan się jeszcze odnieść do tego, co zostało powiedziane?

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Proszę państwa, po wysłuchaniu tej dyskusji chciałbym przekazać kilka uwag, właśnie w związku z ostatnimi wypowiedziami pana senatora.

Zgadzam się z tym, że należy – i w tym kierunku idą w tej chwili prace mojego resortu – sukcesywnie pokazywać konieczne modyfikacje tego, co mamy. Pierwszym krokiem jest projekt ustawy, którą wprowadzamy po to, żeby stworzyć silne podstawy organizacyjne i zarządcze w placówkach lecznictwa zamkniętego. Dalszym krokiem, który temu musi towarzyszyć, będzie projektowane długofalowe finansowanie – tu będzie miejsce na dodatkowe dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne, będzie też miejsce na przedstawienie informacji i podjęcie decyzji co do koszyka świadczeń gwarantowanych, tu będzie miejsce na korzystanie w najbliższych latach ze środków pomocowych, funduszy strukturalnych, funduszy spójności, które mamy szansę uzyskać dla poprawy systemu ochrony zdrowia. To będzie wymagało czasu, bo takich rozwiązań nie tworzy się w ciągu tygodnia. Nadzieję na rychłe zakończenie tych prac budzi we mnie fakt, że pracujemy nad tym już od jakiegoś czasu w resorcie i w zespole międzyresortowym – no niestety dzisiaj zespół resortowy pracuje beze mnie, ale nie żałuję tego, bo to spotkanie było bardzo ważne.

Jeśli chodzi o to, co powiedział pan senator Lubiński, to też chciałbym, żebyśmy właśnie w takich dyskusjach, podczas których padają różne ostre sformułowania, nie odchodzili od zasadniczej koncepcji porozumienia, bo nikt za nas tego problemu nie rozwiąże, a nawet jeżeli ktoś miałby nieco inne intencje, to jak będzie się miał z tym zmierzyć za chwilę sam, też sobie nie poradzi. A więc w interesie nas wszystkich jest to, żeby próbować te sprawy rozwiązywać tak, jak na to w danym momencie pozwala sytuacja.

I przejdę do konkluzji. Tak czy inaczej w większości tych spraw podstawą są środki finansowe. Możemy oczywiście mówić o sprawach organizacyjnych, ale tak naprawdę to jest przerzucenie organizacyjne zadań z jednego miejsca do drugiego miejsca, a za tym muszą iść pieniądze, w przeciwnym wypadku będziemy rozmawiać o tym samym, ale w kontekście innego obszaru.

Uważam, że nic nie zamykamy w momencie podpisania umów kontraktowych, nic nie zamkniemy, kiedy minie 1 stycznia i rozpoczną się kolejne miesiące, wręcz przeciwnie, otwieramy – otwieramy dyskusję i analizę dającą możliwość zmian, zarówno organizacyjnych, jak i finansowych. Z całą pewnością będzie to najlepszy moment, żeby przygotować wszystkie, a będzie ich sporo, konieczne zmiany do nowelizacji ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia, która musi nastąpić z kilku powodów – tych, które pojawiły się w trakcie budowania krajowego planu, tych, które pojawiły się w trakcie budowania planu finansowego, tych, które się pojawiły teraz w aspekcie niedopracowanych zasad kontraktowania, i tych, które wyznacza nam Unia Europejska w związku z zapewnieniem świadczeń gwarantowanych w momencie, kiedy wejdziemy do Unii Europejskiej. Pewnie pojawią się jeszcze inne powody, dla których należy nowelizować ustawę i dopracowywać to, czego nie udało się nam wszystkim – całemu środowisku, i jednej, i drugiej stronie – wypracować do dzisiaj. A jeśli rzeczywiście chcemy rozmawiać w duchu koncyliacyjnym, jeśli rzeczywiście na pierwszym miejscu jest dla nas dobro obywatela i pacjenta, to odejźmy od pomysłów, które gdzieś gdzieś pobrzmiwają, żeby nie zamknąć tego roku podpisanymi umowami i kontraktami.

Ja w mojej dotychczasowej działalności kilkakrotnie już byłem negocjatorem pomiędzy kasami chorych a świadczeniodawcami i do tej pory zawsze udawało się doprowadzić do konsensusu – były to oczywiście inne sytuacje, mniejsze środowiska, zawsze było łatwiej. W tej chwili jest tak, że problem pojawia się w jednym miejscu, które staje się ogniskiem zapalnym i problem ten natychmiast zaczyna dotyczyć całej Polski, sygnały o danej sytuacji idą na całą Polskę, bo też zawsze skupia się na tym uwaga innych.

Apeluję więc, żebyśmy rozmawiali, ale żebyśmy przy tym szanowali też prawo, żebyśmy nie dyktowali warunków, niezależnie, po której stronie jesteśmy. Małe usprawiedliwienie dla narodowego funduszu: fundusz działa w oparciu o przepisy ustawowe, w oparciu o prawo. I to również proszę brać pod uwagę. Od wielu już lat mówimy o pozycji monopolisty, ale jak długo nie będzie po stronie płatnika różnych podmiotów – a do tego czasu jeszcze sporo wody upłynie, bo trzeba najpierw ustabilizować jednego płatnika, dopiero wprowadzać kolejnych płatników – tak długo będzie w ten system wpisany pewien dyktat. I spróbujmy też po drugiej stronie nie tworzyć sytuacji pewnego porozumienia, do którego nie wszyscy zresztą tak ochoczo wstępowali – wolno im mieć inne zdanie. Nie wmiatajmy problemu pod dywan. Oczywiście nie ma sensu mówić, że ze wszystkim sobie poradzimy, bo być może sobie nie pora-

dzimy. Uzmysłowanie sobie słabości po jednej i po drugiej stronie powinno być wyznacznikiem tego, że nie zamykając tematu i dążąc do zmiany, rozwiązujemy problem, który nam tylko utrudni życie, organizacyjnie, prawnie, funkcjonalnie, a dla pacjentów, którzy w ogóle tego nie muszą rozumieć, będzie dramatem. I do tego nie chciałbym dopuścić.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Panie Prezesie, teraz poproszę pana. Pana przez pewien czas nie było w sali, na co zwracali mi uwagę państwo senatorowie, ale byli pana zastępcy, więc myślę, iż jest pan na bieżąco.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas:

Pani Przewodnicząca, po słowach o tym, jak ja wyglądam w mediach, poszedłem się przejrzeć w lustrze. Nie jest tak źle.

Chciałbym się odnieść najpierw do wypowiedzi pana senatora Lubińskiego. Panie Senatorze, oczywiście, tak, zasady, warunki, ramy umów można ustalać i można negocjować. Ale nie w trakcie trwania procesu konkursowego. Gdyby to przyjąć, należałoby po prostu unieważnić konkurs i rozpocząć od nowa jego organizowanie, a do tego...

(Rozmowy na sali)

...nie ma podstaw. Narodowy fundusz konkursu nie unieważni. To jest coś, co tutaj się przewija: propozycje negocjacji. Możliwe są rozmowy, zmiany warunków, procedur, punktów, wszystkiego, ale w sensie prawnym w czasie trwania konkursu nie jest możliwe nic, co zostało ustalone jako warunek. Nie chcę wracać do tego, że na ten temat były rozmowy, to było zmieniane. Mam wrażenie poza tym, że nie ma takich warunków, na które jesteśmy w stanie się umówić, takich, które są do zaakceptowania przez wszystkie strony. Ale i tak nie mogę zmienić warunków – i tego nie zrobię – w trakcie trwania konkursu, po prostu nie mogę tego zrobić, nawet gdybym był, Bóg wie jak, życzliwy dla stron, czy to dla narodowego funduszu, czy dla lekarzy, czy dla kogokolwiek. Trwa konkurs, nie ma podstaw prawnych do jego unieważnienia.

Państwo prosicie, żeby zawrzeć jak najszybciej świadczenia, ale w tym samym duchu trzeba również myśleć o konkursie – im szybciej konkurs przebiegnie, tym te świadczenia szybciej zostaną zawarte. I oczywiście mamy pełną świadomość procesu, który trwa. Trzeba pamiętać, że negocjacje się kończą, że dochodzi do zawierania umów, a ja mam wrażenie, że jeśli chodzi o rozmowy, które się tutaj toczą, panuje totalny bałagan. Nic się nie dzieje i za chwilę nic nie powstanie. Mówimy o jakimś segmencie medycyny, który ma problemy w negocjacjach, ma problemy czy będzie miał problemy, dotyczy to też tego, co będzie dalej – czy będą rokowania, czy będą negocjacje. Przypominam państwu, że narodowy fundusz wystąpił z propozycją przystąpienia do konkursu wszystkich i zupełnie inną formułą jest po przystąpieniu do konkursu rozmowa o warunkach, na jakich się ma zawrzeć porozumienie czy umowę, a zupełnie co innego jest nie przystąpić do konkursu i rozmawiać o tym, jak ma wyglądać umowa. Przy całym szacunku... Jednak znakomita większość lekarzy do konkursu przystąpiła i trzeba to uszanować.

Cieżko mi jest wypowiedzieć się w kwestiach, jak będzie, podpiszą, nie podpiszą. Trwają negocjacje. Medycyna uzdrowiskowa – podpisane, medycyna specjalistyczna – na finale, medycyna szpitalna – rozpoczęte negocjacje, POZ – w tych ośmiu województwach, o których rozmawiamy, w gruncie rzeczy podpisane umowy, kwestia końcówki negocjacji, i ratownictwo – zamknięte. Pamiętajmy, że ten proces trwa. I ja teraz, wskutek nawoływania grupy osób, która nie złożyła ofert, która wyznacza mediatorów czy prosi o mediację, mam unieważnić konkurs? Po to, żeby siąść do rozmów z porozumieniem czy z kimś innym? Na jakiej podstawie? Jeszcze raz mówię: narodowy fundusz ponownie stwarza warunki do przystąpienia i do negocjowania umowy. Zastanówcie się państwo, czy to nie jest ta propozycja, o której wy mówicie. Narodowy fundusz nie siądzie do rozmów, w wyniku których zmieni warunki konkursu, jest to propozycja niemożliwa do zrealizowania. I ta sytuacja jest oczywista. Warunki dotyczące kontraktowania świadczeń zostały podane. Ja rozumiem jeszcze taką sytuację, że ktoś negocjuje te warunki, ale jak możemy z tym, który najpierw odrzucił możliwość negocjowania, teraz nagle siadać do negocjacji? To jest wszystko realne, przed nami są rozmowy o tym, jak to powinno wyglądać, co trzeba zmienić, co poprawić – ale po konkursie.

Nie mogę dzisiaj zrobić takiego wyłomu, że siądę z Porozumieniem Zielonogórskim w siedzibie narodowego funduszu i będę o czymś rozmawiał. Porozumienie Zielonogórskie, przy całym szacunku do tej opcji, nie jest świadczeniodawcą. Możemy rozmawiać ze świadczeniodawcą – i rozmawiamy – ale innych rozmów po prostu nie możemy prowadzić. Taka jest w chwili obecnej procedura prawna. Odsądzanie od czci i wiary prezesa zarządu oddziału narodowego funduszu jest nieporozumieniem. Gdyby było tak, że narodowy fundusz nie realizuje tego, co ma realizować, zgodnie z prawem, to przecież rozmawialibyśmy o tym, że konkurs ma być unieważniony. Zostały przyjęte takie warunki, jakie są, możliwości finansowania są takie, jakie są. I nawet gdyby chcieć zmieniać coś w wyniku rokowań, które się rozpoczynają w niektórych oddziałach, to ustawa mówi wyraźnie: rokowania muszą się odbywać na takich warunkach, na jakich były przeprowadzane negocjacje. Nie namawiajcie mnie państwo do innego postępowania, bo ono zostało już przyjęte. Jeżeli są uwagi prawne, merytoryczne, które możemy uwzględnić, które nie zmieniają warunków konkursu, to ja ich z przyjemnością wysłucham, ale rozpoczynanie w tej chwili rozmów i ustalanie warunków, na jakich ma być przeprowadzony konkurs, jest po prostu w tej chwili niemożliwe. Możemy rozmawiać w każdej chwili – kiedy będzie się odbywał konkurs czy już będzie po konkursie – o tym, jakie powinny być warunki w przyszłości, mamy rok do dyskusji o następnych konkursach. I z tym się zgadzam, na to jestem otwarty.

Chciałbym się jeszcze odnieść do wypowiedzi pana profesora Niżankowskiego. Narodowy fundusz, Panie Profesorze, rozmawia przy tym zabezpieczeniu 1/3 potrzeb w opolskim, ponieważ zgodnie z procedurą ogłasza kolejne etapy konkursu. Ja nie potrafię przewidzieć, jaki będzie efekt tego etapu rokowań, ale myślę, że jakiś efekt na pewno będzie – zobaczymy. Na razie zostały ogłoszone rokowania – jest to formuła, wedle której musimy poczekać na oferentów. Ta formuła ze strony narodowego funduszu jest dobrym gestem, ponieważ przy rokowaniach narodowy fundusz zwraca się do wszystkich oferentów, a więc tutaj zasada równego traktowania jest zachowana.

Ale oczywiście nie możemy zmienić warunków, bo nas po prostu na to nie stać, nie mamy środków. Skąd teraz wziąć środki na nowe warunki na przykład dla któregoś

ośrodka POZ? Panie Profesorze, nie ma tutaj mowy o carze batuszce, nie ma o dobrym czy złym wujku. To zachowanie po prostu dyktowane jest przez prawo. Jeżeli jest taka ewentualność prawna i nie ma innej, to po prostu przyjmujemy ją jako formułę do stosowania. Oczywiście, można powiedzieć, że strony są pełne lęku, obaw. Tak, zawsze, kiedy podchodzimy do konkursu, obawiamy się, zastanawiamy się, czy jest on dobrze skonstruowany, czy nie ma punktów, które można podważyć, wreszcie czy będą oferty, czy negocjacje zakończą się kontraktem itd.

(Rozmowy na sali)

(Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz: Proszę państwa o ciszę. Pan prezes przedstawia nam sytuację, w końcu odpowiada na nasze pytania, więc pozwólcmy mu odpowiedzieć.)

Nie zrobiliśmy nic jako narodowy fundusz, aby osłabić medycynę rodzinną. Padają tutaj głosy, i słuszne, że ten system jest niedofinansowany. Ale znowu: jeżeli część tej medycyny rodzinnej chce funkcjonować na tych warunkach, bo chce i pewnie pokażą to zaraz kontrakty, które podpiszemy, to mówienie dzisiaj o tym, że jest to sytuacja bez wyjścia, nie do końca jest słuszne, bo część medycyny, powiedzmy sobie, zechce tak funkcjonować. Rzeczywiście, oprócz woli, która jest wymagana, żeby załatwić pewne sprawy, potrzebne są możliwości. A możliwości są takie, jakie są, i nie będą większe.

Mam wrażenie, że w dobrym tonie jest w tej chwili posługiwanie się takimi pojęciami jak: konflikt, awantura, dialog, konfrontacja, mówienie, że ktoś chce ustąpić, ktoś nie chce ustąpić. Proszę państwa, oprócz pomysłu na to, żeby zaczynać od początku to, co myśmy zaczęli i w trakcie realizacji czego jesteśmy, nie ma innego pomysłu. I jeszcze raz chcę podkreślić: rozmowy były, rozmowy trwały. Wskutek tych rozmów zmieniono w warunkach umowy to, co było możliwe do zmienienia, to, co nie naruszało zasadniczego korpusu konkursu, tak, żeby go nie unieważnić.

Pani senator Janowska mówi, że trzeba nawoływać, że może się złamać. Pani Senator, nikt się nie złamał, zakończyły się negocjacje w jednym z oddziałów i rozpoczął się kolejny etap. Ale cały czas trwa konkurs, nie ma żadnego łamania, nikt nikogo nie zmuszał do zawiązania medycyny rodzinnej. Na pytanie, jakie mogą być opcje POZ, mówiliśmy, że mogą być takie, a nie inne. Jeszcze raz to podkreślam, że w opolskim ta ewentualna formuła POZ przy szpitalach nie została wprowadzona. Tu w ogóle nie ma takiej sytuacji, że ktoś chce coś łamać. Podpiszą, nie podpiszą... Konkurs trwa, rozmowy się odbywają, są procedury. Dzisiaj trudno jest powiedzieć, czy podpiszą, czy nie podpiszą. Tyle samo argumentów jest za tym, że podpiszą, jak i że nie podpiszą. Jeżeli będziemy w takim tonie rozmawiać w trakcie konkursu, to może rzeczywiście ci, którzy nie chcieliby podpisywać, będą mieli doskonały argument, żeby tego nie robić.

Cały czas chcę państwu przypominać, że nocna pomoc wyjazdowa to jest ustawowa pomoc. Proszę dać mi chociaż jeden argument, który zwolni prezesa narodowego funduszu i cały narodowy fundusz z obowiązku realizowania tej ustawy. Pani Senator, nawoływanie do tego, żebym nie realizował ustawy w zakresie nocnej pomocy, jest dla mnie trudne do zrozumienia i trudne do zrealizowania, bo za chwilę będą w stosunku do mnie zarzuty, że ustawa została niezrealizowana.

Pan doktor Wójtowicz pytał o dyrektora śląskiego oddziału narodowego funduszu i o rozmowy, o których już mniej więcej mówiłem. Myślę, Panie Doktorze, że sytuacja jest taka: śląski oddział jest w trakcie negocjacji, mówiliśmy o tym wielokrotnie, a jeżeli

negocjuje, to nie może rozmawiać z innymi niżli ci, którzy złożyli ofertę. Zakończy negocjacje, posłuchamy propozycji – taka jest oficjalna formuła. Złóż, powiedzmy sobie, informację o zakończeniu negocjacji i propozycję postępowania dodatkowego. POZ na Śląsku jest w tej chwili zapewniona, jak wynika z relacji dyrektora, z którym dzisiaj rozmawiałem, w około 60%. Nie wiem, ile jest, zobaczymy, prawdopodobnie w tym tygodniu zakończą się tam negocjacje. Proponuję więc po prostu poczekać na to, jakie będą decyzje. Nie słyszałem zaś od dyrektora, że on nie będzie chciał rokować. Może nie rokować tylko w jednej sytuacji: kiedy w pełni zapewniona będzie POZ. Jeżeli nie, to kolejnym postępowaniem, o czym mówiłem, jest albo rokowanie, albo ogłaszanie dodatkowego konkursu. Jest problemem, na ile zapewnił, tego oficjalnie dowiemy się po złożeniu meldunku, dzisiejsze rozmowy dotyczyły zupełnie czego innego, zupełnie innego problemu w śląskim oddziale. Tyle, Pani Senator. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Właśnie otrzymałam informację od dyrektora biura posiedzeń, że rzeczywiście musimy zbliżać się już ku końcowi.

Pan senator Lubiński sygnalizował chęć zabrania głosu, tak?

Senator Mirosław Lubiński:

Chciałbym tylko odnieść się do tej odpowiedzi, której na końcu udzielił pan prezes co do dyrektora śląskiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Przyjmuję tę odpowiedź – chociaż mogę się z nią oczywiście zgodzić lub nie – ale uważam, że źle się dzieje, że dyrektor w sposób kategoriyczny mówi, że nie podejmie takich negocjacji. Już lepiej by było, gdyby nic nie mówił, bo tego typu kategoriyczne sformułowania, że nie podejmie jakichkolwiek negocjacji i rozmów z tymi, którzy nie złożyli ofert, to jest właśnie dolewanie oliwy do ognia, a jest to na tym etapie zupełnie niepotrzebne, jeżeli przyjąć pańską, Panie Prezesie, logikę kolejności wydarzeń. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę jeszcze o odpowiedź panu profesorowi Pużyńskiemu.

Minister Zdrowia Leszek Sikorski:

Pani Przewodnicząca! Panie Profesorze!

Pismo, które było skierowane do pana profesora, nie miało żadnego podtekstu psychoterapeutycznego.

(Głos z sali: A ty je podpisałeś?)

Podpisałem, dlatego mówię, że nie było tu żadnego psychoterapeutycznego podtekstu. I wiem, że pan profesor był na spotkaniu w oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia. Te spotkania, które się odbywają, są spotkaniami o różnym natężeniu i liczba spotkań jest oczywiście zależna od tego, czy się uzyska konsensus, czy nie. Z tego, co wiem, ten pan, który rozmawiał z panem profesorem, jest akurat dyrektorem departa-

mentu, tak że może tylko jest takiego nieodpowiedniego wzrostu... Panie Profesorze, merytoryczne uwagi zostały uwzględnione i zaakceptowane – i pan to zaakceptował. Chodzi tylko o sprawy finansowe. I dlatego chciałbym panu powiedzieć, że jesteśmy już po rozmowie z kolegami i chcieliśmy panu profesorowi zaproponować spotkanie, w mojej obecności i pana prezesa Mazura, z dyrektorami departamentu. Chodzi o to, żebyśmy te sprawy sobie wyjaśnili.

Gwoli jeszcze pewnej informacji powiem tylko, że na psychiatrię w tym roku przewidziane były 573 miliony 921 tysięcy zł...

(Rozmowy na sali)

A w przyszłym roku ma być 998 milionów 828 tysięcy zł.

(Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz: To nieprawdopodobne, aż osiemdziesięcioprocentowy wzrost?)

(Rozmowy na sali)

Nie, nie... Jeśli mogę wyjaśnić... Proszę państwa, odpowiedź jest bardzo prosta, przecież państwo doskonale wiecie, że w różnych kasach opieka psychiatryczna była poszufladkowana, była w zupełnie różnych segmentach, w związku z tym przy ujednoczeniu planu doszło do takiego zwiększenia.

Notabene, ja w odpowiednim momencie wystąpiłem z pytaniem, czy ta kwota jest dobrze zagregowana. Może się okazać, że jest pewien nadmiar środków finansowych na opiekę psychiatryczną, zabukowanych, że tak powiem, w opiece psychiatrycznej, które powinny być gdzieś indziej. Jest to podobna sytuacja, jak państwo...

Ja się martwię, że państwo, dyskutując o tym wszystkim, nie znacie planu finansowego, bo tak naprawdę my wszyscy mówimy w oderwaniu od tego, co jest wyznacznikiem działań przy podpisywaniu kontraktów – o planie finansowym. Chciałbym państwu przypomnieć, że pierwotny plan finansowy zakładał kwotę na podstawową opiekę zdrowotną większą o 108 milionów zł – mówię o planie, który ja zaproponowałem. Ten plan zakładał zmiany powstałe ze zredukowania rezerwy dającej więcej pieniędzy na opiekę psychiatryczną i więcej pieniędzy na opiekę długoterminową, jeśli dobrze pamiętam, również na sanatoria i ambulatoryjne leczenie specjalistyczne. Więc zachęcam wszystkich do tego, żeby przeanalizowali plan finansowy, bo co do jednej rzeczy możecie państwo być pewni: ani fundusz, ani minister zdrowia nie chowają żadnych pieniędzy po szufladach, jeśli mówimy o ograniczeniach finansowych, pokazujemy wszystkie środki, jakie mamy.

Pozwolę sobie jeszcze raz prosić państwa o to, żebyśmy wszyscy dali sobie szansę na usprawienie tego, co jest konieczne do usprawienia, żeby nie tworzyć konfliktów, których i tak mamy dosyć, i zakończyć tegoroczny rok podpisanymi kontraktami, a następny dzień rozpocząć ciężką pracą i porządkowaniem... Pan doktor kiwa przecząco głową...

(Rozmowy na sali)

(Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz: Nie możemy, bo tam czekają...)

Bardzo chętnie usłyszałbym zdanie pana doktora.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Jedno zdanie, bardzo proszę, bo mnie tu nieustająco dopingują. Pan nie widzi, ale za pańskimi plecami otwierają się drzwi i ciągle mi przypominają, że trzeba kończyć. Przepraszam za te warunki, w jakich przyszło nam pracować.

**Wiceprezes Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce
Jacek Łuczak:**

Chciałbym gorąco wierzyć, że jeszcze dojdzie do spotkania z panem ministrem i porozmawiamy o możliwej przestrzeni negocjacji wszystkich spraw związanych z kontraktowaniem świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej. I jeżeli natrafimy na jakieś bariery, to natrafimy na nie jakby od nowa. Wydaje mi się bowiem, że było za mało możliwości, żeby wszystko sobie nawzajem wyjaśnić i rzeczywiście ocenić od początku do końca tę przestrzeń możliwości. I chodzi nam tylko o to, żeby pan minister zgodził się na zrewidowanie jeszcze raz, rzetelnie, wspólnie tej przestrzeni możliwości. Jeżeli stwierdzimy, że nie ma tych możliwości, tylko jest tak, jak stwierdził pan prezes, to przyjmujemy to i będziemy współdziałać, być może w innym obszarze.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Pan minister westchnął, a zaraz pewnie powie lub nie powie, że zaletą dzisiejszego posiedzenia komisji, bardzo długiego, bardzo nużącego, jest to, iż wszystkie strony zebrały się przy jednym stole i nie licząc upływającego czasu, rozmawiały ze sobą. Bo naprawdę wychodzi na to, że nie będzie rozmowy w czasie przeprawy koni przez rzekę, zwłaszcza że ta przeprawa idzie wzdłuż rzeki. Tak?

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Krzysztof Panas: Tak.)

Tak, dopóki trwa postępowanie, nie będzie... Tymczasem jest wola rozmowy, jest wola współpracy i my, członkowie komisji polityki społecznej, zgodnie z naszym przeznaczeniem będziemy obserwować, co się dzieje, i prosić pana prezesa i pana ministra niemal na bieżąco o meldunki, jaki jest postęp w sprawie.

W tym momencie muszę to posiedzenie zakończyć. Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 18 minut 23)

Kancelaria Senatu

Opracowanie: Magdalena Radkowska

Publikacja: Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851