

Stenogram z negocjacji z Porozumieniem Zielonogórskim w dn. 29 grudnia 2014 r.

Min. Bartosz Arłukowicz: Witam Państwa bardzo serdecznie na kolejnym naszym spotkaniu, już nie pamiętam którym, chyba 14.

Przedstawiciel PZ: Inni byli w międzyczasie.

Min. Bartosz Arłukowicz: Także porozmawiamy po raz kolejny, aczkolwiek zbliżamy się siłą rzeczy, ze względu na terminy, do finału naszych rozmów. Pozwoliłem sobie zaprosić cały zarząd PZ. Na sali mamy poważną reprezentację resortu, mamy NFZ z prezesem na czele, mamy zespół analityczny. Chciałbym przedstawić na początek kilka suchych danych, które przedstawialiśmy negocjatorom ze strony PZ i Kolegium Lekarzy Rodzinnych - przepraszam, nie przywitałem, witam jeszcze raz. Drodzy Państwo, co się wydarzyło w toku naszych rozmów w ciągu ostatnich tygodni: W stosunku do pierwotnego projektu zarządzenia prezesa i rozporządzenia ministra zdrowia dotyczącego koszyka POZ wyjściowa propozycja stawki X (czyli stawki podstawowej) wynosiła 136,20. Dzisiaj po negocjacjach wynosi ona 136,80 za każdego pacjenta. Stawka Y wyjściowa – 136,92, w toku negocjacji wielotygodniowych zawędrowała na poziom 140 zł - ze 139,9 na 140,04. Stawka Z, czyli dla tych, którzy mają populację wymagającą większej ilości badań starszą, bardziej chorą, epidemiologicznie bardziej zaawansowaną, stawka zawędrowała z poziomu 137,6 na 144 zł. W toku negocjacji zrezygnowaliśmy ze stawki Q, czyli stawki, która finansowała w najwyższy sposób 50% z tych lekarzy, którzy wykonywali najwięcej badań. Państwo nie życzyliście sobie tej stawki – odpuściliśmy.

Teraz pieniądze. Zgodnie z zapowiedzią dotrzymałem słowa. W tej chwili jest publikowana treść rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie koszykowe, w którym odstąpiliśmy od 20 badań, które były w pierwotnym rozporządzeniu (bo to nie był żaden projekt, tylko to było rozporządzenie). De facto zostało 6 badań. Te badania w roku 2013, te 6 badań o których mówię, mogę je oczywiście wymienić, mówię o badaniach dodatkowych. Na sali większość lekarzy, więc będę mówił skrótem: tbc (żelazo), psa całkowity, ft3, ft4, USG dodatkowe, spirometria. Te wszystkie badania w roku 2013 cały system AOS-u kosztowały 189 mln zł. W toku negocjacji, kiedy rozpoczynaliśmy z listą badań większą o 20 badań i przeznaczaliśmy na to 350 mln. W toku negocjacji doszliśmy do 514 mln, co stanowi 272% środków wydawanych na te badania w roku 2013. Wydaliśmy w 2013 189 mln. Dzisiaj gwarantujemy Państwu 514 mln.

Wizyty u dermatologa i okulisty. Wszystkie wizyty (14 mln wizyt - 7 mln PESELi) kosztowały system w 2013 roku 560 ml zł. Przyjęliśmy założenie, które jest nieprawdziwym założeniem, że wszyscy Ci pacjenci wrócą do Państwa po skierowanie. Przyjęliśmy je - choć ono nie jest prawdziwe - i daliśmy jeszcze górkę. Przekazaliśmy Państwu 60% sumy, którą wydaliśmy na wszystkich okulistów i dermatologów w kraju, co daje stawkę 336 mln zł. Czyli założyliśmy, że wszyscy pacjenci do was wrócą. Sfinansowaliśmy to w wysokości ceny wizyty u dermatologa i okulisty i dołożyliśmy jeszcze 10%.

Stwierdziliśmy także, że w związku ze sprawozdawczością, z postępem, z koniecznością we wchodzącym pakiecie, musicie być Państwo przygotowani informatycznie. Przyjęliśmy założenie, że każdy POZ, 6 tys. POZ-ów otrzyma 5 tysięcy zł, mówię oczywiście o stawkach średnich, mówię o uśrednieniu w kraju, 5 tysięcy złotych rocznie na nowy komputer i oprogramowanie, co daje 6 tys. POZ razy 5 tysięcy zł daje 30 mln zł.

Wprowadziliśmy, w związku z oczekiwaniem lekarzy rodzinnych nową grupę wiekową. Stwierdziliśmy, że pacjenci między 40 a 65 rokiem życia wymagają zwiększonej czujności z Państwa strony. W związku z tym zaproponowaliśmy stworzenie nowego wskaźnika wiekowego 1,1 w wieku 40 – 65. To daje sumę 990 ml zł zwiększenia finansowania realnego.

Dlatego, że wszystkie pieniądze za czerwone światła zostają w systemie. Wszystkie pieniądze za infekcje górnych dróg oddechowych tzw. katar 0,1 wskaźnik zostają w systemie. Wszystkie pieniądze z trójek zostają w systemie. I dodatkowo 990 mln zł. Do tego dokładamy 80 mln zł na tzw. karty onkologiczne. Przeciętnie lekarz POZ, średnio za wypisanie karty, czyli postawienie podejrzenia choroby nowotworowej i wypisanie karty otrzyma średnio 50 zł. Ci, którzy będą mieli zwiększoną czujność onkologiczną, będą otrzymywali wynagrodzenie za jedną kartę 107 zł dodatkowo poza kapitałą. Wydłużyliśmy czas weryfikacji statusu ubezpieczenia. W toku negocjacji twardo negocjatorzy z PZ negocjowali, że miesiąc to za krótko. Podjęliśmy decyzję o wydłużeniu do 3 miesięcy. O zmianie rozporządzenia powiedziałem, w tej chwili RCL publikuje to rozporządzenie. Zrezygnowaliśmy także w toku negocjacji z konieczności oznaczania budynku od zewnątrz pakietem onkologicznym, mówiąc skrótem - logo. Było takie oczekiwanie – proszę bardzo. Zmniejszyliśmy listę badań sprawozdawanych po PESELu i zdecydowaliśmy o tym, że powstanie przy Ministrze Zdrowia specjalny zespół, który powołałam w pierwszych dniach stycznia, specjalny zespół roboczy do spraw na początek onkologii w podstawowej opiece zdrowotnej, celem wypracowania standardów. Po powołaniu konsultanta, zobowiązę go do błyskawicznego terminu wypracowania tych samych standardów z państwem a potem stworzenia standardów postępowania w POZ. W toku negocjacji, to są z grubsza te ustępstwa, nie chcę Państwu zajmować dużo czasu jesteście z całej polski, szczegóły tych rozwiązań mam wszystkie przy sobie. To są rzeczy wymienione przeze mnie, na które zdecydował się resort zdrowia w toku negocjacji z PZ i kolegium lekarzy rodzinnych. Dzisiaj spotykamy się po raz kolejny żeby porozmawiać być może o jeszcze jakiś państwa propozycjach. Drodzy Państwo negocjacje mają to do siebie, że kompromis musi być zawierany przez obie strony. Ja przedstawiłem kompromis oferowany przez resort zdrowia. Oddaję Państwu głos, jesteście do Państwa dyspozycji, bardzo proszę.

Prezes PZ Jacek Krajewski: Dziękuję panie ministrze, rzeczywiście spotykamy się po tej przerwie świątecznej po to by istotę sprawy jeszcze raz uchwycić i okazać na czym polega różnica jeżeli chodzi o nas i rozbieżności które nie pozwalają nam podpisać umów i nie pozwalają nam jakby zawrzeć porozumienia, które może wprowadzić nas bezpiecznie w rok 2015. Ja chcę powiedzieć dzisiaj, ponieważ to jest 9 raz kiedy się spotykamy, uważamy że są to negocjacje , które są ostatnimi negocjacjami w tym roku. **Uważamy, że jeżeli się dzisiaj nie porozumiemy to już w tym roku nie ma co się spotykać. My generalnie uważamy, że warunki, które w tej chwili są na stole są dla nas nie do przyjęcia i przedstawiamy państwu jeszcze raz nasz punkt widzenia tak jak pan minister przedstawił pewne sprawy uzgodnione.** Chcemy podsumować to, co z naszej strony widzimy że zostało zrobione i lub powinno zostać zrobione i powinno zostać przedstawione. Chcemy przedstawić w jasnym świetle te problemy które nas dzielą. Ponieważ tak jak powiedziałem jak nie dzisiaj to w tym roku już na pewno nie. Zatem. Panie ministrze, skoro tak się zdarzyło że mam wrażenie że te 8 spotkań mówiliśmy o różnych sprawach próbowaliśmy się merytorycznie przekonywać do różnych spraw i wyglądało na to, że na następnym spotkaniu rozmawialiśmy znowu o tym samym i nie do końca potrafiliśmy dotrzeć do siebie jeśli chodzi o pewne kwestie **poprosiłem mojego przyjaciela i jednocześnie osobę, z którą od wielu lat współpracuję, i który też jest w tym ministerstwie osobą**

znaną Marka Twardowskiego, aby wspomógł nas w tych negocjacjach, aby być może biorąc pod uwagę jego doświadczenie także pracy w resorcie jaśniej przedstawi pewne sprawy niż my to do tej pory robiliśmy i wyartykułuje pewne kwestie w sposób już taki bezdyskusyjny, żeby nie było wątpliwości, że to właśnie o to nam chodzi. i zatem poprosiłbym Marka Twardowskiego o kontynuowanie teraz tej debaty, a właściwie przedstawienie wszystkich tych kwestii w sposób taki jak on to potrafi.

Dr Marek Twardowski: Dzień dobry Państwu, dzień dobry panie ministrze, panie prezesie, panie i panowie. **Dzisiejsze spotkanie jak powiedział prezes Krajewski jest dziewiątym i ostatnim w tym roku. Przyszliśmy tutaj do pana ministra i do pana prezesa z konkretną ofertą.** Nie chcemy już dzisiaj powtarzać tego co było wielokrotnie omawiane, liczone, przedstawiane, czyli wszystkie wskaźniki, wyliczenia i podejście merytoryczne do poprzednio poruszanych tematów. Na wstępie chcieliśmy zaproponować panu ministrowi coś ciekawego. Wszyscy się przyzwyczaili, że w Polsce warunkiem sine qua non funkcjonowania POZ-etu jest stawka kapitacyjna. Rozumiem że pan prezes Jędrzejczyk, którego mam dzisiaj przyjemność pierwszy raz poznać bo nie znamy się zmienił swój pogląd w tej sprawie wydał zarządzenie, w którym proponuje, aby za poradę POZ-etowską płacono 45 zł. Rozumiem, że ta opłata która jest zadedykowana SOR-om i izbom przyjąć, ale dotyczy pacjentów POZ-u może być przeniesiona w całej rozciągłości na POZ. Proponuję w związku z tym aby od 1 stycznia 2015r. odejść od wszystkich dotychczasowych ustaleń i przyjmujemy zaproponowaną stawkę, która została zadedykowana szpitalom 45 zł za pacjenta za poradę lekarską. W tym momencie negocjacje co do finansów ulegają zakończeniu.

Min. Bartosz Arłukowicz: Panie doktorze, jeśli mogę się odnieść, musimy bardzo dokładnie czytać zarządzenia NFZ-u, ponieważ w zarządzeniu prezesa NFZ-u napisane jest, że w przypadku wizyty pacjenta w POZ-ecie otwartym po 1 stycznia zapłacimy 45 zł za pierwszą wizytę

Dr Marek Twardowski: Nie chciałbym się, rozumiem, mogę odpowiedzieć – nie chciałbym się wdawać w polemikę z panem ministrem, to może nieco później, natomiast odczytaliśmy to dobrze, zgodnie z zarządzeniem pana prezesa, bo pierwsza wizyta na SORze czy w izbie przyjąć ponieważ jest to porada doraźna z reguły jest też ostatnią bo rozumiem, że w SORze i na izbie przyjąć nie prowadzi się planowego leczenia POZ-owskiego, przynajmniej nieznany jest mi żaden akt prawny w formie ustawy, rozporządzenia albo zarządzenia prezesa które musi być kompatybilne z obowiązującym prawem, choć to, które pan prezes wydał nie jest, ale do tego odniosę się również później. W związku z tym rozumiem, że pan minister tej propozycji nie przyjmuje.

Min. Bartosz Arłukowicz: Panie doktorze, zarządzania prezesa są zarządzeniami związanymi z tym, że część POZ-ów będzie zamknięta, potencjalnie może być zamknięta po 1 stycznia. W związku z tym te POZ-ety, które mają podpisane umowy, jeśli przyjmą pacjenta spoza swojej listy aktywnej otrzymają wynagrodzenie w wysokości 45 zł za pierwszą i tylko pierwszą wizytę.

Dr Marek Twardowski: Zgodnie z tym, co ja przeczytałem w zarządzeniu jest nieco inaczej. Bo to się odnosi i jest dedykowane głównie SOR-om i izbom przyjąć, ale pomińmy to bo nie to powinno być przedmiotem tutaj naszego roztrząsania. Rozumiem, że tego typu propozycja, którą zgłosiliśmy, żeby

odstąpić od świadczenia kapitacyjnego a przyjęć jednostkowe, nie może być realizowane. Chciałem uzyskać jasną, przejrzystą odpowiedź.

Min. Bartosz Arłukowicz: Nie możemy odstąpić od propozycji sposobu finansowania POZ-u, możemy dyskutować w dalszym ciągu o wysokości tego finansowania i sposobie organizacji tego finansowania.

Dr Marek Twardowski: Rozumiem panie ministrze i dziękuję w takim razie jeżeli pan minister podpisał rozporządzenie, o którym dzisiaj mówił to w takim razie chcielibyśmy je otrzymać i uzyskać odpowiedź na pytanie od kiedy wchodzi w życie.

Min. Bartosz Arłukowicz: Od 1 stycznia. Rozporządzenie jest podpisane i opublikowane.

Dr Marek Twardowski: Czy moglibyśmy je otrzymać, panie ministrze?

Min. Bartosz Arłukowicz: Panie ministrze Warczyński, proszę o przygotowanie kopii rozporządzenia, które pojechało do RCL-u i rozdanie uczestnikom spotkania.

Dr Marek Twardowski: Dziękuję bardzo. W takim razie chciałem zapytać teraz z kolei pana prezesa Jędrzejczyka. Czy jest już gotowy, ponieważ dzisiaj jest 29 grudnia ewentualnie gotowy projekt zarządzenia prezesa różniący się oczywiście od tego z 17 grudnia, który w całości odrzucamy.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk: Nie rozumiem, co pan ma na myśli. Zarządzenie jest w tej chwili obowiązujące, jest powieszone zgodnie z zasadami na stronach i nie mówimy o tym potencjalnym zarządzeniu kryzysowym, które jest m.in. dedykowane izbie przyjęć. To co jest opublikowane na stronach internetowych.

Min. Bartosz Arłukowicz: Ja też chciałem dodać do tej wypowiedzi jedno zdanie, a mianowicie w toku naszych rozmów doszło do kilku takich zbieżnych punktów, które zostały spisane w protokole zbieżności i rozbieżności. Wszystkie te zapisy, które były uzgodnione jako w porozumieniu między PZ, KLR, a nami znajdują odzwierciedlenie w zarządzeniu prezesa wtedy, kiedy dojdzie do porozumienia między organizacją lekarzy rodzinnych a resortem.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk: Jeżeli chodzi o te, które zostały uzgodnione na spotkaniu sobotnim to tak, mamy gotowe. Te wszystkie punkty, które były uzgodnione.

Dr Marek Twardowski: Czy moglibyśmy taki projekt zarządzenia od pana prezesa otrzymać w dniu dzisiejszym jeśli można?

Min. Bartosz Arłukowicz: Rozumiem, że wszystkie te uzgodnienia poczynione z delegacją PZ w ostatnim naszym spotkaniu, które były w poniedziałek mamy przeniesione w formułę zapisów projektu zarządzenia prezesa NFZ-u, które wchodzi w życie w momencie podpisania porozumienia z PZ i KLR.

Dr Marek Twardowski: Dziękuję, czyli mogę kontynuować. Rozumiem, że projekt rozporządzenia i projekt zarządzenia z tymi zmianami otrzymamy do wglądu w trakcie spotkania możliwie jak najwcześniej.

Min. Bartosz Arłukowicz: Rozporządzenie ministra i projekt zarządzenia prezesa.

Dr Marek Twardowski: Tak jest. Mam następujące teraz pytanie odnośnie systemu eWUŚ. Bo tutaj zdania na ten temat były wielokrotnie wymieniane. nie przyjmujemy panie ministrze do realizacji zapisu z 17 grudnia mówiącego o tym, że okres rozliczeniowy w postaci 3 miesięcznej ma się odnosić do świadczeń, które wypełni pacjent. W związku z tym ja mam następujące pytanie co do systemu eWUŚ. Ten system eWUŚ powoduje, że pacjenci w nim identyfikowani świecą. mówiąc umownie, na zielono lub na czerwono. W związku z tym że NFZ zamierza wykreślić ok. 3 mln obywateli jako nieuprawnionych to mówmy jasno i otwartym tekstem że to są nieubezpieczeni. W związku z tym proponujemy konkretne rozwiązanie systemu eWUŚ. Powstał po to żeby identyfikować, kto jest ubezpieczony a kto nie. Skoro tak i rząd w tym względzie tak to przedstawia publicznie to proponuję że od 1 stycznia po wykreśleniu 3 mln obywateli z systemu eWUŚ pacjent będzie świecił na czerwono to rozumiem, że zdaniem nieco pokrętnym jest pisanie, że jest nieuprawniony. W moim rozumieniu tak jak to odbieramy skoro zostaje wykreślony jest nieubezpieczony. W związku z tym proponujemy aby od 2 stycznia 2015 r. pacjent tzw. czerwony czyli nieubezpieczony był leczony tylko i wyłącznie odpłatnie w POZ i proszę o odpowiedź w tej kwestii.

Min. Bartosz Arłukowicz: Już Panu udzielam odpowiedzi. System zapalania na czerwono może wynikać z niedokładności biurokratyczno-administracyjnej między innymi, oczywiście to dotyka też pacjentów którzy są faktycznie nieubezpieczeni, dlatego zrobiliśmy ustępstwo w stronę lekarzy rodzinnych i wszystkie środki - a wynoszą one 262 mln złotych za czerwonych w roku 2014 - te środki zostają w systemie. 262 mln zostaje w systemie. Wzięliśmy na siebie także odpowiedzialność finansową za to że pacjent który zapali się na czerwono a okaże się pacjentem na podstawie oświadczenia tzw. pacjentem zielonym będzie dodatkowo sfinansowany z budżetu NFZ-u. Nie wyobrażamy sobie sytuacji żeby ktoś jeśli nie zadziałała cześć biurokratyczno-administracyjna państwa pacjent ponosił koszty finansowe wizyty. Pacjent ma prawo złożyć oświadczenie w każdej sprawie w tym kraju, i w tej także będzie miał prawo zgodnie z ustawą.

Dr Marek Twardowski: Dziękuję za odpowiedź panie ministrze. To może ja teraz panu ministrowi przybliżę jako człowiek który 40 lat pracuje w POZ-ecie, a pan minister nie, na czym polega kapitacja w POZ-ecie. Utworzono ją kiedyś po to, jest to niewydarzone posunięcie, ale utworzono, że pacjenci zdrowi składają się systematycznie na leczenie chorych. W bardzo dużym skrócie będę mówił. Panie Ministrze to co Pan proponuje w rozstrzygnięciu ujętym w zarządzeniu Prezesa z 17 grudnia polega na tym, że wszyscy zostaną jedynym ruchem wykreśleni. Będzie rekompensata, o tym nie mówimy bo to jest uzgodnione, ale 2 stycznia przyjdzie Jan Kowalski z potrzebą zdrowotną, bo zdrowy nie przyjdzie. Będzie mógł wypisać oświadczenie.

Bo pan minister potwierdził to co wszyscy wiedzą, że ten eWUŚ tak naprawdę nie wiadomo do czego służy skoro on nie weryfikuje ludzi ubezpieczonych lub nieubezpieczonych m.in. ci którzy chorują powyżej 30 dni, m.in. ci którzy są/odbywają rehabilitację, m.in. ci z których powodów np. niektórych

pracodawca choć ma umowę o pracę nie płaci za nich ZUS-u świecą na czerwono. Pacjent tutaj do rzeczy nic nie ma bo to nie zależy od niego, wszyscy to wiemy. Ale teraz za nich nie będzie płacone. W związku z tym Jan Kowalski przyjdzie się zapisać do mnie jak do lekarza rodzinnego 2 stycznia wypełni oświadczenie, proponuje Pan aby od 1 kwietnia jeżeli ktoś, bo ja nie wiem dokładnie kto zmieni jego status na pacjenta ubezpieczonego bo tej pory nikt tego nie robi, nie widziałem nigdy po stronie żadnego oddziału wojewódzkiego ani ZUS-u, żeby ktoś czynił starania zweryfikowania tego pacjenta. Proszę mi przybliżyć takie fakty, bo ja ich nie znam.

W związku z tym będzie tkwił u mnie jako pacjent przez 3 miesiące. 1 kwietnia zostanie wykreślony, będzie u mnie przez 3 okresy rozliczeniowe. W związku z tym powiedzmy stawka bazowa kapitulacyjna tak na okrągło dla przykładu powiem będzie wynosiła 10 zł, moja praktyka otrzyma za niego 30 zł. Ale on przyszedł bo jest chory, w związku z tym będę musiał mu np. wykonać RTG klatki piersiowej, a może nie tylko APA ale i boczne, do tego będę musiał zrobić mu USG jamy brzusznej i powiedzmy 5 albo 7 badań laboratoryjnych, bo przyszedł z konkretną chorobą do mnie.

Poniosę koszty w wysokości kilka - 150 zł w tym przypadku. On wniesie mi do praktyki 1,30 zł.

1 kwietnia zostanie wykreślony, chyba nie będę go szukał gdzieś w domu żeby on się uprzejmie znowu przyszedł do mnie i wypełnił oświadczenie skoro dalej świeci na czerwono bo dalej środków dla praktyki nie będę miał już przekazanych.

Ta zabawa wtedy ma się powtarzać cztery razy w roku, w związku z tym nie wiem czy wtedy lekarz ma się zajmować działalnością w swoim POZ, czy ma finansować pacjenta NFZ z swoich własnych funduszy. Jasno powiem Panie ministrze nie ma na to zgody i dzisiaj spotykamy się tutaj po to nie żeby się wzajemnie już przekonywać, bo wszystko zostało powiedziane. **My bardzo dobrze znamy się na finansach. Jesteśmy przedsiębiorcami prywatnymi, prowadzimy własną działalnością i wiemy jak nie zbankrutować.**

Nie jesteśmy jednostkami lecznictwa zamkniętego, publicznymi którymi zawsze sobie jakoś poradzą szczególnie jeżeli są to SP ZOZy, które zgodnie z prawem nie mogą upaść.

Tylko nam w razie złego zarządzania swoim mikroprzedsiębiorstwem grozi bankructwo i związku tym nie wyrażamy zgody, jasno to mówię i podkreślam, na finansowanie pacjenta tzw. czerwonego przez trzy okresy sprawozdawcze bo on potem nie będzie się pojawiał 3 lub 4 miesiące, przyjedzie w lipcu, wypełni oświadczenie będzie przez 3 miesiące, ale jak przyjdzie to znowu będzie pacjentem tzw. kosztownym bo przyjdzie z potrzebą zdrowotną. Do nas zdrowi na ogół nie przychodzą. W związku z tym jeżeli pan minister nie wyraża zgody aby każdy od 2 stycznia kto jest nieubezpieczony czyli czerwony, bo ja tak to interpretuję. Błędy powinny być dawno usunięte bo system eWUŚ nie funkcjonuje 3 miesiące tylko znacznie dłużej.

To w tym przypadku proponujemy co następuje, jak nie ma takie rozwiązanie zgody Pana ministra proponujemy drugie. Oświadczenie, które pacjent wypełni jest ważne na czas nieokreślony lub do czasu pisemnego poświadczenia przez NFZ, że pacjent nie posiada uprawnień, w związku z tym ma być przyjmowany wyłącznie odpłatnie.

Min. Bartosz Arłukowicz: Panie prezesie...

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk: Jeśli mogę odpowiedzieć na to pytanie, to jest dokładnie to co, ta propozycja, którą pan dr Twardowski tutaj nam przedstawia, to jest dokładnie to co nam NIK zarzucił jako nieprawidłowość, czyli sposób bezterminowy. Co więcej takie oświadczenie byłoby z mocy prawa nieważne, ponieważ pacjent poza nielicznymi wyjątkami nie może zapewnić swojego statusu

ubezpieczeniowego no chyba że jest osobą na emeryturze ale wtedy poświadczają dokument, przedstawia dokument to dalej funkcjonuje tak, czyli jeśli jest to emeryt można założyć że będzie do końca życia ubezpieczony, na podstawie dokumentu mogą go Państwo również wpisać i rozliczyć. W przypadku..., i tu decyzja administracyjna zawsze będzie dla, z punktu widzenia tego pacjenta czy podpisaniu oświadczenia - w związku z czym tu tak naprawdę tego problemu nie widzimy. Natomiast tu możliwości takiej, żeby bezterminowo wydał oświadczenie nie ma, tak bo musielibyśmy bardzo precyzyjnie powiedzieć, kto kiedy miałby prawo do takiego oświadczenia, no bo nie pacjent którego ubezpieczenie nie jest permanentne, a tych trochę w systemie również jest.

Min. Bartosz Arłukowicz: Po to zostało to wymyślone, panie doktorze, ten system 3-miesięcznego rozliczania żeby w tym czasie NFZ dokładnie właśnie zweryfikował czy oświadczenie pacjenta jest złożone zgodnie z prawem i zgodnie z prawdą czy nie. Jeśli będzie złożone niezgodnie z prawdą oczywiście, że będziecie Państwo poinformowani o tym, że ten pacjent nie ma uprawnień, a NFZ ściągają wtedy takie, przepraszam za to słowo, może inaczej - dochodzi do roszczenia w sprawie niewłaściwie złożonego oświadczenia, dotyczącego uprawnienia do świadczeń medycznych.

Dr Marek Twardowski: Dziękuję za odpowiedź panu prezesowi i panu ministrowi ale nie jest to po prostu zgodnie z rzeczywistością. Tu siedzi przy stole wielu lekarzy rodzinnych chciałem się dowiedzieć od nich czy którykolwiek z nich miał pacjenta zweryfikowanego przez NFZ, w sposób skuteczny. Bo przypadek emeryta, który Pan podał, jest również nieprawdziwy - jeżeli ten emeryt na skutek błędu czyjegoś 2 stycznia święci na czerwono to jak go zapisuje panie prezesie i figuruje u mnie 3 miesiące ja nie mam wpływu na to, bo ja nie jestem osobą, petentem ZUS-u żeby za niego szedł załatwiać sprawy formalne.

A wolny człowiek w wolnym kraju zrobi to co będzie uważał za stosowne, Państwo nie chcecie się zgodzić na żadne rozwiązanie nakładające obowiązki na obywatela naszego państwa, bo to ten obywatel w swoim interesie powinien się udać do NFZ lub ZUS-u i swój status uregulować. W związku z tym, panie prezesie, przecież on 1 kwietnia zostanie wykreślony. Nie przyjdzie do mnie, bo go wyleczyłem przez te 3 miesiące i przyjdzie dopiero za pół roku, będzie święcił na czerwono. Pan mi za nie niego nie zapłaci, w związku z tym proszę nie mówić nieprawdy.

W związku z tym mam następną propozycję, skoro Państwo się na to nie zgadzacie, oświadczenie jest ważne 6 miesięcy wystarczający czas żeby ZUS, NFZ i pacjent zweryfikował swój status, a jeśli nie to od 1 lipca czyli po 6 miesiącach, mówię tutaj przykładowo jest również leczony odpłatnie.

My przedstawiamy rozwiązania, jeżeli jest również prawdą to co ja wiem na dzień dzisiejszy że jednym ruchem wykreśli państwo z systemu mnóstwo osób które skończyły 18 rok życia i ich rodzice jako studenci lub uczniów nie zweryfikowali, to proszę mi potwierdzić czy zaprzeczyć czy tak się stało w tych dniach bo mam taką wiedzę.

Min. Sławomir Neumann: Myślę że dziś rozmawiamy teraz o takiej rzeczy, dla mnie jakieś abstrakcji zupełnej. Od dwóch lat działa system eWUŚ. Miał Pan okazję jako dyrektor szpitala z tym systemem się zapoznać, nie działał tylko w POZ. Przez dwa lata na podstawie wątpliwych jak gdyby tak naprawdę moich pism utrzymywana była sytuacja taka przez którą obecnie NFZ dostaje od NIK-u po głowie, że płacił za coś za co nie ma prawa płacić.

Jakoś w tym całym wywodzie pana doktora nie słyszałem jednego zdania o tym, że jeśli będzie tak źle w tym roku..., nie słyszałem żadnego wyводу także, że chcecie oddać pieniądze za dwa lata, które

otrzymywaliście za światła czerwone, bo ci ludzie nie chodzili do lekarza. Panie doktorze, no działa to tak samo jak w każdym innym systemie - przychodzi pacjent składa oświadczenie i nie ma najmniejszego powodu inaczej traktować lekarzy rodzinnych jak lekarzy specjalistów czy szpitali. Przez dwa lata było inaczej dzisiaj zostawiamy to, tak jak normalnie prawo mówi od dwóch lat pieniądze też zostały, dajemy 3 miesiące na weryfikację, dlaczego nie weryfikowano - bo nie mieliśmy takiej potrzeby, bo mieliście ich zapisanych i dostawiliście pieniądze. Dzisiaj macie taką możliwość, po weryfikacji macie dodatkowe źródło pieniędzy. Oczywiście możemy obracać kota ogonem i mówić że to ryzyko - z czerwonych zrobi się zieloni, będziecie mieli ich więcej. Prawda jest taka, że jest to ryzyko po stronie NFZ, że będzie tych zielonych więcej niż czerwonych a nie odwrotnie, nie ma co zaklinać rzeczywistości, bo będziemy o tym eWUŚ-u dyskutować, jeżeli chcecie Państwo dyskutować o zmianie w eWUŚ-u w systemie ustawy 29 grudnia, no to myślę że to spotkanie największego sensu nie ma, bo nie jesteśmy w stanie przez jeden dzień w końcu roku zmienić prawa w Polsce. System eWUŚ jest ustawowo wprowadzony i zasady eWUŚ-a działają w ramach ustawy, jeżeli myślicie Państwo, czy chcecie, że możemy to zmienić w ciągu jednego dnia czy jednej nocy - no to nie mamy takiej mocy sprawczej.

Min. Bartosz Arłukowicz: Jeszcze jedno słowo dlatego też absolutnie świadomą decyzję o tym, że wszyscy pacjenci którzy przez ostatnie dwa lata zapali się na czerwono w POZ, wszystkie te pieniądze zostały w systemie, mówimy o 262 mln złotych, każdy pacjent który spośród tych czerwonych, którzy do Państwa przyjdą zapali się na zielono to jest ryzyko finansowane NFZ i to ryzyko finansowe także w kalkulowaliśmy w potencjalne finansowanie POZ, bo jeśli z tych blisko 3 mln ludzi o których Pan mówi, jeśli ci ludzie pewnego dnia przyjdą do POZ i się zapiszą, to my musimy za tych ludzi Państwu zapłacić i to zostało zapisane i to jest dokładnie realizacja tego o czym Pan mówi, a 3 miesiące na weryfikację to jest czas w którym NFZ zobowiązuje się do zweryfikowania i dlatego poszliśmy Państwu na rękę bo był miesiąc do zweryfikowania pacjenta czy złożone przez niego oświadczenie jest prawdziwe czy nie jeśli nie to wszczyna postępowanie.

Dr Marek Twardowski: Jeśli mogę najpierw odpowiem min. Neumannowi. Panie ministrze, jak tutaj się siedzi już jakiś czas, dobrze by było rozróżnić co to jest świadczenie kapitacyjne od świadczenia jednostkowego - jak może Pan porównać świecenie na zielono lub czerwono jeżeli chodzi o leczenie szpitalne czy AOS, jak to jest świadczenie jednostkowe.

Pacjent przychodzi, ma udzielaną poradę lekarską i jest za to płacone, w POZ pacjent jest zapisany i zbiera sobie na swoje leczenie w momencie gdy jest wykreślony po 3 miesiącach niczego nie zabiera, tych pieniędzy nie ma, a dopiero przyjdzie wtedy kiedy będzie mieć następną potrzebę zdrowotną i będzie kosztowany. To diametralna różnica między funkcjonowaniem systemu kapitacyjnego, a systemu opłaconego jednostkowo.

Min. Sławomir Neumann: Panie doktorze, możemy sobie zaraz przeprowadzić wykładnie poszczególnych stawek, ja jeszcze raz Pana zapytam czy zgodnie ze stawką kapitacyjną, która przez dwa lata było płacone za osoby nieuprawnione, czerwone, kapitacyjnie których mieliście Państwo na liście a ich nie było, bo są w Anglii, braliście za to pieniądze, nie przychodzili do Pana z potrzebą zdrowotną, bo byli w Wielkiej Brytanii, w Norwegii czy gdzie indziej, to rozumiem że wszystko jest ok? To jest naturalne, tak powinno być, rozumiem, że takie ma Pan wyobrażenie, ja mam inne i można jeszcze o stawce kapitacyjnej dyskutować długo.

Dr Marek Twardowski: Nie mam takich wyobrażeń, natomiast przez te dwa lata - świetnie że Pan to powiedział - było dużo czasu by wszystkich tych pacjentów zweryfikował NFZ, proszę mi powiedzieć jaki akt prawny o tym stanowi jeżeli w tej chwili proponujecie Państwo termin 3miesięczny gdzie jest napisane, że NFZ obowiązkowo zweryfikuje w tym czasie tego pacjenta i poinformuje praktykę lekarza rodzinnego czy został zweryfikowany negatywnie czy pozytywnie. A moje następne pytanie brzmi jeżeli zostanie zweryfikowany pozytywnie rozumiem, że będzie stałym pacjentem tej praktyki to oczywiste, jeżeli zostanie zweryfikowany po tych 3 miesiącach negatywnie to jaki zapis o tym stanowi jak on ma być dalej traktowany, jaką on będzie miał chęć przyjść i napisać kolejne oświadczenie, że on jest ubezpieczony a stwierdziliście że nie, to rozumiem, że powinno być to doprecyzowane i napisane, że wtedy jest pacjentem odpłatnym bo jest nieubezpieczony. Wycięcie tych wszystkich 18-latków...

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk: Ja myślę, że jeżeli chodzi o tych wszystkich 18-latków, to jest taka naprawdę kwestia techniczna, bo mamy na weryfikacji, których dokonujemy jeżeli chodzi o ubezpieczenia.

Min. Bartosz Arłukowicz: Drodzy Państwo, jak bym proponował przede wszystkim o uspokojenie emocji, panie doktorze, bo łatwiej się rozmawia jak są emocje spokojne... Wie pan, my tutaj jesteśmy przyzwyczajani do różnych emocji lekarzy, koncernów farmaceutycznych i nauczani jesteśmy jednego - koncyliacji. Oczywiście nie mniej to oceniać, to bardziej Państwa zadanie, ale ja proponuję spokojnie, spokojnie panie doktorze, bo wtedy łatwiej się rozmawia.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk: W związku z czym powiedziałbym tak: przeprowadzamy zawsze weryfikację na podstawie danych, które otrzymujemy czy z MSW dotyczących PESELi, czy z ZUS - najwięcej tam otrzymujemy, czy z pomocy społecznej z decyzji wójta... Te weryfikacje trwają na okrągło i co tydzień co najmniej kilka tysięcy pacjentów zmienia z tego powodu swój status - z powodu weryfikacji centralnych tak się dzieje. Zawsze mogą Państwo wystąpić z zapytaniem, jak to dokładnie się odbywa. Udzielimy oczywiście odpowiedzi. To nie jest żadna tajemnica. Jest to zrobione w sposób jawny, czysty i oczywisty. Natomiast tu wracając do pytania zasadniczego. Pacjent ma uprawnienia w tym systemie. Ma uprawnienia do złożenia oświadczenia po raz kolejny, jeśli uważa, że nadal ma uprawnienia, mimo że system potwierdza. System jest tylko potwierdzeniem zaprzeczeniem systemu. Ma nadal prawo takie oświadczenie złożyć i na podstawie tego otrzymać nieodpłatnie świadczenie, ponieważ tę stawkę będziemy przez kolejne miesiące płacić. I ta kwestia dosumuje się do poprzedniego zestawienia. Natomiast Państwo powinni przy wypełnianiu tego oświadczenia poinformować o ewentualnych konsekwencjach złożenia tego oświadczenia. Te konsekwencje, jak pan minister już wspominał, są takie, że będzie ono nieprawdziwe.

Dr Marek Twardowski: Panie prezesie, bardzo uprzejmie proszę pana o odpowiedź, czy w ostatnich dniach, generalnie w całej Polsce, wykreślono wszystkie osoby z ubezpieczenia, które skończyły 18 lat?

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk: Przepraszam, czy to jest warunek podjęcia dzisiejszego porozumienia?

Min. Bartosz Arłukowicz: Panie doktorze, pieniądze, które były za ludzi, którzy zapalali się na czerwono, zostały w budżecie POZ-u. Zaś ci, którzy nie mają uprawnień, zostają wykreśleni, bo takie jest oczekiwanie NIK - i słusznie, i zgodnie z prawem.

Prezes PZ Jacek Krajewski: Panie ministrze, myśmy na ostatnich negocjacjach rozmawiali o tym, że 23 będzie opinia prawna dotycząca m.in. tych kwestii, które teraz poruszamy. Tam był zasadnicza sprawa dotycząca tego czy pacjent, który wyświetla się na czerwono w systemie eWUŚ jest pacjentem ubezpieczonym czy nieubezpieczonym, czyli czy jest traktowany jako pacjent, który pozostaje u nas liście aktywnej i może być zawieszony w finansowaniu czy też jest pacjentem, który musi drugi raz złożyć deklarację? To jeżeli uzgodnimy tę kwestię to może zbliżymy się troszeczkę do istoty sprawy, o której w tej chwili usiłujemy porozmawiać. Czy istnieje ta opinia prawna, bo 23 grudnia miała być?

Min. Bartosz Arłukowicz: Jest. Pewnie nie dotarła ze względu na to, że byliśmy w okresie świątecznym. Mam ją w rękach w tej chwili - za chwilę ją skserujemy i prześlemy Państwu. Przeczytam tylko jeden z trzech wniosków, żeby nie zajmować wspólnego czasu. Za chwilę dostaniecie Państwo dokument.

„Wobec wyrażonej w opinii wątpliwości należałoby rozważyć wprowadzenie odpowiednich zmian na poziomie ustawowym, ze względu na konieczność normatywnego rozstrzygnięcia skutków, w tym finansowych, złożenia przez pacjenta oświadczenia o przysługującym mu prawie do świadczeń medycznych tzw. okres przejściowy. Analogicznie jak to ma miejsce w zarządzeniu prezesa..”

Generalnie ten dokument Państwo zaraz dostaniecie, zaś umowa jest, tak. Sens tej analizy jest taki, że w dzisiejszym systemie prawnym byłoby trudnym dla NFZ-u utrzymanie listy aktywnych pacjentów nieuprawnionych, aczkolwiek jest możliwość przeprowadzenia zmian, które by NFZ-owi umożliwiły to rozwiązanie. Tak brzmi skrót tej opinii. Proszę o skserowanie i przekazanie Państwu do wiadomości.

Dr Marek Twardowski: Dziękuję panie ministrze za odpowiedź. W związku z tym rozumiem, że w tej chwili pacjent zostaje w sposób skuteczny definitywnie wykreślony z listy i innej możliwości prawnej nie ma.

Min. Bartosz Arłukowicz: Do czasu przeprowadzenia - według opinii prawnej prawników NFZ-u - do czasu przeprowadzenia zmiany prawnej tak by to skutkowało, zaś w tym czasie NFZ jest w stanie przygotować się także informatycznie, bo tutaj mamy tego typu jeszcze problem do zmiany tego stanu, o którym mówimy dzisiaj.

Dr Marek Twardowski: No tak, ale to wszystko ma nas obowiązywać od 2 stycznia. Proponuje w takim razie rozwiązanie przejściowe następujące: dopóki niezmienione, bo rozumiem, że zapiszemy w ewentualnym porozumieniu wolę zmiany w ustawie w tej sprawie, która powinna nastąpić do 30 czerwca przyszłego roku, a do tego czasu w takim razie proponuję, aby pacjent, który twierdzi, że jest ubezpieczony, bo on ponosi odpowiedzialność za to, co podpisuje, był traktowany jako ubezpieczony przez okres 6 miesięcy, od 1 stycznia do 30 czerwca. Na trzy miesiące nie ma naszej zgody. Po trzech miesiącach czyli po trzech kapitaacjach zostanie wykreślony z naszej listy. Jeżeli kiedyś przyjdzie, będzie musiał znowu się zapisać, ale on przyjdzie tylko wtedy, co zaprzecza idei kapitaacji, tylko jak

będzie miał potrzebę zdrowotną. W takich sytuacjach jeżeli ktoś przychodzi jako chory to w AOS-ie i w lecznictwie zamkniętym jest opłacany jednostkowo, bo jego świadczenie jest niewątpliwie większe niż wynikałoby to z codziennego chodzenia w błahych sprawach. W tym momencie taki pacjent, który się u nas pojawi, właśnie z określonym zapotrzebowaniem zdrowotnym będzie opłacany kapitałowo w formie trzech okresów rozliczeniowych, a będzie pacjentem, który będzie kosztował na poziomie pomiędzy 100 a 200 zł u lekarza rodzinnego. Proponujecie Państwo rozwiązanie, w którym lekarz rodzinny z własnej kieszeni, z zarobionych pieniędzy finansował będzie tych pacjentów. O to nam po prostu chodzi. I to jeszcze raz Państwu to uświadomiamy. Dobrze byłoby, jakby ten system, który powstał, rzeczywiście weryfikował ubezpieczonych i nieubezpieczonych. No skoro to nie jest to nie wiem, czemu ten system służy. Bo skoro pan prezes powiedział rzecz zadziwiającą. Jeżeli po trzech miesiącach Fundusz zweryfikuje, że ten pacjent jest nieubezpieczony to pan prezes proponuje, że jak on przyjdzie znowu, a będzie uważał, że jest ubezpieczony to znowu wypisze oświadczenie, bo on uważa, że jest ubezpieczony. Jeżeli Fundusz w trzech miesiącach stwierdzi definitywnie, że nie jest ubezpieczony - to jaką on ma podstawę, żeby napisać, że jest ubezpieczony i znowu nam zawracać głowę tym faktem? Wtedy powinien być traktowany odpłatnie. Natomiast rozumiem, z punktu widzenia politycznego, co to dla Państwa znaczy... To jest chowanie głowy w piasek i nierozwiązywanie tego problemu. Nie odpowiedziałem mi pan prezes również, a ja wiem o co pytam: ile osób wycięto z list, panie ministrze? Bo tak się to odbywa: bez naszej wiedzy i świadomości, często. Osiemnastolatków - są to osoby, które były ubezpieczone, bo nie skończyły 18 lat. Uczeń czy student, który skończył 18 lat zostaje automatycznie wykreślany z list lekarzy list rodzinnych, dopóki rodzice nie zmienią jego statusu. Oni zmieniają jego status, jeżeli się okaże, że on jest chory i przyjdzie do tej praktyki, np. za 3 lata.

Min. Bartosz Arłukowicz: I to ryzyko finansowe bierze na siebie NFZ.

Dr Marek Twardowski: Nie. To ryzyko finansowe jest przenoszone na POZ, a nie na NFZ. Oczywiście, przecież zadałem pytanie. No, panie ministrze, mówię bardzo prostym polskim językiem...

Min. Bartosz Arłukowicz: Panie doktorze...

Dr Marek Twardowski: Skoro ich wykreślono, to żadne ryzyko NFZ nie ponosi, bo nam za nich nie płaci, a oni są ubezpieczeni.

Min. Bartosz Arłukowicz: Panie doktorze...

Dr Marek Twardowski: Środki finansowe zostają w NFZ-ecie.

Min. Bartosz Arłukowicz: Przede wszystkim środki finansowe zostały w POZ-ecie. To to jest podstawa do tego stwierdzenia. Środki finansowe za wszystkich czerwonych w wysokości 266 mln zostały w systemie podstawowej opieki zdrowotnej. To po pierwsze. Po drugie jeśli ten student, o którym Pan mówi przyjdzie i on ma uprawnienia, a nie jest zweryfikowany tylko i wyłącznie poprzez czynności administracyjno-biurokratyczne. Nie wiem, rodziców, uczelni, kogoś. To ten pacjent zostanie sfinansowany w takim samym sposobie finansowania, jak każdy inny, kto jest uprawniony. Po prostu zapali się wtedy na zielono na podstawie oświadczenia, które NFZ zweryfikuje. I tyle.

Dr Marek Twardowski: Nie, panie ministrze. Nie ma tutaj zgody. Rozumiem, że nie mamy wszyscy przy tym stole jednakowej wiedzy na temat funkcjonowania POZ-u, a bardzo nad tym ubolewam. Taki student... Panie ministrze, proszę mi pozwolić skończyć. Taki student, który zachoruje przyjdzie za 2 lub 3 lata. Przez ten czas, skoro on jest ubezpieczony, winien figurować na liście aktywnej lekarza. Został wykreślony przez NFZ. Nie figuruje. Nikt za niego nie płaci POZ-owi. Środki wpływają do NFZ-u, który ich nie przekazuje. NFZ je przekaże wtedy, jeżeli student po 3 latach się pokaże, wypełni oświadczenie, ale jeżeli jego rodzice nie uregulują jego statusu to po trzech miesiącach zostanie wykreślony.

Min. Bartosz Arłukowicz: Tak, panie doktorze. To ja skomentuję to w sposób następujący. Te wycieczki personalne zostawiam bez komentarza. Z mojej strony nie może się ich Pan spodziewać, ponieważ ja trochę inaczej rozumię rozmowę partnerską. Zaś co do meritum tej sprawy: student nie płaci żadnych składek, tylko jest uprawniony i tyle. Zaś jeśli zapali się na zielono NFZ ponosi za to konsekwencje. Znaczą konsekwencje, bierze tę odpowiedzialność finansową na siebie. Zaś co do pytania czy można to wydłużyć do 6 miesięcy czy trzech. Ja jeszcze to omówię z prezesem w jakiejś przerwie, którą zrobimy za chwilę. Nie chciałbym teraz robić przerwy punkt po punkcie. Kilka powodów do rozmowy pewne między mną a prezesem i ministrem Neumannem będzie i w związku z tym też porozmawiamy, ale wydaje się, że trzy miesiące to jest czas, w którym NFZ jest w stanie zweryfikować to uprawnienie.

Przedstawiciel PZ: Czy ja mogę jeszcze zadać pytanie odnośnie tych właśnie pacjentów. Bo jak rozumiem z tej interpretacji prawnej, uważają Państwo, że pacjent przychodzi, składa oświadczenie i jednocześnie za każdym razem deklarację?

Min. Bartosz Arłukowicz: Tak.

Przedstawiciel PZ: Czyli musi zmienić. Dajmy na to, że jeżeli przyjdzie jednak co 3 miesiące, czyli 4 razy w roku złoży deklarację, czyli ponosi konsekwencje finansowe niewydolności systemu eWUŚ. Pacjent.

Min. Bartosz Arłukowicz: NFZ. Jak złoży oświadczenie, które NFZ zweryfikuje jako uprawnione, sfinansuje tak jak każdego innego pacjenta.

Przedstawiciel PZ: Nie o tym mówię. Jeżeli Państwo uważają, że jest to pacjent wykreślony z listy i musi złożyć deklarację, a tak przed chwilą Pan przeczytał z tej opinii prawnej, to w tym momencie czterokrotnie w ciągu roku musi złożyć deklarację. Jeżeli przyjdzie. Zakładamy, że przyjdzie. Czterokrotnie w ciągu roku składa deklarację. Trzy razy w roku może złożyć bezpłatnie. Czwarta jest płatna dla pacjenta.

Min. Bartosz Arłukowicz: Deklaracja, a nie oświadczenie.

Przedstawiciel PZ: Ale, panie ministrze, bardzo zasadnicza sprawa, -żeby złożyć deklarację trzeba mieć dowód ubezpieczenia. My nie możemy przyjąć, zgodnie z ustawą, deklaracji od pacjenta, który

nie wylegitymuje się, że jest ubezpieczony. W związku z tym, w taki sposób jak Państwo to w tej chwili interpretujecie, taki człowiek będzie pozbawiony - chyba że jest w stanie zagrożenia życia i my się rzucimy, żeby go ratować. Natomiast w momencie, kiedy on przyjdzie uzyskać jakiegokolwiek świadczenie, to on nie może u nas złożyć deklaracji, jak nie ma dowodu ubezpieczenia.

Dr Marek Twardowski: Oświadczenie jest.

Przedstawiciel PZ: I oświadczenie nie wystarczy, bo oświadczenie jest następnym ruchem dopiero.

Przedstawiciel PZ: Nie, proszę pana.

Min. Bartosz Arłukowicz: Cytuję zarządzenie prezesa NFZ-u. W projekcie zmieniającym zgodnie z negocjacjami prowadzonymi z doktorem Krajewskim i partnerami w poprzednich spotkaniach jest zapisane w projekcie zarządzenia prezesa: „W przypadku gdy podstawą wpisania na listę świadczeniodawców po 31 grudnia 2014 jest deklaracja wyboru, złożona w tym samym okresie przez osobę, dla której dane eWUŚ udostępnione przez Fundusz w dacie złożenia deklaracji nie potwierdzają uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” - co świadczy o tym, że Fundusz weryfikuje prawidłowość złożenia tego oświadczenia co do daty jego złożenia.

Przedstawiciel PZ: Panie ministrze, ja chcę zauważyć, że myśmy podpisali ten protokół jeszcze nie mając tej opinii prawnej. Ona zmienia sytuację i w momencie kiedy my mamy takiego pacjenta usuniętego z listy to to jest pacjent, który generalnie jest traktowany jako nieubezpieczony. Jeżeli jest nieubezpieczony to my od niego deklaracji przyjąć nie możemy, a oświadczenie nie zastępuje deklaracji. W związku z tym tylko stan zagrożenia życia usprawiedliwia ewentualne udzielenia świadczenia.

Min. Bartosz Arłukowicz: Nie, panie doktorze, zapisane jest tak, że pacjent może złożyć oświadczenie o tym, że jest uprawniony, a NFZ ma 3 miesiące czasu na weryfikację tego oświadczenia.

Dr Marek Twardowski: Dobrze, panie ministrze, jeśli mogę. No jest tu między nami spór. Powiem tak, trzech miesięcy, trzymiesięcznego okresu nie przyjmujemy. Wnioskujemy w tej sytuacji o 6-miesięczny, ale chcemy mieć jasną wykładnię, co się stanie po 6 miesiącach, bo taki pacjent, jeżeli pan minister i pan prezes się na to zgodzą, zostanie wykreślony. W związku z tym on nie będzie już figurował na liście aktywnej czy nieaktywnej tylko jego fizycznie w praktyce nie będzie. Zachoruje, przyjdzie. No to jest trochę dziwne dla mnie, bo zawsze do tej pory ubezpieczony w Polsce musiał się okazać dowodem ubezpieczenia, że ktoś za niego płaci, aby figurował w systemie. Na raz ma się zdarzyć, że będzie to tylko jedynie oświadczenie. Na to oświadczenie będzie mógł miał NFZ 3 miesiąca czasu, żeby to zweryfikować. Nieznany mi jest przykład, aby do którejkolwiek praktyki w Polsce wpłynęła opinia wysłana przez NFZ, że pacjent został zweryfikowany pozytywnie lub negatywnie, poza jednostkowymi przypadkami młodych ludzi, którzy udali się za granicę i sprawa nie podlegała dyskusji, wtedy jest wszystko jasne. Jak przyjeżdżają mają EKUZ czy odpowiednik i wtedy tak to jest załatwiane. Natomiast w tej sytuacji trudno przyjąć rozwiązanie, że każdy w Polsce, który przychodzi z dowodem osobistym ma prawo nie posiadając żadnego dokumentu ubezpieczeniowego,

nie będąc do nikogo zapisanym, bo zostanie skutecznie wykreślony. Być zapisanym, że jest ubezpieczony na podstawie oświadczenia jako osoba nowo zapisująca się do jakiejś praktyki. Czy dobrze rozumiem, że wtedy dokumentem w RP jest oświadczenie?

Min. Bartosz Arłukowicz: Tak jak w wielu innych systemach. W AOS-ie i w szpitalu.

Dr Marek Twardowski: Dobrze, czekamy tutaj w takim razie. Jak pan prezes, pan minister ustosunkują się do tego co mówimy o tych 6 miesiącach i rozumiem, że w tym czasie, to też powinno być zapisane, zostanie zmienione prawo nakładające pewne zmiany tutaj w systemie prawnym, aby pacjent nieaktywny mógł figurować, bo Państwo rozumiem na podstawie tej opinii prawnej decydują, że pacjent pomimo czasowego utracenia uprawnień w systemie naszym figurować nie może.

Przedstawiciel PZ: W ustawie tego nie mamy.

Dr Marek Twardowski: W ustawie czegoś takiego zapisanego nie jest. Nie widzę takiego zapisu. Nie ma. Szukamy, nie możemy znaleźć.

Przedstawiciel PZ: Odwrotnie. Ustawa nam nie umożliwia tego typu świadczenia, ponieważ tak jak tu w opinii prawnej Pan Minister przytaczał. Ponieważ złożenie deklaracji wyboru lekarza jest związane nieodłącznie z prawem do ubezpieczenia, tak? To wówczas jest ono ważne razem z tym momentem. To jest rzeczywiście ustawa jest pisana jakby z punktu widzenia ubezpieczonego i ubezpieczonego zabezpiecza na wypadek udzielenia świadczeń i tak rzeczywiście jest. Natomiast ewentualnie deklarację należy dopisać do rzeczy, nad którymi można pracować. Ja rozumiem argumenty, chociaż nie wszystkie, które Państwo przytaczają, bo choćby ten 18 rok życia to również jest kwestia własnej deklaracji czy deklaracji moich rodziców. Tak, bo tu są dwie dwa typy oświadczenia woli ze strony. Oczywiście, jak najbardziej to jest inaczej czy pacjent. Możemy sobie wyobrazić również taki taką opinię, że ta deklaracja jest oświadczeniem woli i niekoniecznie pacjent będzie chciał, młody 19-latek otrzymać dalej u opieki.

Dr Marek Twardowski: To bardzo proszę panie prezesie zapoznać się z moją interpretacją jak pracowałem w Ministerstwie, którą przekazałem do całej Polski na podstawie tego, co podjął Departament Prawny w osobie pana dyrektora Puzonia, który jasno powiedział, że prawa nabyte są honorowane, w związku z tym osoba dorosła ma obowiązek dopiero wypełnić deklarację wtedy, kiedy jako dorosła zgłosi się z potrzebą zdrowotną do praktyki. Do momentu do którego się nie zgłosi to jej oświadczenie kiedy była jeszcze dzieckiem i podpisał to rodzic zachowuje moc prawną. Nie jest mi znany przypadek, żeby od tego czasu jak tu pracowałem zmieniły się przepisy prawne w tej kwestii. To tak gwoli ścisłości.

Min. Bartosz Arłukowicz: Drodzy Państwo, systemu eWUŚ na pewno nie zmienimy na tym spotkaniu ani nie zmienimy go do 31 grudnia. To jest rzecz oczywista, bo tego po prostu nie można zrobić tak jak powiedział minister Neumann. I pan doktor to wie i pan doktor Krajewski to wie. I wszyscy na tej sali to wiedzą. Możemy się umówić co do tego, że będziemy prowadzili czynności prawne zmierzające do tego, żeby pacjent nieuprawniony pozostawał na tzw. półaktywnej, przepraszam za to słowo, półaktywnej liście aktywnej. Chodzi o to że pacjent nie ma uprawnień, pozostaje w deklaracji POZ-

owskiej. Na to się możemy umówić, że to zrobimy. Zaś na pewno tego nie zrobimy do jutra, bo tego takiej możliwości po prostu nie ma. To zostawmy sobie do przerwy. Co do zmiany systemu eWUŚ to na pewno nie zmienimy w toku naszych dzisiejszych negocjacji, bo to jest po prostu niemożliwe.

Dr Marek Twardowski: Panie ministrze...

Min. Bartosz Arłukowicz: Jeżeli to jest jakby warunek, to ja nie wiem, w którą stronę Państwo zmierzacie.

Dr Marek Twardowski: W związku z tym konstruktywna propozycja z naszej strony jest następująca: wydłużyć okres oświadczenia do 6 miesięcy, potem jest znak zapytania. Znowu po 6 miesiącach pacjent będzie miał prawo złożyć kolejne oświadczenie czy ma być traktowany jednak jako nieubezpieczony i zmiana w prawie polegająca na tym, że jak to pan minister się wyraził, te listy pólaktywne, no bo wiadomo w zależności od tego jak świeci tak będzie honorował.

Min. Bartosz Arłukowicz: Przepraszam za to słowo, nie jest trafne.

Dr Marek Twardowski: Nie stwarzałyby potrzeby wypełniania wielokrotnie nowych deklaracji, bo to nie jest tylko do lekarza, ale z reguły jeszcze i do pielęgniarki i do położnej. W związku z tym jest to mnóstwo papierologii, która teraz nie ma miejsca w POZ-ecie.

Min. Bartosz Arłukowicz: Na pewno się możemy umówić na to, że te prace, żeby jednoznacznie to opisać w NFZ-ecie mogą ruszyć, ale mogą ruszyć po 1 stycznia w sensie prawnych zmian jasno opisujących co z pacjentem w odniesieniu do jego deklaracji. **Jeśli nie ma uprawnienia, ja nie widzę przeszkód, żeby on jakby figurował na tej liście aktywnej nie mając uprawnień do świadczeń, czyli de facto nie mogąc korzystać z bezpłatnej pomocy po zweryfikowaniu negatywnym oświadczenia.**

Dr Marek Twardowski: Panie ministrze, mam kolejny punkt do omówienia. Rozumiem, że tu na razie jest czas do podjęcia decyzji. W umowach obowiązuje klauzula. Powinna obowiązywać klauzula, bo tak było przez wiele lat, że w momencie jej podpisywania obowiązuje to, co strony uzgodniły w momencie podpisywania tej umowy, a w trakcie jej trwania jej zasady, czyli tej umowy, mogą być zmienione wyłącznie za pisemną zgodą obu stron.

Min. Bartosz Arłukowicz: To było rozważane. I to jest rozważane, ale w momencie kiedy dojdziemy do porozumienia.

Dr Marek Twardowski: W zapisie...

Min. Bartosz Arłukowicz: Jest w projekcie.

Dr Marek Twardowski: W zapisie z 17 grudnia, panie prezesie...

Min. Bartosz Arłukowicz: Panie doktorze... Spokojnie...

Dr Marek Twardowski: Ja rozumiem.

Min. Bartosz Arłukowicz: W projekcie.

Dr Marek Twardowski: My tego projektu nie mamy. Ale w zapisie z 17 grudnia zapis jest nie do przyjęcia. Ja rozumiem, że jest to rozważane.

Min. Bartosz Arłukowicz: Panie doktorze, jeśli mogę ja słowo. Proponowałbym, żebyśmy jednak spokojniej prowadzili te rozmowy. Przed Panem leży projekt zarządzenia Prezesa z 23. Przed Panem leży projekt zarządzenia Prezesa NFZ-u, który jest możliwy do podpisania w przypadku zawarcia porozumienia między nami. W przypadku braku takiego porozumienia to zarządzenie nie wejdzie w życie. Trzeba to jasno powiedzieć.

Dr Marek Twardowski: Potrzeba czasu, żeby to przeczytać panie ministrze, ale tu kolega czyta. To w związku z tym rozumiem, że taki zapis mógłby się znaleźć. Rozumiem, że wtedy jak podpiszemy porozumienie. No jest to dla mnie oczywiste, ale o taki zapis wnioskujemy, bo nie można w czasie trwania umowy w sposób dowolny rozporządzeniami ministra albo zarządzeniami prezesa w sposób diametralny zmieniać tej umowy, a w zarządzeniu z 17 grudnia pan prezes nadał sobie uprawnienie polegające na tym, że 2 stycznia może zmienić zarządzenie i będzie obowiązujące w nowo podpisanej umowie.

Przedstawiciel PZ: Tak jest.

Dr Marek Twardowski: Czytać to my umiemy, ale to co dzisiaj obowiązuje tak jest napisane. Rozumiem, że w projekcie się to zmieni. To to mnie cieszy, że to idzie w dobrym kierunku. **Przechodzimy do następnej rzeczy odnośnie finansów. Bardzo, panie ministrze, żeśmy dokładnie wszystko przeanalizowali i przeliczyli.** To, co w rozmowach padło, zarówno ze stroną POZ-owską jak i inną i w związku z tym mamy następującą propozycję finansową. Proponujemy, aby od 1 stycznia 2015 roku. Bo pamięta Pan, że były też rozmowy mówiące o tym, że PZ wnioskował o to, żeby były 2 zł na badania, które dodatkowo mają obciążyć lekarzy rodzinnych. Takiej zgody nie było, bo rozumiem, że NFZ nie chce iść w kierunku tym, że kontraktuje świadczenia dodatkowe u świadczeniodawców wykonujące, a lekarze POZ-u mają uprawnienia, żeby je tam skierować i za nie płaci. Nie mówię tutaj o koronografii ani gastrokopii. Mówię o badaniach laboratoryjnych, USG, RTG szeroko rozumianym. Czyli rozumiem, że te pieniądze muszą się znaleźć w naszej stawce kapitałowej i być sfinansowane z tej stawki. Tak? Dobrze rozumiem? Dobrze, w związku z tym jeżeli tak.

Min. Bartosz Arłukowicz: Przepraszam, jedno słowo. Właśnie w tej chwili dostałem informację od RCL, że opublikowano zmienione rozporządzenie ministra zdrowia.

Dr Marek Twardowski: A mamy je?

Przedstawiciel PZ: No jeszcze nie.

Dr Marek Twardowski: No to cieszymy się panie ministrze i prosimy o przedstawienie nam, żebyśmy mogli poczytać. Dobrze. [Przeczytaj czy się wszystko zgadza.] W związku z tym proponujemy, panie ministrze, jako Porozumienie Zielonogórskie, aby od pierwszego stycznia stawka kapitacyjna w związku z tym, że nie była zmieniana od 1 sierpnia 2008, długie 6 i pół roku... Sześć i pół roku... Inflacja w tym czasie wyniosła 15,3%, nieuwzględniona jest w tym mała deflacja z tego roku, więc powiedzmy, że jest to 15%. Takiej waloryzacji przez 6 i pół roku nie było. W związku z tym myśmy musieli dodatkowe środki wyasygnować, żeby utrzymać nasze praktyki, bo wszystko w tym czasie wzrosło. U Państwa w domu każda opłata też. Patrząc na to oraz na to że czekają nas dodatkowe zadania, bo do pakietu odniesiemy się na końcu, **proponujemy, aby ta stawka kapitacyjna wyniosła od 1 stycznia 11,5 zł – miesięcznie, z tymi badaniami, które ujęte są w rozporządzeniu podpisanym przez pana ministra plus w sposób zdecydowany optujemy za utrzymaniem wagi 3 mimo argumentów, które tu padały (skutek finansowy dla budżetu NFZ – 2 mld zł).** Bardzo dokładnie, żeśmy to wszystko przeanalizowali. W ciągu ostatnich lat, w których ta waga była płacona. Patrząc rok do roku finanse desygnowane z tego tytułu przez NFZ zmieniały się bardzo niewiele. Praktycznie to jest status idem rok do roku. W związku z tym nie ma tu żadnego ryzyka finansowego Funduszu, bo ani nagle nie ubędzie wielu pacjentów z tego wskaźnika ani nagle nie, patrząc na te statystyki zapadalności na choroby, więc ta ilość się nie powiększy. **Przy utrzymaniu tego, co zostało już w zarządzeniu ujęte z 17 grudnia czyli wagi 1,1 dla przedziału wiekowego 40-65. Poza tym wnioskujemy o zwiększenie tej wagi, bo to jest grupa, które rodzi spore koszty, aby uległa zwiększeniu, jeśli to możliwe od 1 lipca do 1,2, a od 1 września została zwiększona w przedziale takim wiekowo nie największym, ale powyżej 65 roku życia z 2 do 2,2.** Systematyczny wzrost, rozumiemy, że nie może się odbyć skokowy. Z tym wiążemy również.....

Dr Marek Twardowski: Zwiększenie stawek dla pielęgniarek i położnych i transportu sanitarnego, co najmniej o 15%, bo to co jest proponowane po ubytkach w EWUSiu, absolutnie nie rekompensuje tego, co jest w dotychczasowym z 17 grudnia zarządzeniu prezesa NFZ-u.

Min. Bartosz Arłukowicz: Czy ja dobrze pana doktora zrozumiałem? Pan doktor wyraża oczekiwanie w imieniu PZ, żeby stawka wzrosła ze 136,80 rocznie dzisiaj proponowanej przez prezesa NFZ do stawki 138 z utrzymaniem wskaźników trójkowych. Dobrze zrozumiałem?

Dr Marek Twardowski: **11,50 x 12 miesięcy plus utrzymanie wagi 3 (skutek finansowy dla budżetu NFZ – 2 mld zł).**

Min. Bartosz Arłukowicz: Na tej stawce?

Przedstawiciel PZ: Nie, na 9.50

Min. Bartosz Arłukowicz: Na zamrożonej stawce 96, tak?

Przedstawiciel PZ: Nie, 93.

Min. Bartosz Arłukowicz: To chciałbym dobrze usłyszeć.

Dr Marek Twardowski: Prosimy o chwileczkę, panie ministrze.

Min. Bartosz Arłukowicz: Dobrze, zatem 5 min. przerwy.

PO PRZERWIE

Min. Bartosz Arłukowicz: No więc jaka jest ostateczna opinia Państwa w tej sprawie? Tych trójek i wysokości potencjalnych trójek?

Dr Marek Twardowski: Dziękujemy za chwilę przerwy. Proponujemy dokładnie to co przeczytaliśmy. Powiem jeszcze krótko, uzasadnię, już nie wglębiając się w wagę 3. Przyjmowaliśmy tutaj z uwagą wszystkie argumenty jakie padły ze strony MZ i NFZ odnośnie nieutrzymywania wagi 3. Sprawdziliśmy jak to będzie funkcjonować w naszych praktykach. Okazało się, że jeśli będzie jedna stawka kapitacyjna bazowa, wysoka, nie będzie natomiast wagi 3.0, największym beneficjentem tego działania staną się tylko i wyłącznie pediatrzy. Bo ze stawki bazowej przeliczniki, które istnieją pomiędzy 0, a 6 i pomiędzy 7, a 19 stworzą takie podstawy, że świadczenia samych lekarzy POZ, przepraszam – przychody samych lekarzy POZ wzrosną nawet o 40%. Natomiast nie leczą oni ze wskaźnikiem „E” czyli ani cukrzycy (poza przypadkami cukrzycy dziecięcej, której jest mało i której nie leczą z reguły pediatrzy a poradnie diabetologiczne, bo to jest trudne leczenie. **W związku z tym lekarze interniści, którzy leczą pacjentów z wagą czyli cukrzycą i chorobami krążenia również będą przypisani do pakietu onkologicznego, bo tylko w sporadycznych przypadkach wg naszego rozeznania takie karty będą desygnować pediatrzy, w tym momencie ci, którzy rzeczywiście się leczą, opiekują cukrzycą, chorobami krążenia, którzy będą zobowiązani w uzasadnionych przypadkach wystawić kartę DiLO będą znacznie gorzej opłacani w systemie od tych lekarzy, którzy tego nie robią.** Te analizy pozwoliły nam w sposób odpowiedzialny zaproponować utrzymanie wagi 3, zwiększenie również finansowania w stawce bazowej, co podstawą było, to co powiedzieliśmy. **Przez 6,5 roku niewaloryzowanie tej składki oraz to, że w tym mieszczą się również badania, które będą musiały być dodatkowo przez nas wykonywane, nie tylko pod kątem DiLO, ale również jeśli znajdzie tam się przecież PSA to wielu pacjentów, bo mamy tu rozeznanie, że 30% PSA było wykonywane na podstawie skierowań do lekarzy specjalistów, ale 70% badań wykonywanych w RP było wykonywanych przez pacjentów na ich koszt. Oni teraz nie będą wykonywać tych badań na swój koszt, tylko będą szli do lekarzy, którzy będą mieli w swoich możliwościach zrobienie PSA. Dlatego teraz proponujemy takie, a nie inne stawki, panie ministrze, i proszę o ustosunkowanie się do tego projektu.**

Min. Bartosz Arłukowicz: Ale ja chcę doprecyzować, te stawki na poziomie 138 x 3? Rocznie?

Dr Marek Twardowski: Tak proponujemy **(skutek finansowy dla budżetu NFZ – 2 mld zł)**.

Min. Bartosz Arłukowicz: Rozumiem, to teraz ja troszeczkę sprostuję. Ponieważ w latach 2008-2013, jak pan twierdzi, nie było podwyżki stawki kapitacyjnej, to prawda - ale wzrost nakładów na POZ,

m.in. przez różne wskaźniki wiekowe, czy tzw. trójkowe, wyniósł 1,4 mld zł. W latach 2008-2013. Więc ten wzrost nastąpił w takiej wysokości. To jest pierwsza informacja. Druga – stwierdzenie że zarobią tylko pediatrzy jest stwierdzeniem mocno dyskusyjnym, dlatego że te dzieci o których pan mówi, są właśnie dokładnie zapisane u państwa w poradniach. I one wszystkie nie wywędrują z dnia na dzień i te pieniądze zostaną u Państwa, bo te dzieci nie zapiszą się nagle do POZ, tylko one właśnie dzisiaj w POZ są dokładnie u Państwa, m.in. oczywiście. W związku z tym nie jest to prawdziwe stwierdzenie, panie doktorze, i nie jest prawdziwym stwierdzeniem, że nie rosły nakłady na POZ, bo urosły o 1,4 mld zł. **Chciałbym pana poinformować i Państwa wszystkich, że oczekiwanie PZ w tym momencie, czyli 138 kapitaacja podstawowa i utrzymanie trójki w systemie otwartym, gdzie już doszliśmy do wspólnego przekonania, że w systemie otwartym byłoby to trudne, co potwierdził ze mną w dyskusji pan dr Zieliński, że ma pomysł na tzw. system zamknięty, czyli nie otwartych drzwi. Te zmiany, plus zmiany wiekowe, które Państwo proponują czyli wzrost 40 - 65 na 1.2 od 1 lipca to kosztuje system 2 mld 56 mln zł i otwarty system. Na dzień dobry kosztuje to 2 mld i 56 mln zł.** W związku z tym, z sytuacją finansową NFZ, mówiłem o tym jasno, że w toku negocjacji zwiększyliśmy finansowanie z 716 ml zł dodatkowych pieniędzy na 1 mld 100 mln zł jest sytuacją absolutnie końcową jeśli chodzi o wydolność finansową NFZ-u i możliwą tylko i wyłącznie do przeprowadzenia w systemie zamkniętym. Na pewno nie możemy zgodzić się na wzrost finansowania o 2 mld i zostawienie trójek na poziomie 138 zł. To jest oczekiwanie finansowe, które jest niemożliwe do spełnienia i skończy się tym - gdybym to podpisał, czego oczywiście nie zrobię - że finansowanie lekarzy POZ zakończyłoby się w 3 kwartale bo by zabrakło pieniędzy.

Dr Marek Twardowski: Rozumiem stanowisko MZ, to była nasza propozycja. W związku z tym, co pan minister proponuje?

Min. Bartosz Arłukowicz: Nasze propozycje zawarte są w kilkunastu ustępstwach, które zrobiliśmy w Państwa stronę, a mianowicie, te które przytoczyłem na początku spotkania. Zwiększyliśmy finansowanie z 700 mln na 1 mld 100 mln zł, odstąpiliśmy od stawki Q, zmniejszyliśmy ilość badań, rozporządzenie wisi w RCL, zgodnie z Państwa oczekiwaniami, mamy projekt zarządzenia prezesa który to zmienia, zmienia nasze wcześniejsze ustalenia zapisane w porozumieniach, które widzę w tej chwili stają się jakby nieaktualne, my ustąpiliśmy w bardzo wielu miejscach. Chciałbym zadać panu doktorowi pytanie: w czym ustąpiło PZ?

Dr Marek Twardowski: Dobrze, panie ministrze odpowiem na to pytanie, ale chciałem się zapytać w międzyczasie, bo pan się tutaj odniósł do naszych propozycji – to są propozycje negocjacyjne, nie powiedzieliśmy przy tym stole, że PZ tego żąda, żeby była jasność. Zaproponowaliśmy i pan minister jeśli ustosunkował się do tego w taki sposób, to to rozumiem, natomiast chcę powiedzieć panu ministrowi, że możemy dyskutować o stawce kapitacyjnej i tzw. bazowej od której są wagi i przeliczniki, natomiast nie odstąpimy od wagi 3,0, żeby była jasność. Taka jest nasza dzisiaj decyzja w tej sprawie. Od tego panie ministrze odstąpić nie możemy. Owszem pracuje również u nas 6,5 tys. pediatrów, ale różnie są skonstruowane praktyki lekarzy rodzinnych – większe, mniejsze, są zespoły pediatryczno-internistyczne, są mieszane z lekarzami ogólnymi i z lekarzami rodzinnymi, natomiast chcę tu panu ministrowi podkreślić, że tych pacjentów, którzy wymagają szczególnej uwagi i są kosztochłonni, bo często trzeba im wykonywać badania kontrolne dodatkowe, to są pacjenci, którymi nie opiekują się pediatrzy, tylko opiekują się internści i lekarze rodzinni. W związku z tym w tym

przypadku trzymanie sztywnej stawki kapitaacyjnej bazowej bez wagi 3 powoduje, że znacznie zostaną dla internisty i lekarza rodzinnego obniżone nakłady na leczenie ich pacjentów. Również kartę DiLO nie będą w znacznej części generować i tu z tym związane, czyli również kosztami wykonywanych badań dodatkowych ujętych dodatkowo w rozporządzeniu, które pan minister podpisał, spadnie na lekarzy internistów i lekarzy rodzinnych, nie na lekarzy pediatrów. **Dlatego proponujemy system bardziej sprawiedliwy, czyli zachowanie wagi 3 przy stawce bazowej, którą proponujemy 11,50 (skutek finansowy dla budżetu NFZ – 2 mld zł).** Nie powiedzieliśmy, że to jest nasze ostatnie słowo. 10,51 to była stawka, która tutaj padała w poprzednich rozmowach. Ta stawka jest zbyt niska, możemy spotkać się gdzieś po środku.

Min. Bartosz Arłukowicz: Trudność tych negocjacji w mojej ocenie polega na tym, po części, że te propozycje Państwa są dosyć różne. Ja przygotowałem się na to spotkanie analizując propozycje pana doktora Twardowskiego, które zostały przedstawione w rozmowie telefonicznej we wtorek przed wigilią, kiedy powiedział pan, że jest pan skłonny spokojnie od trójek odstąpić, żeby utrzymać ten system w jakimś bardziej określonym zapisie. Dzisiaj słyszę na twardo, że trójki tak, ja przygotowywałem się na to spotkanie dzisiaj, poprosiłem analityków o przeprowadzenie tej propozycji, którą mi pan proponował w rozmowie telefonicznej we wtorek, że odступujemy od trójek i próbujemy zwiększyć finansowanie poprzez regulację wskaźników wiekowych i to moi analitycy na dzisiaj przygotowywali. Bo uznałem, że tamta rozmowa między nami jest poważna. Rozumiem, że teraz jest propozycja taka że trójki na twardo tak. My przedstawialiśmy nasze propozycje w ankiecie, którą rozsyłaliśmy do POZ. Pierwsza była taka, że 136 bodajże przecinek 2 bez trójek z tymi schodami 140-144 one urosły w toku negocjacji oczywiście, a druga propozycja była taka że zostawiamy trójki na zamrożonym poziomie 96 zł przy stawce kapitaacyjnej 124 zł rocznie. Te propozycje spotkały się z odzewem takim, że odpowiedziało nam 1700 POZ-ów, z czego 70% odpowiedziało, że woli system bez trójek. Oczywiście nie są to wszystkie POZ-y, ale przyznają Państwo, że badania sondażowe, takie nawet które wykonuje się w polityce opierają się na próbie 1000 osób, zaś my zbadaliśmy 1700 spośród 6000 POZ-ów i odpowiedź 70% POZ-ów mówiła, że trójki możemy zlikwidować przy znacznym podwyższeniu stawki kapitaacyjnej takich dużych schodach 140-144.

Dr Marek Twardowski: Jeśli mogę odpowiedzieć panu ministrowi – rozumiem. Natomiast myśmy również przeprowadzili, nie tylko jako zarząd PZ, własne wyliczenia i tu przekazaliśmy panu stanowisko i to nie jest stanowisko zarządu, tylko to jest skonsultowane z naszymi członkami którzy pracują w 14 województwach i zdaniem naszych członków, którzy do nas należą, bo nie mogę się tutaj odnieść do tych ankiet, które zostały panu ministrowi przesłane, choć to stanowi ok 25% powiedzmy funkcjonujących POZ-ów w Polsce, natomiast nasi członkowi, których jak pan wie jest sporo, optują za utrzymaniem tej wagi, to były dyskusje, kiedy przychodziło wielu członków PZ w poszczególnych województwach i rozważaliśmy te kwestie. W związku z tym, to co panu ministrowi przedstawiamy to nie jest stanowisko labilne, tylko to jest stanowisko wynikające, bo kiedyś wreszcie któraś strona jest zobowiązana przedstawić swoje ostateczne stanowisko, żeby było wiadomo do czego się odnieść. W związku z tym to jest nasze stanowisko, którym chcielibyśmy zakończyć negocjacje. Ale natomiast jesteśmy otwarci, my nie upieramy się, że pan minister musi dołożyć 2 mld a priori od 1 stycznia, natomiast nasze pytanie brzmi: czy system ma być zamknięty czy otwarty?

Min. Bartosz Arłukowicz: Rozmawialiśmy o tym z dr. Krajewskim i negocjatorami, którzy przyjeżdżali do nas przez ostatnie tygodnie i miałem wrażenie że jeżeli te trójki miałyby pozostać w pewnym systemie zamkniętym, co także było sygnalizowane w korespondencji ze mną, czy nie ze mną a do mnie dr. Zieliński ma pewien pomysł, więc może pan dr. Zieliński przedstawiłby ten pomysł? Bo też chętnie bym go wysłuchał.

Trudność polega na tym, że negocjacje prowadzone są z wieloma ośrodkami. Tu z dr. Krajewskim, telefonicznie z dr. Twardowskim i bardzo merytorycznie z dr. Zielińskim, dotyczące propozycji trójkowej, które były ciekawą lekturą.

Przedstawiciel PZ: Skorzystaliśmy z Państwa dobrego, starego pomysłu, zawartego w ustawie refundacyjnej, który określał maksymalny poziom wydatkowania środków przez NFZ na wydatki lekowe. Został tam określony na 17% o ile dobrze pamiętam. Uznaliśmy, że skoro w głowie pana ministra jest ten lęk przed przekroczeniem pewnej sumy, która będzie niezdożywalna w systemie. Możemy ten mechanizm zaimplementować do POZ, ustalić w naszych wspólnych rozmowach pewien pułap powyżej którego wydatki lekarza POZ nie wyjdą. W przypadku gdyby z wag 3,0 wyszło, że wydatki mogłyby być wyższe, solidarnie o tą sumę obniżymy sobie wszyscy rachunek o tą kwotę np. w grudniu.

Min. Bartosz Arłukowicz: To będzie bardzo trudne do przeprowadzenia dlatego, że w ustawie refundacyjnej pan doktor pominął jedną rzecz, że tam mamy zapisany mechanizm paybacku i tam mamy, że jeśli firma farmaceutyczna, która sprzedaje lek przekroczy mechanizm payback lub inny mechanizm recesowy podpisując z resortem dokumentację na refundację leczenia zobowiązuje się do samodzielnego pokrywania kosztów, jeśli przekroczy tą pewną granicę. To rozwiązanie miałoby sens wtedy, jeśli lekarze zobowiązaliby się że po przekroczeniu tej sumy finansują badania w niezmiennym kształcie. A ja obawiam się, że skończy się to tym, że po przekroczeniu określonej sumy (abstrahuję od jej wysokości) dojdziemy do ściany i w pewnym momencie pacjent usłyszy w gabinecie lekarskim POZ, że skończyły się pieniądze na badania w POZ. To jest de facto jak ta pula na badania. Skończyły się pieniądze do widzenia, cześć 12 listopada. Chyba że tak zrobimy i zapiszemy to, że lekarze nie mogą odesłać pacjenta z kwitkiem. To wtedy można by ewentualnie o czymś takim pomyśleć ale to wymaga bardzo poważnych analiz finansowych, bo nie rozmawialiśmy na pieniądzech, rozmawialiśmy jako o pomysłe, mechanizmie, kluczu dojścia do tego.

Przedstawiciel PZ: Panie ministrze, ja chcę powiedzieć, że taki mechanizm może nie wprost paybacku, państwo nam proponujecie jeśli chodzi o badania dodatkowe. Bo jeżeli jest tak, że my mamy określoną kwotę, określoną kapitaację to Państwo nas zobowiązujecie do wykonywania tych badań nie limitujecie pacjentów. Kilkakrotnie padało na tej sali, że mamy dodatkową pulę pieniędzy na badania dodatkowe, bo przecież wnioskowaliśmy o to w pewnym momencie, to Państwo obawiacie się, że w momencie kiedy wydamy te wszystkie środki, które przeznaczone są na badania to 25 czy 27 któregoś miesiąca powiemy pacjentowi, no tym razem nie, proszę przyjsć 1-ego następnego miesiąca będziemy mieli nowe środki. Tutaj w tym momencie, jeżeli okaże się, że my te środki wydamy nie było mowy, myśmy zgłaszali ten problem, ale rzeczywiście możemy potraktować, że w sytuacji kiedy wydamy pieniądze, które są przeznaczone na badania, a później musimy dodawać z tych pieniędzy które mamy jako bufor m.in. trójki są właśnie tym buforem, będziemy musieli uzupełnić te badania, można to potraktować to jako pewien rodzaj paybacku.

Min. Bartosz Arłukowicz: Tak panie doktorze, dlatego ja tak bardzo dokładnie wsłuchiwałem się w pana propozycję i uznałem jej wartość merytoryczną za zasadną, bo to nikt inny jak pan powiedział w trakcie negocjacji, że stawka za badanie powinna wynosić x3, to co było wykonane w AOS-ie w systemie publicznym, wtedy wydawało mi się, że jest to oczekiwanie naprawdę mocno wygórowane po analizie i merytorycznej rozmowie z panem i pana partnerami, uznaliśmy że ma pan rację i dlatego przyznaliśmy 272% ceny wykonywanych badań, to było spełnienie Państwa oczekiwania. My startowaliśmy z poziomu 100% dojechaliśmy do 272% kreśląc badania i zwiększając ich finansowanie.

Drodzy Państwo – 6 badań – miliard złotych.

Przedstawiciel PZ: Pamiętajmy, że to jednak nie same badania, ale także okuliści i dermatolodzy.

Min. Bartosz Arłukowicz: Pamiętam, jestem uczciwy w tej rozmowie. Jeżeli same badania to 189 na 514. Doktorze! To by musiało świadczyć o tym, że każdy z pacjentów, który był badany w AOS-ie x 3 poszedł prywatnie i wykonał to badanie.

Przedstawiciel PZ: Panie ministrze jesteśmy blisko pewnego rozwiązania. Pan minister sugeruje, że jeśli chodzi o sprawę pewnego poziomu finansowania POZ, czyli ten system zamknięty, który byłby bezpieczny dla finansów publicznych jest jakimś rozwiązaniem jeśli chodzi o finansowanie świadczeń POZ od następnego roku. Natomiast my upieramy się przy tych trójkach z taką propozycją, aby wprowadzić system zamykający, który nie jest otwarty, ale zamykający.

Min. Bartosz Arłukowicz: Na czym ma to polegać?

Przedstawiciel PZ: Jeżeli doszlibyśmy do porozumienia w tym aspekcie to pozostają trójki, jest kwestia tylko zastanowienia się nad mechanizmem, który można by było zapisać i czy ten mechanizm jest w ogóle możliwy do zapisania.

Min. Bartosz Arłukowicz: No to czekam na propozycję z Państwa strony, my uznaliśmy że Państwo taki pomysł macie. Uznałem, że taki pomysł macie. Ja też chcę podkreślić jedną trudność organizacyjną. Proszę mieć świadomość tego, że ponad już 60% POZ-ów podpisało z nami umowy na warunkach określonych w zarządzeniu prezesa NFZ, które dzisiaj wisi, to jest pierwsza informacja, a druga jest taka, że tego typu zmiana musiałaby być zaakceptowana przez wszystkich. Oczywiście, nie wykluczamy jej, jesteśmy otwarci, ale chciałbym usłyszeć jak ten system by się zamknął. Na pewno nie może zamknąć się tak, że jak dojdziemy do 6,2 mld zł to lekarze przestają badać pacjentów, takiej zgody nie będzie.

Przedstawiciel PZ: Po pierwsze uważamy dalej, że 13% pacjentów, którzy są w wadze 3.0 oni nadal będą w tej liczbie, w związku z tym, z naszego punktu widzenia nie widzę zagrożenia żeby pieniędzy zabrakło w połowie listopada. To co my mówimy to jest wyjście naprzeciw obaw MZ i NFZ, że ta ilość może nagle wzrosnąć, nasza propozycja mówi też to, że te środki zostaną wypłacone w takiej ilości jaka jest przeznaczona. Czyli jeżeli na dzisiaj ilość środków na jaką się umówimy dostępna w planie finansowym wystarczałaby na świadczenia, te które proponujecie Państwo w waszym mechanizmie

finansowania to ona tak samo powinna wystarczyć w naszym mechanizmie finansowania. To jest tylko zmiana rozdziału pomiędzy podmioty – tak możemy w uproszczeniu powiedzieć.

I teraz mechanizm to jest tylko kwestia określenia puli maksymalnej. Myśmy byli gotowi do tego żeby przygotować kompletną propozycję, natomiast nie otrzymaliśmy kompletu danych. Ja się zwróciłem jeszcze o kolejne dane i których nie otrzymaliśmy.

Min. Bartosz Arłukowicz: Dane mam wrażenie były wysyłane, to wyjaśni pan z dyr. Więckowską w kularach.

Chciałbym jeszcze oddać głos ministrowi Neumannowi, który podnosił wcześniej wyraźnie pewien argument i ja się z tym argumentem zgadzam.

Min. Sławomir Neumann: Szczerze – to nie jest tak że my mamy określoną liczbę środków i ta kwota zostanie zapisana.

Bo mamy dzisiaj skutek finansowy tych naszych propozycji policzony na 1 mld 100 mln zł, zakładając, że ci którzy są czerwonymi, nie będą zielonymi np. i nie wzrosną. Jeżeli będziecie Państwo mieli taką możliwość, a taką macie zrobienia części tych zielonych, to już będziemy płacić więcej i to jest pierwsza rzecz. A po drugie trójki, to nie jest tak, nasza obawa wcale się nie zmniejszyła, a wręcz po ostatnich danych ja jestem przekonany, że mamy rację w 100%, że system trójek ten system finansowy absolutnie rozbije. Jeżeli pan się opiera na tym, że średnio jest ok. 4 mln pacjentów tak rozliczanych, to jest zgoda, a my mówimy o możliwości wzrostu przy takim finansowaniu z wielu powodów, m.in. z tego elementu edukacyjnego naszych negocjacji. Jeżeli w ciągu roku osób z trójką, tych którzy się przewinęli przez trójkę jest 7 mln do tych 4, to mamy 3 mln ludzi, których bardzo łatwo z powrotem w ten system wrzucić. I taki wzrost to jest prawie 100% możliwości wzrostu trójek. Nie mówcie mi, że nie ma bazy wzrostu, bo jeżeli w ciągu roku dotarło to do 7 mln ludzi i byli w ciągu roku przynajmniej raz rozliczeniu trójką, to nie jest tak.., chyba że wszyscy te 3 mln cudownie ozdrowieli. Wtedy ok, przyznaję, że wykonali Państwo kupę roboty, ozdrowiało 3 mln ludzi, tylko te 4 nie może jeszcze ozdrowieć. No ale taka jest rzeczywistość, więc mówienie, że to jest system bezpieczny i stabilny, naszym zdaniem jest nieuprawnioną tezą, po prostu. Dlatego tak mocno obstajemy przy tym, żeby system był w miarę bezpieczny finansowo. Nie ma możliwości finansowych Funduszu zawierania umów, bo jeżeli ją zawrzemy z Państwem to będziemy płacić stawkę kapitałową, za każdego pacjenta, którego mają Państwo na zielono. Jeżeli będziecie mieli ich państwo więcej, płacimy więcej. I to jest kolejne ryzyko, które Fundusz ma na karku. Jeżeli sobie to ryzyko pomnożymy x3 to idziemy w kwoty, które są zupełnie nie do ogarnięcia przez Fundusz.

Musimy mieć też pewność co do tego, że podpisując umowę czy dając Państwu propozycję jesteśmy wypłacalni. To jest niestety z naszego punktu widzenia. Łatwiej by na było się z wami dogadać i dać te 2 mld, które chcieliście, ale nie mamy tych pieniędzy, a poza tym moim zdaniem psułoby to system.

Ale mówienie o tym, że państwo mają wyczucie, że trójki nie wzrosną, my mamy wyczucie że wzrosną i tu się od pierwszego dnia naszych spotkań różnimy, a ta dana która mówi o 7 mln ludzi, myślę że stoi jednak po naszej stronie.

Dr Marek Twardowski: Nie możemy zgodzić się z takim rozumowaniem pana ministra. Pracujemy w zmienionych warunkach funkcjonowania ochrony zdrowia od roku 1998, to jest długich 17 lat. W tym czasie nigdy nie zdarzyło się, aby POZ-owi Fundusz w jakimkolwiek przedziale wiekowym, lub jakimkolwiek aspekcie z roku na rok płacił skokowo znacznie więcej, bo się nigdy nic takiego w POZ nie wydarzyło. ... obowiązuje od roku 2008 czyli minęło kupę lat, w związku z tym nie możemy z

panem ministrem się zgodzić, że na raz ilość tych pacjentów wykazywanych po 1 stycznia drastycznie wzrosnie. Ja nie znam takich argumentów, które by ilość cukrzycy i chorób układu krążenia na raz zapadalność na tę chorobę na tę grupę chorób od 1 stycznia się zwiększyła. W związku z tym optujemy i upieramy się przy tym, że wskaźnik, czyli waga 3,0 winna być utrzymana.

Min. Bartosz Arłukowicz: No cóż, to diametralna zmiana stanowiska, z naszej rozmowy z wtorku, no ale rozumiem, że coś się zmieniło. Ja to rozumiem i szanuję, rozumiem argumenty każdej strony. Mówię tylko o tym, że radykalnie zmieniło się stanowisko pana dr. Twardowskiego.

Dr Marek Twardowski: Rozważyliśmy panie ministrze i taką ewentualność i taką ewentualność. I proszę nam wierzyć, że przy podobnym poziomie finansowania pojawiłaby się tutaj duża nieprawidłowość, którą przedtem wymieniłem, czyli lekarze rodzinni, interniści opiekujący się tą wymagającą szczególnej troski grupą pacjentów i ci, którzy będą ewentualnie generować DiLO, to oni byliby poszkodowani w stosunku do tego jak to jest opłacane od roku 2008.

Min. Bartosz Arłukowicz: To prawda doktorze, ja mówię tylko o jednej rzeczy, że dokładnie my jasno precyzujemy swoje stanowisko, przedstawiamy duże środki finansowe nowe dla POZ. Tylko jestem zdziwiony, bo ponieważ tak jakby pan zadał mi zadania domowe przez święta, żebyśmy przygotowali się do rozmowy, że odstępujemy od trójek, bo pan uważa to za system otwarty i w pewnym sensie pana rozumiem jako minister, że nie może on funkcjonować. I prosił pan o przeliczenie nowych wskaźników wiekowych, my żeśmy odrobili to zadanie domowe. Od wtorku, przez wigilię, pierwszy dzień świąt, drugi dzień świąt, liczyliśmy zgodnie z pana wskazówkami przez telefon przekazywanymi mi w osobistej rozmowie, że pan uważa, że trójek być nie powinno, że powinny być wskaźniki wiekowe. Rozumiem teraz zmianę stanowiska i chcę też powiedzieć jasno, że my możemy rozmawiać o trójkach tylko i wyłącznie w systemie zamkniętym, pamiętając dokładnie o tym, że 60% POZ umowy już podpisało. To też musimy mieć wszyscy z tyłu głowy, to jest w tej chwili mniej więcej taka oto sytuacja, że mniejszość próbuje zmienić prawa obowiązujące dla większości, mówię tu o lekarzach oczywiście. To musimy mieć z tyłu głowy, aczkolwiek nie jesteśmy zamknięci, w związku z tym że te zmiany stanowisk następują w takim tempie, bo doktor Twardowski we wtorek, że trójek ma nie być, dzisiaj mówi, że mają być, no my jesteśmy gotowi do rozmowy o wskaźnikach wiekowych. To co mi pan doktor zalecił, żebym to sprawdził, że pan będzie w stanie przekonać kolegów – dzisiaj zmiana stanowiska, no nie możemy się zgodzić na otwarte trójki na poziomie 138 zł rocznie, dlatego, że ten system NFZ tego po prostu nie wytrzyma, to będzie kosztowało 2 miliardy 70 milionów, Pan mówi możemy dyskutować o stawkach, proszę bardzo, my proponowaliśmy utrzymanie systemu trójkowego na zamkniętym zamrożonym dotychczasowym poziomie, jeśli ktoś chce trójkę rozliczać, czyli znowu mówię rocznie, przepraszam, wiem, że Państwo miesięczne stosujecie przeliczanie, 96 zł zostaje na trójce a kapitałą dla pacjenta nie trójkowego wędruje na poziom 124, my takie rozwiązanie proponowaliśmy: 124 i oczywiście te schody dalsze, w tej chwili nie pamiętam jego poziomów. Oczywiście, za sekundę mogę je przytoczyć. My takie rozwiązanie proponowaliśmy, w związku z tym tak my się zgadzamy na trójki, tylko na poziomie, który pozwoli zaplanować i przewidzieć choć trochę finansowo koszty tego wszystkiego. Zaś trójki na 138, 2 miliardy 70 milionów zł nie do zrobienia.

Dr Marek Twardowski: Panie ministrze, jeżeli chodzi o ilość trójek w systemie to nie jest ich 7 milionów tylko 4,8 miliona, to są aktualne dane. W związku z tym one w żaden sposób niebezpieczny dla NFZ-u nie zmieniają. Nie mamy żadnych podstaw, żeby tak twierdzić, bo rok do roku drastycznych zmian nie było. Natomiast jeżeli chodzi o zamrożenie na poziomie 8 zł, nie ma na to naszej zgody, bo proszę też pamiętać panie ministrze, że od 1 sierpnia i od tego jak na jesieni wprowadzono wskaźnik nie było zmiany tej kwoty. Pan proponuje zamrożenie tej kwoty po 6 i pół roku i nie możemy na to przystać, ale możemy za to rozmawiać konstruktywnie o tym, bo zaproponowaliśmy stawkę bazową od której wszystko by miało być liczone 11,50 zł. Ostatnio propozycja ze strony ministra zdrowia i prezesa NFZ była na poziomie 10,51 zł. Nasza jest 11,50 zł (**skutek finansowy dla budżetu NFZ – 2 mld zł**). I zapytałem pana ministra na jakim poziomie pan proponuje się spotkać?

Min. Bartosz Arłukowicz: Panie doktorze, rozpoczynaliśmy rozmowy od stawki 136,20 zł – podstawowej, bazowej, $x=136,90$ zł, $y=137,6$ zł no wydaje mi się, że dosyć daleko się spotkaliśmy, bo pojechaliśmy aż na 140; 144; 136,80 zł. To jest ustępstwo ze strony MZ i wiele innych, które wymieniałem. Ja chciałbym się zapytać, bo nie odpowiedział mi pan na to pytanie, a obiecał pan, że odpowie: jakie ustępstwo poczyniło PZ w stronę nie resortu, bo przecież pacjentów? Ja chciałbym usłyszeć jakie ustępstwo ze swoich pierwotnych oczekiwań, poza kolejną, jeszcze większą propozycją finansową uczyniło PZ?

Prezes PZ Jacek Krajewski: Panie ministrze, pan minister stosuje taką technikę, żeby pokazywać jak Państwo nam ustępujecie, a my jednocześnie cały czas mamy być w takim poczuciu winy, żeśmy coś wymogli na panu ministrze i na państwie. Otóż ja chcę jasno powiedzieć, że pan minister i grono osób, które było autorami projektów ustaw, zaplanowali kilka projektów, które pomimo naszych konsultacji wcześniejszych i paru uwag na ten temat, jednak z dużym uporem wdrożyliście. Jednym z takich pomysłów jest pakiet kolejkowy i pakiet onkologiczny. Jeżeli jest teraz... Poza tym rozporządzenia, czyli akty wykonawcze, które towarzyszą wprowadzeniu ustaw. Wprowadziliście także pediatrów, internistów do POZ, ale to w mniejszym stopniu, chociaż w jakimś stopniu wyczuwam, determinuje także ten upór pana ministra, jeżeli chodzi o finansowanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w sposób kapitałowy. Ale to jest tylko przeczcucie bardziej, niż jakaś racja, na którą mam jakieś dowody. Jedna jest zasadnicza kwestia: jeżeli chodzi o wejście z tymi pakietami, które są w dużym stopniu... w małym stopniu dobrze przygotowane, czyli bym powiedział, że nie ma pewnego harmonogramu, jeżeli chodzi o wejście w te pakiety od stycznia i tak naprawdę większość zadań, które państwo tam przewidzieliście jest przekazane do podstawowej opieki zdrowotnej. **Naszym zdaniem jest tego wszystkiego naraz za dużo. Jeżeli chcemy to ogarnąć i chcemy to zrobić w taki sposób, żeby to w ogóle miało ręce i nogi, to musimy przede wszystkim stworzyć bazę do tego, żeby pacjenci otrzymali te świadczenia w sposób taki, żeby nie narzekali, że coś się pogorszyło. Raz ze względów egoistycznych - że my nie chcemy, żeby pacjenci uważali, że jesteśmy gorszymi lekarzami czy gorszymi firmami. Z drugich bardziej altruistycznych - uważamy, że jeżeli bierzemy się za coś, jeżeli nawet nie jesteśmy autorami tego pomysłu, to chcemy, żeby to było zrobione dobrze.** I teraz, jeżeli pan minister mówi, że my cały czas coś na panu ministrze wymogliśmy, to pamiętajmy, że za to będziemy wykonywać pakiet pewnych działań, które pan minister zaczął trochę wyżej, mianowicie część procedur ze szpitala zeszło do AOS-u. W AOS-ie Państwo tak zorganizowali kontraktowanie świadczeń, że wielu pacjentów, tzw. kolejnych to będą pacjenci którzy będą przychodzić do nas, ponieważ będą mieli kolejki zdecydowanie wydłużone niż do tej pory, jeżeli chodzi o terminy. **Ci**

pacjenci przyjdą do nas, do nas przyjdą także pacjenci dermatologiczni i okulisty, do nas przyjdą pacjenci którzy wynikają nie z tego, że my tu tak strasznie o te pieniądze walczyliśmy, ale przede wszystkim o to, że np. pacjenci tarczycowi i urologiczni czy z przewlekłymi chorobami układu oddechowego to są pacjenci, którzy są pacjentami chorymi, to są pacjenci, którzy przyjdą do nas, do POZ i będziemy się musieli nimi zajmować – tak jak zajmujemy się innymi pacjentami, ale ponieważ są to pacjenci chorzy, to wymagają większej uwagi, większego czasu, a więc wydłużą się kolejki, a może skrócić się czas przeznaczony między innymi na pacjentów onkologicznych. Zatem nie rozmawiamy o tym, że pan minister nam ustępuje, tylko rozmawiamy o tym jak zrobić, żeby te projekty się udały i to o czym my rozmawiamy w tej chwili to jest tak: dlaczego my chcemy to finansować to w taki sposób? Dlatego, żeby zachować motywację ludzi i im zapłacić po prostu za to, żeby funkcjonowali prawidłowo i wykonali te zadania, które pan minister do nas przekazuje. Druga kwestia, to jest takie bezpieczeństwo, które możemy mieć wchodząc w te projekty, maksymalnie zachować, żeby zachować maksymalnie, musimy mieć tyle czasu dla pacjenta, aby nie pominąć pewnych objawów chorobowych, które później mogą zakończyć się roszczeniami. Także przestańmy rozmawiać z czym my ustąpiliśmy, co pan minister postąpił, tylko zacznijmy rozmawiać, jak zrealizować te projekty, które pan minister przewidział.

Min. Bartosz Arłukowicz: Ja z wielką chęcią o tym cały czas z Państwem rozmawiam, ja tylko nie mogę się zgodzić z pewną tezą, że Państwo mają taką obawę, że będą przychodzili pacjenci chorzy... no tak... taka jest rola lekarza, że czasem przychodzą pacjenci chorzy i czasem trzeba ich leczyć, to prawda, powinniśmy ich utrzymywać w zdrowiu, bo profilaktyka jest najważniejsza, to wszystko jest prawda. Ale doktorze, ja też merytoryki trochę w mojej wypowiedzi, bo pierwsza była opinia.

Prezes PZ Jacek Krajewski: Nie wywracajmy do góry nogami, bo pacjenci chorzy do nas przychodzą, natomiast my mamy pacjentów takich, którzy nie są chorzy przewlekle, tylko przeważnie są to ostre zachorowania lub rozpoznajemy choroby. Teraz Państwo przekierowujecie do nas pacjentów chorych przewlekle, których my musimy stabilizować, albo monitorować ich stan.

Min. Bartosz Arłukowicz: Ale których?

Prezes PZ Jacek Krajewski: Np. chorych na tarczycę, np. chorych urologicznie, chorych na przewlekłe choroby układu oddechowego, w końcu jeżeli chodzi o POChP to są poważne jednostki chorobowe, 5. Przyczyna jeżeli chodzi o umieralność w Polsce. Więc panie ministrze, to nie jest tak, że my się będziemy zajmować dalej taką samą populacją pacjentów, tylko będziemy się zajmować pacjentami bardziej chorymi, więc ten czas, którym mamy jest w tej chwili bardzo ważny, bo mamy także pacjentów onkologicznych.

Min. Bartosz Arłukowicz: Nikt Państwu przecież nie narzuca, że w tych chorobach przewlekłych, podobnie jak dzisiaj, jest w cukrzycy czy w nadciśnieniu czy w chorobach układu krążenia, że musicie Państwo tego pacjenta, musicie dzisiaj, widzieć raz na 3 miesiące. Jeden argument merytoryczny, bo padło tu z ust pana doktora Twardowskiego stwierdzenie, że zyskują pediatrzy. Tu chciałem podać precyzyjne dane POZ, które mają 50% dzieci, 50% dzieci na listach jest w kraju 69 POZ które mają 30% dzieci jest 530, a POZ które mają mniej niż 5% dzieci, czyli to są te populacje, o których przed

chwilą pan doktor Twardowski mówił, te które teoretycznie tracą na tych trójkach i tak dalej, i tak dalej, poniżej 5% dzieci mamy 716 takich POZ.

Prezes PZ Jacek Krajewski: Prospektywnie panie ministrze, bo to są warunki do tworzenia, właśnie POZ z pediatrami i internistami, bo jeżeli pediatra nagromadzi sobie odpowiednią populację, może dobrać sobie internistę i wtedy powstają dwójkowe przychodnie, bo w tej chwili pediatrzy i interniści kontraktują w przychodniach które funkcjonują, a nie zakładają nowych podmiotów, więc prospektywnie biorąc, to jest bardzo duża zachęta do tworzenia takich podmiotów.

Min. Bartosz Arłukowicz: A więc, panie doktorze, z tych zadań onkologicznych, o których pan mówi, to nie jest dzisiaj tak, dzisiaj nie jest tak, że POZ ma podejrzenie choroby nowotworowej i wysyła w określoną przestrzeń, tylko dzisiaj POZ też wystawia skierowanie, jak trzeba to wystawia w trybie pilnym, do specjalisty, onkologa, chirurga, neurologa czy neurochirurga - to bez znaczenia, w zależności od typu nowotworu. Różnica między tym systemem dzisiaj 29 grudnia, a tym systemem 1 stycznia polega na tym, że za każde takie skierowanie Państwu zapłacimy pieniądze, 80 mln zł w sumie ze 140 tys. Jeśli przyjmujemy znowu absurdalne założenie, że wszyscy z podejrzeniem choroby nowotworowej przyjdą do POZ, co jest nieprawdą, to przekazujemy Państwu dodatkowe środki, czyli chcemy wam za to więcej zapłacić, a na 6 badań, które zwiększyliśmy na liście przekazujemy miliard sto, na 6 badań, czyli po 22 parę złotych każdy, szczegóły USG wyceniliśmy, już pokazaliśmy 100 zł, ja uważam, że mniej, ale ok., jest 100 zł. Milirad, doktorze...

Prezes PZ Jacek Krajewski: Idziemy dalej, panie ministrze, jeżeli chodzi o pieniądze, natomiast jeżeli chodzi o badania, to nie ten miliard na badania, tylko pamiętajmy, że jeszcze dermatologiczni i okulistyczni zostaną.

Dr Marek Twardowski: Panie ministrze, jeżeli można, to chciałem uniknąć tego co się działo przez poprzednie 8 spotkań, bo my przyjechaliśmy dzisiaj, jest 20 grudnia z konkretnymi propozycjami i żeby się pan minister się do nich po prostu odniósł. Na tak albo na nie, albo że musimy je przedyskutować i bardzo bym o to prosił.

Min. Bartosz Arłukowicz: Ale ja się, panie doktorze, odniosłem, wydanie dzisiaj, pan wypowiedział oczekiwanie ze strony PZ następujące: 138, czyli więcej niż dzisiaj w stawce podstawowej, trójka na 138, wskaźnik wiekowy na 1.2 od lipca, przepraszam, że skrótem, i wskaźnik 65+ na 2.2 od 1 października. To kosztuje system 2 miliardy 70 zł, jest to nie do wykonania.

Dr Marek Twardowski: To ja pana ministra pytam po raz trzeci, co pan minister proponuje?

Min. Bartosz Arłukowicz: Proponuję stawkę 136,80 w pierwszym poziomie X, 140,04 zł w drugim poziomie, 144 zł w trzecim poziomie w stawce Z. Proponuję odejście od stawki Q, proponuję przekazanie dodatkowych środków finansowych w wysokości 514 mln zł na badanie dodatkowe, 336 mln zł co stanowi 60% wizyt u okulisty i dermatologa w roku 2013, proponuję nową składkę, nowy wskaźnik wiekowy 1.1 od 1 stycznia, a też planowaliśmy wstępnie na 1 lipca, przesunęliśmy się na 1 stycznia, proponuję także zmniejszenie liczby badań do wykonania, co państwo wiecie jest w rozporządzeniu, proponuję całe mnóstwo rozwiązań drobnych, które zawarliśmy w porozumieniach,

które są w projekcie zarządzenia prezesa NFZ. Oczywiście, jeśli pan mnie pyta czy jesteśmy w stanie zwiększyć środki finansowe, na ten moment mówię nie, bo nie jestem w stanie zagwarantować ciągłości państwa finansowania. Jeśli trójki to na poziomie 96 zł zamrożone i stawka kapitacyjna 124, wokół tego się możemy kręcić, możemy jeszcze podyskutować, na pewno nie będzie środków finansowych w wysokości 2 miliardy. To jest po prostu niemożliwe.

Dr Marek Twardowski: Panie ministrze, pan powtórzył to, co dzisiaj jest na stole, to ja panu odpowiem w ten sposób: przyszliśmy tutaj, żeby panu powiedzieć, że na to co jest w tej chwili na stole nie ma zgody. Przedstawiliśmy panu ofertę do negocjacji. Pan minister nie zaproponował nic w tej ofercie jeżeli chodzi o naszą: podaliśmy 11,50, wagę 3 i tak dalej (**skutek finansowy dla budżetu NFZ – 2 mld zł**), tylko pan minister powtórzył to, co przedtem powtarzał. To nie są negocjacje, tylko pan powtarza uparcie to co jest w zarządzeniu prezesa z 17 grudnia. Odpowiem panu, ministrze, tak: jeśli 60% POZ w Polsce jest zakontraktowanych, pan minister się przy tym upiera jak upiera, ja nie wiem w którym województwie, bo nie chciałbym z panem na ten temat dyskutować. U mnie 8%, widocznie Lubuskie jest jakimś wyjątkiem w Polsce, choć się nie zgadzam. To w takim razie panie ministrze, no trudno, strony się nie zgodziły, jeżeli pan minister nie ma konstruktywnych propozycji wokół tego punktu który wymieniłem odnośnie stawki kapitacyjnej zaproponowanej na poziomie 11,50 (**skutek finansowy dla budżetu NFZ – 2 mld zł**) i nie powiedziałem, że to jest nasze ostateczne słowo, żeby dobrze być zrozumianym, to jest stawka, którą wymieniliśmy, rozumiem, że pan minister jej nie przyjmuje. No to proszę zaproponować w takim razie stawkę bazową, od której możemy rozmawiać, o tych wagach, które tu są, albo którąś wagę pan minister chce zredukować, to słucham propozycji.

Min. Bartosz Arłukowicz: Panie doktorze, resort zdrowia zaproponował dwa rozwiązania. Powiedziałem jasno, że możemy rozmawiać o trójkach, skoro PZ bardzo optuje przy pozostawieniu tych trójek, choć to stanowisko zmieniło się w ciągu ostatnich 72 godzin. Oczywiście w pana wykonaniu, bo koledzy dosyć twardo reprezentowali swoje stanowisko wcześniej. Zaproponowaliśmy 96 zł w systemie zamrożonym i 124 plus te schody wzrastające w stawce kapitacyjnej. Pan proponuje 138 zł, jaka jest pańska propozycja, do ilu możecie państwo zejść z tej stawki kapitacyjnej? My nie mamy więcej środków finansowych niż miliard sto dzisiaj dla POZ nie mamy większych środków, my nie możemy znaleźć tych środków większych, możemy rozmawiać o przeorganizowaniu tych które są i mam wrażenie, że koledzy to rozumieli wcześniej na spotkaniu, a dzisiaj jakby jest oczekiwanie drastycznego wzrostu, my nie mamy tych środków doktorze. I jeżeli ja się podpiszę pod czymś, czego nie zrealizuję i przez to 6000 POZ w którymś momencie roku nie dostanie pieniędzy, bo ich zabraknie, ja nie mogę się pod czymś takim odpowiedzialnie podpisać, a to że państwo stanowicie pewną grupę, ja rozumiem, ja też podejmuję działania zaradcze, no będziemy pacjentom maksymalnie ułatwiać wtedy dostępność do lekarza zarówno w systemie szpitalnym, jak i POZ i tyle. Ja nie mogę zadeklarować sumy, której po prostu nie mamy, bo to jest nieodpowiedzialne, ja jestem w rządzie, muszę reprezentować stanowisko rządu i tyle, mamy dzisiaj dla państwa miliard sto plus onkologia. Tak... miliard sto... dobrze mówię... tak miliard sto plus onkologia, możemy się kręcić przeorganizując tę sumę, pan doktor Zieliński w porozumieniu, panowie doszliście w tej propozycji podobnej, żeby w tej sumie się ograniczyć, zapisać, zamurować tą sumę w jakiś tam sposób możemy o tym rozmawiać. Jeżeli pan doktor Twardowski oczekuje, że ja powiem dzisiaj miliard pięćset, to ja nie powiem, bo ja tych pieniędzy nie mam po prostu, możemy się kręcić w tej sumie, którą mamy.

Dr Marek Twardowski: Może na chwilę odejdę od finansów, na chwilę, żeby poznać stanowisko pana ministra na nasze inne jeszcze propozycje, które naszym zdaniem powinny być spełnione, abyśmy mogli podpisać umowy na 2015 rok. Jeden z zapisów stanowi, że harmonogram przyjęć pacjentów, tak jak było dotychczas, powinien być pomiędzy godziną 8 a 18, ustalany przez świadczeniodawcę na podstawie wieloletniego doświadczenia tak jak to odpowiadało pacjentom, a świadczeniodawca informuje o tym oddział NFZ-u i to stanowisko jest zgodne z interpretacją dotychczasową Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia.

Min. Bartosz Arłukowicz: Przepraszam, że przerwę, ale ja mam wrażenie, że zaczynam negocjacje od nowa. Bo my to zapisaliśmy w treści porozumienia z panem prezesem Krajewskim w czasie naszego ostatniego spotkania, że resort wyda tę interpretację z harmonogramem.

Prezes PZ Jacek Krajewski: Panie ministrze, ma zostać przedstawiona interpretacja, czy jest ta interpretacja?

Min. Bartosz Arłukowicz: Panie doktorze, w momencie podpisywania porozumienia, ta interpretacja będzie, spokojnie. Tylko ja bym nie chciał od nowa zaczynać wszystkich, ja mogę wziąć protokół porozumienia, może będzie łatwiej.

Dr Marek Twardowski: Panie ministrze, ja chciałem o jedną rzecz prosić, było 8 spotkań, które nie skończyły się konsensusem, były cząstkowe porozumienia w niektórych kwestiach, ale wymagały one jeszcze dopracowania, albo interpretacji, w związku z tym, my dzisiaj pytamy czy to co przedtem było omówione, a powinno się znaleźć w ostatecznym porozumieniu, będzie po prostu dochowane, takie nasze lakoniczne pytanie.

Min. Bartosz Arłukowicz: Będzie.

Dr Marek Twardowski: Będzie, dobrze, rozumiem i dziękuję za odpowiedź. Następnie, ponieważ zostały ustanowione 3 wagi, 3 stawki kapitałowe roczne, czyli 136,80; 140; 144, jeżeli chodzi o sprawozdawczość badań po PESEL-u panie ministrze – nie ma zgody lekarzy POZ, aby wykonywać kolejną biurokrację. **Ja nie rozumiem, może jestem słabo wykształcony, mając dwie specjalizacje: po co komuś sprawozdawczość badań po PESEL-u, skoro to dotyczy indywidualnego pacjenta, nieznanego funduszowi, za którego pełną odpowiedzialność ponosi lekarz go leczący.** Czemu to ma służyć, bo nie bardzo wiem, nie da się powiększyć mitręgi biurokratycznej w POZ i robienie tego sprawozdaniem, to są pieniądze sztucznie zamrożone przez NFZ, bo tej sprawozdawczości po PESEL-ach do 20 następnego miesiąca znakomita większość świadczeniodawców w POZ nie wykona, chciałbym nawet widzieć tych którzy ewentualnie chcą aneks podpisać, albo podpisali, jak oni to robią, bo naprawdę spod pacjentów ich nie widać. Wystarczy popatrzeć na te statystyki roczne, ile lekarze POZ przyjmują pacjentów. Następnie, dawno można było ustalić wskaźnik, jaki to miałby być podstawą do wypłacania kwoty 144, a jakich to danych NFZ jeszcze nie posiada, bo nie bardzo rozumiem. Panie ministrze proszę mi pozwolić skończyć, to nie jest uwaga do pana ministra, tylko uwaga do NFZ-u. Sprawozdajemy od lat, dwa razy w roku wszystkie badania wykonywane w POZ, zarówno te badania, które są badaniami zewnętrznymi, jak i badaniami wewnętrznymi, czyli w

praktyce: patrząc na ilość pacjentów w poszczególnej praktyce, na ilość wykonanych badań, macie dokładne dane ile tych badań zostało wykonanych. **I nasze stanowisko w tej kwestii jest następujące: w związku z tym nie zamierzamy przekazywać kwartalnie ilości wykonywanych badań, tylko co pół roku, to zupełnie wystarczy. Również nie zgadzamy się na sprawozdawanie badań po PESEI-u.** Natomiast odpowiadamy karnie za to, gdyby świadczeniodawca przekazywał dane nieprawdziwe. Fundusz posiada aparat kontrolny, zawsze może sprawdzić, czy jeżeli w okresie półrocznym świadczeniodawca sprawozdał taką, a nie inną ilość badań, musi na to posiadać dokumentację wewnętrzną lub zewnętrzną. W związku z tym nie wiem czemu ma to służyć. Wskaźnik można było ustalić dalej, już dawno, bo przecież te dane są Państwu znane od lat. Których brakuje, jeśli co 6 miesięcy każdy lekarz POZ sprawozdaje ilość wykonanych badań według rodzaju wykonanych badań. I wiem, co mówię. To jest moje pytanie jeszcze w tej kwestii. W związku z tym jasno mówię, że na to pop prostu zgodzić się nie możemy. **Proponujemy również Panie Ministrze, w drugą środę miesiąca jak to jest w wielu krajach europejskich, po godzinie 14.00 obowiązkowe godziny szkoleniowe dla personelu medycznego. W każdą drugą środę miesiąca praktyki POZ byłyby czynne do 14.00, a potem lekarze i pielęgniarki mieliby odbywać szkolenia obowiązkowe medyczne. W Niemczech to mają praktycznie cały dzień na to wolny od wielu lat i jakoś system się przez to nie wali.**

Następnie deklarujemy, że umowę nie możemy podpisać na dłużej niż na 9 miesięcy. Wynika to z faktu, że wiele rzeczy, gdybyśmy mieli osiągnąć w porozumieniu, polega na zmianie ustaw. W związku z tym wiadomo – i Pan wie, i my wiemy – że czas zmiany ustaw jest dość odległy i w związku z tym też dobrze byłoby, żeby nie kłócić się z naszymi partnerami na koniec roku, ale można podpisywać umowy np. do 30 września i odnawiać je co roku 30 września. Myślę że to byłaby taka spokojna pora roku, która nie budziłaby napięć. Taka jest nasza konstruktywna w tym względzie propozycja. Jeżeli chodzi o zmiany ustaw, mamy następujące propozycje: Słowo, że „mają być podpisywane na czas nieokreślony” winno być – i to jest nasza propozycja – słowem „mogą być podpisywane na czas nieokreślony”. W OWU proponujemy to, co było formułowane na poprzednich spotkaniach, że byłyby uzgadniane przez 90 dni przez 2 konferencje uzgodnieniowe. **Proponujemy likwidację tak zwanych karnych szkoleń onkologicznych. Kontrole powinny być przeprowadzane w praktykach i w ogóle u świadczeniodawców NFZ-u zgodnie z ustawą o swobodzie działalności gospodarczej - poza kontrolami doraźnymi, bo rozumiemy, że to jest inna sytuacja – i też powinni być świadczeniodawcy uprzedzani o kontrolach planowych 7 dni wcześniej i kontrola – zgodnie z tą ustawą – nie powinna trwać dłużej niż 12 dni roboczych.**

Chodzi nam o odbiurokratyzowanie porady recepturowej, rozważenie możliwości likwidacji skierowań do dermatologa i okulisty, bo to nie tędy chyba droga żeby przepracowany lekarz rodzinny (których średni wiek wynosi dziś powyżej 55 lat), robił jeszcze za specjalistów. Będzie bardzo trudno przekonać pacjentów, którzy chodzili przez 17 lat bez żadnych skierowań, że naraz ograniczymy im dostępność do tych specjalistów. Możemy to próbować, ale jest to praktycznie trudne do przeprowadzenia. **No, dobrze też byłoby podyskutować o tym, co wprowadziło wiele demokratycznych krajów, nie mogąc sobie poradzić z ochroną zdrowia przy znacznie większych nakładach, niż są w Polsce, czyli wprowadzenie regulatorów, czyli tak zwanego drobnego współpłacenia.**

Min. Bartosz Arłukowicz: Czy pan doktor mógłby to przekazać na piśmie, bo bardzo dużo teraz się tych nowych oczekiwań pojawiło? Czy ja mogę dostać te materiały na piśmie?

Przedstawiciele PZ: Możemy? Ale to wszystko pan minister.....

Dr Marek Twardowski: Ale to wszystko się nagrywa, panie ministrze...

Min. Bartosz Arłukowicz: No nie, ale co druga środa wolna to teraz się pojawiło.

Dr Marek Twardowski: Noo, przyszliśmy z konstruktywnymi propozycjami, panie ministrze..

Min. Bartosz Arłukowicz: No dobrze. Panie doktorze, panie prezesie Krajewski, ja mam wrażenie, że my rozpoczęliśmy dzisiaj zupełnie nowe negocjacje i w nowym stylu w ogóle. Ja rozumiem, że jest to stanowisko prezentowane przez Zarząd Porozumienia Zielonogórskiego. Cały Zarząd, pan prezes bierze pełną odpowiedzialność za te oczekiwania, jakby podpisuje się na tym, co powiedział pan doktor Twardowski.

Prezes PZ Jacek Krajewski: Tak, tak, oczywiście, dlatego że Pan minister chciał, żebyśmy porozmawiali bardziej konkretnie, więc uszczegółowiliśmy te propozycje i one są konkretne..

Min. Bartosz Arłukowicz: Jasne.

Prezes PZ Jacek Krajewski: ... jesteśmy większym zespołem, tak żeby mógł Pan minister, ewentualnie, skorygować, albo ewentualnie negocjować, pewne zapisy, które tutaj są. Nie wszystkie te sprawy tutaj wymienione są pierwszorzędowe, pierwszej ważności

Min. Bartosz Arłukowicz: To które są pierwszej?

Prezes PZ Jacek Krajewski: ... ale wymieniamy pewien aspekt spraw...

Min. Bartosz Arłukowicz: To które są pierwszej?

Prezes PZ Jacek Krajewski: Przed chwilą rozmawialiśmy o realizacji spraw związanych z eWUŚ-em – nadal nie wiemy, jaka jest decyzja Pana Ministra jeżeli chodzi o wydłużenie okresu ważności deklaracji. Druga sprawa to jest sposób finansowania tych świadczeń także. Sprawy związane ze zmianą zarządzenia jak widzę są załatwione. Sprawa rozporządzenia jest załatwiona. Mamy parę rzeczy już załatwionych. Natomiast teraz jest kwestia rozmowy o innych rzeczach, o których do tej pory nie rozmawialiśmy, a te punkty, które Pan Minister otrzymał jako 26 – część z nich wziął pod uwagę, a część po prostu zwyczajnie uznał, że są nie do rozmowy.

Min. Bartosz Arłukowicz: A kiedy pojawiła się suma końcowa jakby finansowania POZ na poziomie 2 miliardy 77 milionów?

Dr Marek Twardowski: Panie Ministrze, jeżeli mogę, czwarty raz pytam Pana Ministra, jeżeli Pan uznaje, że taka kwota jest nierealna, to proszę... My przedstawiliśmy stanowisko negocjacyjne. Ja umiem negocjować Panie Ministrze, tak się w życiu trochę tego nauczyłem. Pan Minister, rozumiem,

piastując tak wysokie stanowisko, również. W związku z tym pada propozycja z naszej strony. Pan minister powtarza to, co jest na stole, czyli w zarządzeniu z 17 grudnia. My odpowiadamy: nie wyrażamy na to zgody. W związku z tym przedstawiamy jeszcze raz propozycje, którą żeśmy zgłosili - stawką wyjściową 11,50 (**skutek finansowy dla budżetu NFZ – 2 mld zł**). Była na stole przedtem stawka 10,51. Pytamy Pana Ministra, jak stawka bazowa, do tych wag, które proponujemy, jest dla Pana Ministra do przyjęcia? Proszę o odpowiedź.

Min. Bartosz Arłukowicz: Ależ panie doktorze Twardowski, z wielką przyjemnością Panu odpowiadam. Wyjściowa propozycja resortu zdrowia była w stawce X 136,20, w stawce Y 136, 92, w stawce Z 137,64. A dziś jesteśmy na stawce 136,80, 140,04 i 144 złote. Panie doktorze Krajewski, gdybym mógł zapytać, bo ta propozycja tych 2 miliardów 77 mln się pojawia dzisiaj, to jest jakaś zmiana stanowiska, bo nie rozmawialiśmy wcześniej nigdy o takiej sumie.

Jacek Krajewski: Panie ministrze, to jest nasza propozycja, jeżeli chodzi o realizację spraw związanych z utrzymaniem 3,0. Jeżeli to jest tak, że kwota 11,50, która jest – przypominam – kwotą razem z badaniami (bo myśmy wcześniej proponowali 9,50 ale „gołe”, a badania dodatkowe miały być jako osobne). Jeżeli te 11,50 (**skutek finansowy dla budżetu NFZ – 2 mld zł**) uznajemy jako stawkę kapitaacyjną razem z badaniami i do tego dodajemy 3,0, to powstaje wysoka kwota. Ale jeżeli Pan minister byłby otwarty na to, żeby porozmawiać o stawce 3,0, czyli o otwartym systemie, to jaka stawkę moglibyśmy brać pod uwagę w ogóle. I czy w ogóle bierzemy takie rozwiązanie pod uwagę?

Min. Bartosz Arłukowicz: 124 złote w stawce kapitaacyjnej; 96 złotych dla tych pacjentów, którzy są rozliczani wg stawki 3.0. Ja o tym mówiłem bardzo wyraźnie. Jesteśmy w stanie rozmawiać o przeorganizowaniu systemu finansowego w ramach tej sumy, o której mówimy końcowej, czyli miliard sto plus onkologia, mówiąc skrótem. Ja chciałbym podsumować to co od Państwa usłyszałem, bo nie chciałbym się w niczym pomylić. Państwo oczekujecie stawki, złożyliście propozycję, stawki 138 zł w stawce kapitaacyjnej, a ile wynosi ta stawka, no i wtedy w poziomie Y i Z?

Dr Marek Twardowski: **W poziomie Y i Z, czyli to co Państwo proponujecie za sprawozdania według PESELu i według ilości badań, w ogóle proponujemy likwidację tego poziomu, tego nigdy nie było.**

Min. Bartosz Arłukowicz: Aha, rozumiem. Czyli likwidujemy w ogóle stawkę Y i Z ...

Dr Marek Twardowski: Tak..

Min. Bartosz Arłukowicz: ...zносimy wszystkie zapisy sprawozdawcze. Proponujecie Państwo zwiększenie korektora wiekowego do 1,2 od czerwca do 2,2 od września dla osób starszych (65+). Proponujecie Państwo co drugą środę zamknięty POZ od 14.00, mikroopłaty na przyjęciu pacjenta do przychodni i pacjent, który świeci się na czerwono, wnosi opłaty za wykonanie świadczenia medycznego – to jest propozycja z 1-szej części naszego spotkania. Czy ja dobrze rozumiem?

Dr Marek Twardowski: Nie. Nie, panie Ministrze, niedobrze Pan zrozumiał. Jeszcze raz powtórzę, w takim razie. Żebyśmy byli literalnie dokładni. Powtórzę, jakie są oczekiwania PZ, które reprezentuje

dużą rzeszę lekarzy w Polsce. Po pierwsze: system eWUŚ jest kłamliwy, podaje nieprawdę. I w związku z tym jeżeli mamy rozwiązać ten problem poprzez wykreślenie jednorazowe 3 milionów pacjentów, mówimy że wymaga to – tak jak państwo to ocenili – choć opinia radcy prawnego z NFZ-u jest bardzo dziwna... „przepisy ustawy o świadczeniach nie przewidują wprost konsekwencji prawnych utraty uprawnień do świadczeń w kontekście deklaracji”. Nie przewidują wprost. „Systemowa wykładnia przepisów ustawy o świadczeniach wydaje się uzasadniać stwierdzenie...” - co to znaczy: wydaje się? To jest stwierdzenie autorytarne, czy można to interpretować w zależności od radcy prawnego siedzącego po dwóch różnych stronach? – doskonale to rozumiem. W związku z tym wobec wyrażonych w opinii wątpliwości należałoby rozważyć wprowadzenie odpowiednich zmian. Nie pisze tu sine qua non że coś nie może być zrobione albo coś musi być zrobione przy obowiązującym akcie prawnym. W związku z tym nasza sugestia z poprzednich spotkań, że powinni dalej ci pacjenci w formie aktywno-nieaktywnej czyli tzw. półaktywnej, jak się pan minister wyraził, do czasu uregulowania ustawowego dalej być, to państwo narzuca mitręgę polegająca na tym...

Dr Marek Twardowski: Będzie coraz więcej wypełnianych deklaracji i te obowiązki zostaną przerzucone nie tylko na świadczeniodawcę, ale również na pacjenta. Na pewno będzie niezwykle zadowolony jak będzie na przykład w tym systemie trzymiesięcznym cztery razy w roku wypełniał deklarację do lekarza, do pielęgniarki, do położnej, itd. tak? W związku z tym proponuję konstruktywne rozwiązanie: oświadczenie ważne przez 6 miesięcy - jest to czas długi, żeby instytucje do tego upoważnione czyli ZUS, NFZ i pacjent, bo też powinien nieco się pofatygować - ustalili swój ostateczny status i nie wiem, czy drugi raz po 6 miesiącach jak tego czasu nikt nie wykorzystał znowu ma pisać następne oświadczenie czyli tak naprawdę system, minister i prezes uznają ciągle tego pacjenta za ubezpieczonego, choć nie zostanie zweryfikowany jako ubezpieczony, tak to rozumiem, w związku z tym konstruktywna propozycja, żeby zostały na razie te deklaracje w formie aktywno-nieaktywnej, w zależności od tego jak pacjent się określi, w którym momencie Fundusz coś zdecyduje, a jeżeli wypełni oświadczenie ważne było przez 6 miesięcy, natomiast po 6 miesiącach to jest rzeczywiście sprawa otwarta to jeżeli przez 6 miesięcy nie zweryfikowano, że jest ubezpieczony to jaki on jest? Znowu wypełni, że jest ubezpieczony choć Fundusz powie, że nie udało się potwierdzić jego ubezpieczenia?

Min. Bartosz Arłukowicz: Z całym szacunkiem, ale to jest ...

Dr Marek Twardowski: To jest prawda. W związku z tym, panie ministrze, ponieważ pan mimo moich wielokrotnych próśb nie odniósł się również do propozycji naszej finansowej, bo ja rozumiałem, że jeżeli proponujemy stawkę 11,50 (*skutek finansowy dla budżetu NFZ – 2 mld zł*), pan minister uważa, że jest za wysoka, to normalną rzeczą wtedy przy stole jest to, że ta strona proponuje inną stawkę. Poruszając się konstruktywnie w tym kierunku, proponuję w takim razie stawkę 11zł plus wagi i możemy zrezygnować jeszcze od 1 września z wagi 2,2 powyżej 65. roku życia. Proszę bardzo jest to konstruktywna propozycja. Natomiast, jeżeli pan minister uważa, że nasze inne oczekiwania, łącznie ze zmianą ustaw, nie są oczekiwaniami słusznymi, bo jeszcze uważamy panie ministrze, że również lekarze POZ-u jako jedyni w Polsce od 16 lat są pozbawieni prawa do urlopu, lekarze zatrudnieni na umowach cywilno-prawnych w szpitalach wszyscy posiadają w swoich kontraktach, wszyscy posiadają w swoich kontraktach, następujące zapisy: 20 lub 24 dni bez obowiązku świadczenia pracy – płatne, żeby to się nie nazywało urlopem. A tak jak pan wymieniał szpital w Gorzowie, którego byłem

dyrektorem, to kardiologowie mieli na przykład dodatkowo, i wielu innych specjalistów, 6 dni dodatkowo płatnych dni wolnych na szkolenia zawodowe. Razem 30 dni wolnego w roku. W AOS-ie można zamknąć praktykę, bo tam są świadczenia opłacane jednostkowo, pacjentów można nie rejestrować powiedzmy przez 2 tygodnie, potem to sobie można nadrobić. W ten sposób można sobie wygospodarować czas wolny. W POZ-cie natomiast nie, szczególnie w praktykach dwuosobowych, gdzie się nie zgadza nigdy na przykład jak to jest mąż z żoną, żeby mogli praktykę też zamknąć – praktycznie rzecz biorąc od wielu lat pozbawieni są urlopów.

Min. Bartosz Arłukowicz: To jaka jest propozycja?

Dr Marek Twardowski: **W związku z tym my proponujemy panie ministrze, ażeby w praktykach POZ, wolnych było dni od świadczenia usług 20 dni roboczych w roku, taka jest nasza propozycja.**

Min. Bartosz Arłukowicz: 20 dni wolnych roboczych w roku.

Dr Marek Twardowski: Tak jest.

Wzorem lekarzy specjalistów w AOS-ie i szpitalnictwie, równość lekarzy niezależnie od tego w którym elemencie systemu pracują.

Następnie, panie ministrze, odnieśliśmy się do tego pakietu onkologicznego, zostawiliśmy sobie to na koniec. Nie ma zgody na wskaźnik 1 do 15. Istnieje obawa, proszę też być przekonany, że to nie jest też ani moja opinia, ani prezesa Krajewskiego, to jest opinia, którą zebraliśmy od naszych lekarzy na zebraniach, a takie zebrania mamy w całej Polsce jeszcze jutro i pojutrze. **Ci lekarze są absolutnie pełni obaw, że jeżeli będzie to wskaźnik 1 do 15, a pacjent na podstawie informacji przedstawianej medialnie na przykład w postaci spotu jasno odbierają to w ten sposób: jeżeli się zaniepokoją sami o stan zdrowia, to mają pójść do lekarza rodzinnego, który wykona niezbędne badania, a następnie po wykonaniu tych badań, wręczy im kartę DiLO. Już się pytają o to, kiedy będą mogli te karty DiLO otrzymać. Oczywiście przesłanie i sens sformułowania tego przez pana ministra jest inny, o czym wiemy i to rozumiemy, ale tak to odbiera społeczeństwo ze spotu reklamowego wprost. W związku z tym będzie nacisk na lekarzy rodzinnych, aby te karty DiLO wydawać.** Jeżeli, powiem panie ministrze myśmy to rozpatrywali w różnych kategoriach i powiem panu tak: nie jesteśmy niechętni pakietowi onkologicznemu, żeby pan dobrze nas zrozumiał, dlatego panu przedstawiamy propozycję, w jaki sposób to zrobić, żeby on był bardziej bezpieczny, również dla wykonawców tego pakietu czyli dla lekarzy. Bo panie ministrze, jeżeli będzie bardzo duży nacisk, lekarz będzie wiedział, że powinien się trzymać tego wskaźnika 1 do 15 - ja bardzo panią proszę, żeby pani nie przeszkadzała, jak ja mówię, bo ja pani nie przeszkadzałem...

Min. Bartosz Arłukowicz: Panie doktorze, proszę spokojniej i proszę pozwolić, że to ja będę decydował o sposobie komunikacji ze swoimi współpracownikami. Ja naprawdę nie komentuję tego, co się dzisiaj pojawiło, nie komentuję pewnej pozycji pana doktora Krajewskiego, którą dzisiaj przyjął. Nie odnoszę się do tego, Państwo macie do tego prawo. Jesteście grupą zawodową, która ma prawo mówić i zachowywać się w sposób, jaki uważa za stosowny, więc ja bardzo proszę o zachowanie pewnego dystansu do moich współpracowników. Oni na bieżąco podpowiadają mi zarówno stawki finansowe, o których Państwo mówicie i inne rozwiązania, czy to możliwe czy nie do wprowadzenia.

Dr Marek Twardowski: W związku z tym kontynuując, panie ministrze, mogą mieć miejsce takie przypadki, o których z obawą mówią nam lekarze, że jeżeli będzie duże parcie na wydawanie tych kart DiLO, bo pacjent będzie miał mieć bez kolejki przyjęty do onkologa, wykonaną diagnostykę, która jest poza zakresem obowiązków lekarz rodzinny, a lekarz będzie jednocześnie związany tym wskaźnikiem 1 do 15, bo nie chce, nie będzie chciał odbyć karnego szkolenia czyli być stygmatyzowany albo pozbawiony nawet uprawnień do wydawania tej karty to jeżeli zajdzie taki przypadek, że lekarz mówiący: no dobra wydałem ileś tych kart, nie trafiłem, i w tym momencie przestaje wydawać dalsze, bo będę ukarany karnym szkoleniem albo pozbawieniem to w tym momencie jeżeli się pomyli, nie wyda pacjentowi karty, bo zrobi to w trosce o to, żeby nie przekroczyć tego wskaźnika, a niestety taki pacjent pójdzie, zrobi sobie badania, okaże się, że ma nowotwór, nie obroni się przed żadnym sądem, bo każdy biegły sądowy powie, że jeżeli badania by mu zostały wcześniej wykonane to miałby większą szansę na wyleczenie. O takiej tu groźbie mówimy, którą artykułują nam lekarze na spotkaniach. **W związku z tym, ponieważ w ustawie wprost nie jest zapisane, ile ma ten wskaźnik wynosić, bo tam jest tylko określone, że on powinien być ustalony, wnioskujemy do pana ministra o złagodzenie tego zapisu z 1 na 15 do zapisu 1 do 30 wystawionych kart.**

Zebrałiśmy również takie przegląd praktyk przez ostatnie 3 miesiące, ile to mniej więcej lekarze rodinni by tych kart rzeczywiście musieli miesięcznie wydać powiedzmy w populacji 2 tysięcy pacjentów. Nie jest to jakieś porażające, żeby tych kart musiało być wydawanych dużo. Na przykład w swojej praktyce, która liczy 4 lekarzy, tak jak żeśmy patrzyli na to od początku listopada jest koniec grudnia, tylko w dwóch przypadkach by zaszła potrzeba wystawienia takiej karty, więc nie jest to aż tak dużo. W związku z tym to mówię o tym, że wystawianie tych kart nie jest aż takim zagrożeniem. Natomiast wskaźnik jest zagrożeniem dla bezpieczeństwa pracy lekarzy.

Również jeżeli chodzi o sprawozdawanie porady lekarskiej w DiLO no to ona jest no osobna w tej chwili ustanowiona jako porada to jest dodatkowy również obowiązek sprawozdawczy, bo pan minister mówił, że właściwie to ona na nas niczego nie nakłada, ale prawda jest taka, że jest to obowiązkowe sprawozdanie porady i to dość szczegółowe.

Również w przypadku przekroczenia wskaźnika, jeżeli by tu pan minister złagodził swoje stanowisko. Nie wiemy, na czyj koszt miało być przeprowadzane by to szkolenie, w jakim systemie i jak to robione, żeby lekarze, których nadmiaru w POZ-ecie nie ma, no nie odrywali się od pracy, bo chętnych do zastąpienia ich w tej robocie nie ma.

Proponowalibyśmy również, że jeżeli by takie szkolenie musiało się odbywać, mogło być odbyte na przykład w systemie informatycznym, realizowanym przez podmiot wybrany przez ministra zdrowia i byłoby realizowane w terminie do 6 miesięcy od uzyskania przez świadczeniodawcę informacji, że przekroczył wskaźnik. Musi być jakiś określony czas dany konkretny, bo inaczej będzie to czas nieokreślony.

Tam jeszcze zostały panie ministrze sprawy pomniejsze, których nie wnosimy, że one muszą być załatwione dzisiaj, bo byłby to rozległy temat, ale dalej nieuregulowana jest kwestia podnoszona przez Porozumienie dotycząca szczepień, dotycząca stwierdzania wystawiania aktów zgonu, oczywiście dalej nie jest rozwiązana sprawa instytucji koronera, no, podejrzewamy dłaczego. Bo związane jest to z finansowaniem, które trzeba wtedy w 350 powiatach w Polsce wdrożyć i pewnie jeden koroner cały rok na okrągło w każdym powiecie nie dałby rady pracować, więc też rozumiemy te trudności, ale w tym kierunku trzeba wreszcie pójść, żeby wzorem innych krajów europejskich to uregulować, bo inaczej jest to takie przerzucanie się w trudnych dla rodziny przypadkach pomiędzy

POZ-em, Państwowym Ratownictwem Medycznym, pomiędzy SOR-ami, a izbami przyjąć, kto ma w takim przypadku wystawić akt zgonu. To powinno być uregulowane w interesie pacjentów.

I panie ministrze tyle, na koniec powiedziałem, że proponuję w tej sytuacji stawkę 11 zł **skutek finansowy dla budżetu NFZ – 1,7 mld zł** plus likwidację od 1 września tego, co zaproponowaliśmy czyli wagi 2,2. To jest nasza konstruktywna propozycja.

Min. Bartosz Arłukowicz: Ta propozycja opiewa na miliard 700 milionów zł, ale ja w takim razie ogłaszam kilka minut przerwy, bo chcemy to dokładnie policzyć. W toku, kiedy pan doktor się irytował, to właśnie panie analityczki liczyły. W związku z tym niech policzą w ciszy, żeby się na pewno nie pomylić.

PO PRZERWIE

Min. Bartosz Arłukowicz: Przeliczyliśmy tę ostatnią propozycję finansową, którą przedstawił pan doktor Twardowski, stawka bazowa od 1 stycznia 132 dla wszystkich pacjentów przy utrzymaniu mnożnika 3,0 oraz rezygnacji z mnożnika dla grupy 65+. Policzyliśmy to bardzo dokładnie. Skutkuje to wydatkiem finansowym: miliard 720 i oczywiście systemem otwartym, niezależnie od tego jak go oceniamy, ale faktem jest to, że jest to system otwarty.

Żeby jeszcze wyjść na przeciw Państwu proponujemy rzecz następującą: jesteśmy w stanie poruszać się organizacyjnie wokół stawki, którą przyjęliśmy czyli miliard 100 plus onkologia.

Jesteśmy w stanie przeorganizować tę sumę – to jest pierwszy punkt. Drugi – jesteśmy w stanie jeszcze zwiększyć to finansowanie o wzrost wskaźnika wiekowego o 40-65+ od 1 czerwca, patrzę na prezesa. Przepraszam, od 1 lipca.

Jesteśmy w stanie także zagwarantować to, że w ciągu kwartału będzie możliwość utrzymania tych, przepraszam, że powiem skrótem: czerwonych bez uprawnień na listach do POZ-tu.

Pacjentów, którzy wyświetlają się na czerwono, czyli nie mają uprawnień, nie znikali by z list aktywnych, a NFZ by ich tylko nie finansował czyli zostaliby na tej liście czyli to, o czym rozmawialiśmy na naszym przedostatnim spotkaniu.

To możemy Państwu zaproponować na dzień dzisiejszy i chcieliśmy także usłyszeć Państwa odniesienia do tej propozycji. Możemy rozmawiać o trójkach w kontekście wydatku 96 zamrożone, 124 podstawa bazy i możemy się też wokół tego poruszać finansowo. Możemy też ponegocjować tą bazę. Nie możemy zaakceptować stawki 138zł z trójką 3,0, bo to skutkuje wydatkiem 2 miliardy 56 mln zł. Mówię o tej pierwszej propozycji pana doktora Twardowskiego. Druga miliard 720.

W związku z tym oddaję Państwu głos. Przygotowaliśmy zarys projektu zbieżności, rozbieżności, tak jak zawsze, żeby mieć to jasno spisane, bo przecież nie jest tak, że jeżeli się dzisiaj nie porozumiemy to pewnie kiedyś się porozumieć będziemy musieli, wcześniej czy później. W związku z tym dobrze mieć dokument. I oddaję panu prezesowi Krajewskiemu głos.

Dr Marek Twardowski: Może ja, panie ministrze. Dobrze, że te deklaracje tzw. półaktywne mogą zostać. Jest to przede wszystkim dogodność też dla pacjenta, o to nam chodzi, żeby tych druków nie musiał w kółko wypełniać. Natomiast tu byśmy dalej prosili o te deklaracje oświadczenia woli ważne 6 miesięcy, bo za 3 miesiące, to jest z punktu widzenia biurokratycznego dość krótki okres, żeby przy tej ilości pacjentów którzy zostaną wykreśleni Fundusz mógł to zrobić. Jeżeli chodzi o finanse, panie

ministrze, zaproponowaliśmy tutaj 132 zł rocznie. My wolimy mówić 11 zł miesięcznie (***skutek finansowy dla budżetu NFZ – 1,7 mld zł***) plus te wagi. Plus jeszcze szereg propozycji do których pan minister na razie się nie odniósł, ale chcieliśmy też powiedzieć panu ministrowi jedną rzecz ważką - po co tutaj przyszliśmy. **My nie przyszliśmy tutaj bo jest 29 grudnia na kolejną turę podpisywania protokołów zbieżności albo rozbieżności. Niczego takiego ze swojej strony nie przewidujemy.** Ponieważ jest 29 grudnia a 2 stycznia za pasem, przyszliśmy tutaj po to, że jeżeli strony się porozumieją to - jak sama nazwa mówi - podpiszą porozumienie z datą obowiązująca od 2 stycznia 2015 roku. **I w związku z tym podpisywanie protokołu zbieżności i rozbieżności niczemu nie służy, bo jeżeli strony się nie porozumieją to my, panie ministrze, umów na 2015 rok nie podpiszemy.**

Min. Bartosz Arłukowicz: Ja to przyjmuję do wiadomości. **Rozumiem że pan prezes Krajewski w imieniu całego PZ podtrzymuje te deklaracje o braku chęci podpisania zbieżności i rozbieżności, i o zamknięciu gabinetów od 2 stycznia.**

Prezes PZ Jacek Krajewski: **Tak panie ministrze. Ja potwierdzam** bo tutaj występujemy wspólnie, jako prezes jestem tylko reprezentantem zarządu i członków PZ. To w jaki sposób się tutaj komunikujemy przez dr. Twardowskiego czy przez dr. Zielińskiego to są wszystko rzeczy, o których wiedziałem, które były mi przedstawiane. Także to nie jest dla mnie tajemnica, to że tak się działo i były różne uzgodnienia i różne rozmowy. **To była próba znalezienia jakiegoś kompromisu. My uważamy rzeczywiście że jeżeli dzisiaj rozstaniemy się bez jakiś konstruktywnych wniosków, a z tego co widzę pan minister w tym kierunku zmierza to nie ma sensu podpisywać żadnego protokołu uzgodnień, ponieważ myśmy niczego nie uzgodnili tak na prawdę. Myśmy przekazali państwu po raz kolejny całość problemów, o których chcieliśmy porozmawiać, ponieważ jest tak, że środki, które pokazaliśmy jako te, które zaproponowaliśmy do naszych negocjacji okazały się zbyt duże, a pan minister nie przyjął tej konwencji. Abyśmy rozmawiali o tym w taki sposób, żeby można było wynegocjować taką kwotę, która mogłaby umożliwić stworzenie warunków do wykonania projektów, które są nowymi przepisami wprowadzone od 1 stycznia to ja potwierdzam, że **jeżeli dzisiaj rozstaniemy się tak, jak to w tej chwili wygląda, to w tym roku już się nie spotkamy, a 2 stycznia nasze gabinety będą nieotwarte z powodu braku umów.****

Min. Bartosz Arłukowicz: Rozumiem. W związku z tym powtarzając nasze propozycje finansowe jesteśmy w stanie organizować w różny sposób zgodnie z jakimś konsensusem zawartym sumę ok. miliarda stu milionów zł, z drobną korektą jeszcze wskaźnikową w wieku 40-65 lat od 1 lipca. Jesteśmy w stanie utrzymać system trójkowy zgodnie z oczekiwaniem PZ na poziomie 96 zł zamrożone rocznie + stawki kapitałowe rozpoczynające się od ok. 124 zł rocznie ewentualnie tu możemy jeszcze ponegocjować tą stawkę kapitałową. Na stawkę 138 zł nie możemy się zgodzić bo opiewa na sumę 2 mld zł – nie jesteśmy w stanie dźwignąć tego finansowo. Co do zmian sposobu funkcjonowania pacjentów ukazujących się na czerwono jesteśmy w stanie w ciągu kwartału przygotować rozwiązanie, że państwo będziecie mieli na listach swoich przychodni mimo braku uprawnienia.

Prezes PZ Jacek Krajewski: **Panie ministrze, czy jest pan gotów ponegocjować pieniądze?**

Min. Bartosz Arłukowicz: Ja po to się z Państwem spotkałem, ja tylko mówię ile mam pieniędzy. Nie mogę negocjować pieniędzy, których nie mam.

Prezes PZ Jacek Krajewski: To, że pan ma tyle pieniędzy to my wiemy, bo pan minister parę razy już nam to powiedział. Natomiast my zadajemy takie pytanie: czy rozmawiamy o pieniądzach, które trzeba zainwestować w POZ, żeby efektywnie system ochrony zdrowia funkcjonował w Polsce za te małe pieniądze, które w nim są, bo w POZ trzeba zainwestować i od wielu lat tego się nie robi i ryzyko jakie pan minister ponosi my będziemy ponosić także realizując pewne projekty, które wejdą od 1 stycznia. Podzielmy się tym ryzykiem, ale musi być tak, że my musimy mieć warunki do wykonania tego. I my przedstawiamy te warunki. Jednym z tych warunków jest motywacyjny system funkcjonowania POZ-u. Takim motywacyjnym systemem są trójki. Kwestia stawki bazowej - jeżeli pan minister otwiera jednak, czy nie zamyka tej dyskusji w tym sensie, że możemy o tym porozmawiać - myśmy zaproponowali 11,50 (*skutek finansowy dla budżetu NFZ – 2 mld zł*), już jest propozycja na 11 (*skutek finansowy dla budżetu NFZ – 1,7 mld zł*). Widząc, że pan minister nie chce podjąć tematu, zeszliśmy na 11 jest w tej chwili z naszej strony także propozycja, żeby ta stawka powyżej 65 na dwa i dwa zejść na dwa, czyli zostawić tak jak było. Jest także propozycja z naszej strony by ta lipcowa stawka tego wskaźnika od 40 do 65 1,2, żeby ją zlikwidować i zostać przy tej stawce 1,1 taka jak była. zostaje 11. Czyli my jesteśmy w stanie posunąć się tutaj, ale musimy mieć jasność czy rozmawiamy po prostu o tym co jest możliwe i gdzieś dojdziemy do wspólnego wniosku, czy pan minister stoi twardo na takiej pozycji, że nie posunie się w żaden sposób do przodu jeśli chodzi o negocjacje.

Min. Bartosz Arłukowicz: Ale ja już się przesunąłem - z 716 mln do 1 mld 100.

Przedstawiciel PZ: Mało!

Dr Marek Twardowski: Panie ministrze, jeśli jeszcze można. Jest pan w rządzie, który realizuje w latach 2007 -2015 Narodowy Program Zdrowia. W tym Narodowym Programie Zdrowia, który eksperci bezpartyjni ocenili w 2013 r., zostało napisane, że nic z tego pakietu, który tam został przyjęty przez rząd, nie zostało uwzględnione. M.in. tam napisano na podstawie tego, jak to jest na świecie że AOS łącznie z POZ-em powinien być finansowany min na poziomie 30 % funduszu z NFZ-u. W tej chwili jest to w granicach 20 do 21%. Jest tam napisane, że szpitalnictwo w Polsce, które jest finansowane najwyżej w Europie na poziomie - prawie 50%, żeby było zdrowe winno być finansowane na poziomie 40% - nie zostało też zrealizowane. Jest tam napisane, że powinno nie być 48 łóżek na 10 tys. mieszkańców tylko 35 – wskaźnik nadal zostaje na poziomie 48. I tak dalej... My panu ministrowi wskazujemy, że nie zostało nic zrobione w ochronie zdrowia natomiast przerzucą pan w tej chwili na podstawie ustaw - co do których pan był głuchy, jak strona społeczna, Naczelna Izba Lekarska, Pielęgniarska, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, PZ, lekarze rodzinni z Wielkopolskiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, prosili o uwagi. Wtedy pan nas nie słuchał. My sobie zdawaliśmy sprawę, że jeżeli wtedy to zostanie uchwalone przez Sejm w takiej, jakiej pan zaproponował formie, to oczywiście nie da się tego zrobić bez pieniędzy. No do tej pory były takie hasła przypominam je sobie dobrze siedząc tutaj w tej sali gdzie spędziłem kawałek życia, że najlepiej mamy wszystko reformować bez pieniędzy. Pan też takie zadanie dostał i wiemy jak to w tej chwili obfituje. Ma pan trochę tych pieniędzy, ale znacznie więcej w NFZ-ecie niż pan przypuszcza. Ja znam, nadzorując NFZ przez kilka lat, dokładnie - gdzie są te pieniądze zgromadzone u pana prezesa. Między

innymi panie ministrze co roku następuje rozliczenie z niewykonanych, które rok do roku mają miejsce. Oczywiście są one uruchamiane w drugim półroczu na nadwykonania szpitalne lub załatwienie pilnych dziur. Nigdy z tego tytułu nie był dofinansowany POZ. On jest niedofinansowany od 2008 roku, ale nie tylko bo jeszcze znacznie wcześniej. Na początku jak powstawały kasy chorych regionalne to w niektórych województwach np. w Wielkopolsce na POZ przeznaczono 21 %, w tej chwili jest to na poziomie 12 (bo nie należałoby w ogóle mieszać w to NPL-u bo to nie ma tak na prawdę z POZ-em nic wspólnego). Ktoś tak wymyślił, dalej to funkcjonuje jest to ułomne, ale nie będę się nad tym rozwodził. W związku z tym panie ministrze nie da się tak zrobić, żeby jeszcze batem pogonić lekarzy rodzinnych w Polsce do bardziej intensywnej pracy. W związku z tym zapomniałem jeszcze panu ministrowi powiedzieć o jednej rzeczy. Chcemy, aby w zarządzeniu pan prezes był uprzejmy napisać, że polskiemu pacjentowi, który płaci składkę zdrowotną przysługiwała minimum jedna minuta na poradę lekarską w POZ-ecie. W jaki sposób my mamy przyjąć 80 do 100 zgłaszających się pacjentów codziennie? Czy którykolwiek konsultant krajowy albo wojewódzki powie, że to ma cokolwiek wspólnego z medycyną? Czy to jest załatwienie w 3 lub 4 minuty pacjenta to da się zebrać wywiad zbadać, wypisać następne skierowanie zająć się rzeczywiście tym pacjentem. W związku z tym w tej chwili na tak przeciążony pracą POZ - bo wystarczy popatrzeć, ile jest wizyt w Polsce rocznie milionów, ponad 140 było zawsze... W tym momencie przyjdą do nas jeszcze pacjenci dermatologiczni i okulisty, których część - jeśli uda nam się przekonać albo będziemy w stanie - postaramy się sami leczyć, ale część będzie wymagała skierowania i ruszą ostro w pierwszym kwartale. Panie ministrze chciałbym zobaczyć jak to siedzący przy stole i wygenerujesz w sposób szybki DiLO, tam jest żeby to zrobić 23 instrukcji ogólnej, 8 stron instrukcji dla POZ, osobno dla AOS, osobno dla szpitalnictwa, później mamy sprawozdać poradę - zgodnie z zarządzeniem pana prezesa szczegółowo z każdym badaniem które zostało wykonane, a przecież mu wszystkich nie wykona. W związku z tym, panie ministrze, tak jak mówię tutaj, prezes Krajewski dał jeszcze dodatkową propozycję mówiącą, że przy stawce 11,00 (**skutek finansowy dla budżetu NFZ – 1,7 mld zł**) jako bazowej rocznej i utrzymaniu wagi 3,0 pójsć na rękę panu ministrowi i zrezygnować od 1 lipca z drugiej wagi którą zaproponowaliśmy czyli 1,2 w przedziale 40-65, ale - pan wybaczy - więcej ustąpić nie możemy. A to że nie ma pieniędzy u pana ministra - ja znam budżet ministra zdrowia, doskonale zdaje sobie sprawę, że pan nie kontraktuje tych świadczeń. Natomiast w NFZ środki finansowe są.

W związku z tym **jeżeli my mamy wykonywać coraz więcej obowiązków, przyjmować więcej pacjentów to nam się to należy jak psu buda i przy takim zdaniu pozostaniemy.** Jesteśmy jedyną furtką w tym systemie, dzięki której ten system jeszcze się kompletnie nie zawalił bo gdzie indziej jest źle, wszyscy to wiedzą, wszyscy narzekają. Nie jest to pana ministra wina, bo 25 lat poszczególne rządy, ministrowie którzy tutaj byli w tym resorcie – każdy starał się jak mógł. Ale i Pan wie i ja że prawdziwym ministrem zdrowia nie jest minister zdrowia – od niego nie zależą finanse, zdają sobie z tego sprawę. Bo za moich czasów, jak mówiłem żartobliwie, był Jan Vincent Tusk i to oni decydowali, co minister zdrowia mógł zrobić. Ale proszę przyjąć do wiadomości panie ministrze, że nie da się przyjąć pakietu onkologicznego i kolejkowego, pacjentów okulisty i dermatologicznych i innych wymogów które się znalazły w zarządzeniu prezesa w taki sposób jak pan proponuje i za finanse które pan proponuje. Finanse nie są warunkiem sine qua non, żebyśmy się porozumieli – powiedzieliśmy, Panu że zgłaszamy następne ustępstwa, ale jest ich pewna granica bo obie strony solidarnie powinny z czegoś zrezygnować. Natomiast tej propozycji która jest na stole, czyli z 17 grudnia przyjąć nie możemy. Do tego potrzebne są te rzeczy o których Panu powiedzieliśmy, bo nasi

lekarze tak po ludzku, tak serdecznie mają tego dość – że się ich tak traktuje, że się pogania batem do roboty, że minister wychodzi i na briefingu albo na konferencji prasowej mówi – a ja mam tam zakontraktowane już 60% itd. Panie ministrze, no staramy się być mili, grzeczni i uprzejmie - choć czasami emocje grają rolę, to przepraszam nie były zamierzone. **Natomiast my wiemy jaką reprezentację lekarzy stanowimy i wiemy również że bez nas, bez lekarzy którzy świadczą setki tysięcy, miliony usług które robimy każdego miesiąca usług ten system nie będzie istniał. Znamy swoją wartość, proszę nie traktować nas jako swoich chłystków których można przy tym stole zdopingować żebyś my jeszcze intensywniej pracowali. Nie da się z tego POZ już nic więcej wycisnąć.** Jeżeli Pan był świadkiem spotkania - u mnie w Zielonej Górze - lekarzy, którzy przyszli 20-ego, a których jutro będę gościł również o 15.00, to ja ich takich wkurzonych nie widziałem od 2003 roku, proszę mi wierzyć. I to my właściwie powstrzymywaliśmy ich przed dodatkowymi propozycjami, które my mamy załatwić. Po prostu po ludzku mają tego dość. Zdajemy sobie sprawę że nie powinno dojść do takich sytuacji, żeby gabinety lekarskie były dla pacjentów zamknięte, bo nie po to kończyliśmy studia. **Ale również zdajemy sobie sprawę, że to co robimy wobec pana i pańskich poprzedników jest zgodne z prawem. Nasze umowy kończą się 31 grudnia 2014 roku. Jeżeli nie podpiszemy nowych, to nikt z nas zgodnie z obowiązującym prawem nie będzie mógł stawić się 2 stycznia w pracy, nie ma prawa, nie mam prawa refundować 2 stycznia pacjentowi recept. Nie mam prawa generować numerów recept, na których miałbym coś napisać, skierować itd., bo nie jestem lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego. Doskonale to wiemy i na to się na pewno nie odważymy. Czyli żeby pójść otworzyć gabinet i świadczyć usługi bezpłatne ubezpieczonym musimy mieć do tego mandat. Tym mandatem jest stosowny aneks, który musi być po myśli nie tylko strony rządowej – funduszowej, ale również lekarzy rodzinnych. Takie jest nasze ostateczne stanowisko.**

Prezes PZ Jacek Krajewski: Panie ministrze zaczęliśmy mówić o pieniądzach. Czy będziemy kontynuować ten temat, czy pan minister uważa, że temat jest wyczerpany?

Min. Bartosz Arłukowicz: Panie prezesie, ja nasze możliwości finansowe określiłem dosyć jasno. Nasze możliwości finansowe to jest 1,1 mld zwiększenia finansowania POZ plus dodatkowe środki na onkologię. Jesteśmy w stanie dyskutować o wskaźniku 1,2 40-65 od czerwca, jesteśmy w stanie dyskutować o „trójkach”, które są dla Państwa bardzo ważne, na poziomie stawek, w przypadku pacjentów rozliczanych w systemie „trójkowym” zamrożonych na poziomie dzisiejszym, pozostałych pacjentów do negocjowania stawki kapitałowej opiewającej wokół mniej więcej 124. Możemy tu porozmawiać i dyskutować. To są nasze możliwości finansowe, innych możliwości nie mamy. I pan to dobrze wie od dawna, bo jasno o tym mówiłem.

Prezes PZ Jacek Krajewski: Rozumiem, to jest jeden z tych elementów, który był bardzo istotny jeśli chodzi o kontynuowanie rozmów. Czy do innych punktów, które tutaj pan dr Twardowski przedstawił, pan minister chciałby się odnieść?

Min. Bartosz Arłukowicz: Tak, oczywiście, że tak. Powiedziałem także jasno, interpretacja co do harmonogramów pracy jest gotowa, projekt zmiany zarządzenia prezesa NFZ w szczegółach technicznych, o których rozmawialiśmy, które są zawarte w naszych porozumieniach - jak pan widział - jest gotowy. Mam przed sobą, żeby nie być gołosłownym, coś co powinno Państwa zainteresować i udowodnić, że ja słowa dotrzymuję: to jest Dziennik Ustaw świeżo wydrukowany, w którym doszło do

zmiany zakresu badań, w którym mamy tak naprawdę 6 badań więcej niż było dotychczas - sześć badań, sześć! To już jest wydrukowane, to jest Dziennik Ustaw, Warszawa 29 grudnia 2014 r. pozycja 19.14 rozporządzenie ministra zdrowia. Ja dotrzymałem słowa w każdym aspekcie, który publicznie wypowiedziałem. Mówię też jasno o tym, że w pierwszym kwartale jesteśmy w stanie przygotować się, żeby pacjenci, którzy nie mają uprawnień, a są na Państwa listach aktywnych, na listach pozostaną bez finansowania NFZ do czasu wyjaśnienia sytuacji - uprawniony bądź nieuprawniony, czyli znowu kolejny krok z naszej strony. I co do zmian ustawowych, też dawno panu deklarowałem, że oczywiście jesteśmy w stanie rozmawiać o tym także, no ale tu jest bariera, tak naprawdę finansowa. Tu jest bariera finansowa i Państwo oczekujecie określonego poziomu finansowego, my go zapewnić nie możemy.

Prezes PZ Jacek Krajewski: Panie ministrze, zatem te nasze ostatnie negocjacje w tym roku należy uznać za zakończone, bo temat finansowy jest tutaj barierą, której nie przeskoczmy. Nawet ta propozycja, o której mówiliśmy, dot. tego aby zamknąć system z „trójkami”, czyli w taki sposób żeby ewentualnie w ostatnim miesiącu założyć taką klamrę, która ma zabezpieczyć system przed nadmiernym wypływem środków, to nie jest propozycja która została przez Państwa podjęta. Zatem rozumiem, że nasze stanowiska się tu nie zmieniają. My zjeżdżamy ze stawki, Państwo jakby nie ruszacie w naszą stronę.

Dr Marek Twardowski: Minister zdrowia we współpracy z prezesem NFZ planują pieniądze na podstawową opiekę zdrowotną, między innymi. Suma ta powstaje w wyniku tego, co ministrowie i prezes zaplanują i negocjacji podjętymi z nami. Jest określona suma, której wszystkie strony gwarantują, że będzie przeznaczona na POZ. Ta suma określa maksymalne finansowanie POZ w danym roku, w zakresie lekarza POZ w stawce kapitacyjnej. W momencie, kiedy uzgodnione przez nas wagi, stawki, korektory itd. spowodują, że przekraczamy tę sumę – zdarzyło się, przekraczamy tę sumę – wszyscy świadczeniodawcy POZ w Polsce, mający zakontraktowanego lekarza POZ solidarnie obniżają rachunek ostatni proporcjonalnie do posiadanych pacjentów, czy pacjentów standardowych, o wartość, która spowoduje, że ten płatny zostanie przekroczony. A pacjenci są dalej załatwiani w ramach posiadanej umowy. Umowa trwa.

Min. Bartosz Arłukowicz: I pan to mówi w imieniu wszystkich lekarzy rodzinnych w Polsce, czy w imieniu PZ?

Dr Marek Twardowski: No, ja mam mandat mówienia wtedy, kiedy mi prezes udzieli głosu.

Min. Bartosz Arłukowicz: No właśnie, ponieważ propozycja ograniczenia wpływu środków finansowy dla POZ-tów musiałaby być mieć akceptację wszystkich środowisk POZ, dlatego, że...

Dr Marek Twardowski: Panie ministrze przypomnę jeszcze raz, albo powiem jeszcze raz, że to nie jest propozycja ograniczania środków dla POZ. Umawiamy się na sumę roczną. Czy będzie ona wypłacona w 12 rat, czy będzie w 11, 7 ostatniej raty, to jest szczegół techniczny.

Min. Bartosz Arłukowicz: Zrozumiałem, finiszując powoli chciałbym przytoczyć pierwsze spotkanie, na którym Państwo wnosiliście o: zostaje system korektorów wiekowych oraz 3.0 , a stawka bazowa wzrasta do 9,50. Dzisiaj jesteśmy na poziomie 11...

Prezes PZ Jacek Krajewski: ...z badaniem, wtedy było bez badań...

Min. Bartosz Arłukowicz: ...w konsekwencji budżet na POZ musi wzrosnąć o 560 mln zł – warunek nie negocjowalny.

Prezes PZ Jacek Krajewski: W stawce kapitałowej 560 mln + badania...

Min. Bartosz Arłukowicz: Łącznie ta suma dała 618, co w sumie dawało wzrost 1 mld 180 przy dużej ilości badań. My sumę 1 mld 180 mln położyliśmy na stole, w międzyczasie Państwa oczekiwania wzrosły do 2 mld z ewentualną opcjonalnością 1 mld 75, to pokazuje tak naprawdę drogę, którą Państwo przeszliście... My mamy to na Państwa dokumentach, że chcieliście 1,18, a dzisiaj chcecie 2 mld.

Prezes PZ Jacek Krajewski: Panie ministrze, te wyliczenia były wyliczeniami po to, żeby Państwu wytłumaczyć, na czym polega nasza idea naszego działania. Chodziło o to, żeby podwyższyć stawkę kapitałową i chodziło o to, żeby w badaniach dodatkowych można było się zmieścić, jeżeli chodzi o ich finansowanie - tak nie trzeba było dokładać z budżetu przeznaczonego na personel na wykonywanie świadczeń, po to żeby wykonać badania dodatkowe. Jeżeli jest tak, że to było w ten sposób policzone, to my w tej chwili zakładamy, że jeżeli to przełożymy na język „trójek”, czy Państwo zadali sobie trud, żeby policzyć jakby to się przekładało na system, który my proponujemy, jeżeli chodzi o 3.0 biorąc pod uwagę te kwoty, które pan minister przytoczył (min. tak przeliczyliśmy) w kontekście 1,18, ale jeżeli chcielibyśmy zastosować system „trójkowy”... bo Państwo się cały czas obawiacie, że kiedy my zastosujemy system trójkowy to może być tak, że przekroczymy ten budżet, który myśmy zaproponowali. My proponujemy, żeby było bezpieczeństwo, zastosowanie takiego systemu aby nie można było przekroczyć budżetu. W tej chwili rozmawiamy o tym, że budżet, który tam w tej chwili zaproponowany 1,18, jeżelibyśmy podnieśli o jeszcze pewną kwotę i policzyli jak trójkami teraz to załatwić, żeby nie został rozbuchany w taki sposób, jak Państwo mówicie, że system otwarty może spowodować niewypłacalność w pewnym momencie systemu NFZ, proponujemy zamknięcie tej kwoty na wysokości, którą tutaj ustalimy. Czyli, jeżeli tam jest 1,18 a dojdziemy teraz w negocjacjach do np. 1,25 czy 1,3, zamykamy tą kwotę - ale w ten sposób, że w miesiącu grudniu mamy taki mechanizm, który nie pozwala tej kwocie przekroczyć.

Dr Marek Twardowski: Żeby strony się porozumiały, jeszcze wyartykułuję może skrótowo, ewentualnie powinno być zapisane, żebyśmy osiągnęli porozumienie: deklaracja papierowa pozostaje ważna mimo czasowego utracenia uprawnień, czyli świeci się dalej na czerwono czy zielono w tym półaktywnym systemie, istnieje to w naszych praktykach, nadal po 1 stycznia. Oświadczenie, które pacjent wypełnia jest ważne 6 miesięcy – dlaczego panie ministrze? Uzasadnię – przyszedł pacjent i on jest chory, on ma dużą potrzebę zdrowotną, zdrowy nie przychodzi. W związku z tym, jeżeli go trzeba potraktować i po lekarsku i po pielęgnarsku, i trzeba mu wykonać badania, znowu przyjmując go na kolejną wizytę, a czasami może jeszcze gdzieś skierować, to jest na to i praca lekarska ale i koszt wykonanych badań dodatkowych, nie da się tego zrobić za trzy stawki kapitałowe. A po i tak tym

okresie on by nam zniknął w związku z tym jeżeli by to było powiedzmy przy 11 zł - 66 zł na taką poradę, tak wtedy by Fundusz zapłacił przez 6 miesięcy po 11 zł za pacjenta w średnim wieku za poradę, to i tak się obawiam, że...

Nie można przyjmować do wskaźnika umowy, który jest nieustalony. Żeby za niego potem płacić. **Nie jest rzeczą możliwą, żeby ktoś, kto jest przedsiębiorcą, wpisał sobie, że potem otrzyma coś, za coś wg czegoś, co otrzyma w przyszłości. Nie ma takiej możliwości – jest to normalne przy prowadzeniu działalności. Umowa na 9 miesięcy.** Umowa następuje na 2015 poprzez aneks. Jeszcze jedna rzecz pod adresem NFZ: irytuje nas coroczna konieczność wpisywania aktualnego rachunku bankowego. Ja przez 17 lat, panie prezesie, mam ten sam. Dlaczego ktoś mnie ćwiczy, że ja mam co roku, jeszcze raz, wklepać w portal świadczeniodawcy to samo? Proponujemy coś rozsądnego: obowiązek dla świadczeniodawcy, że jeżeli on zmieni swój rachunek, to ma obowiązek powiadomić NFZ. Jeżeli nie powiadamia, to znaczy, że ten (...niby drobiazg, ale uciążliwy), ma ten sam rachunek. To są rzeczy, które są naprawdę irytujące i zostały nie przez pana ministra, ale przez NFZ ustanowione.

Dalej żeśmy wymienili, panie ministrze, sporo rzeczy dotyczących zmiany ustaw. **Dalej żeśmy mówili o szkoleniu od 14.00, ale nie w każdą środę, tylko w drugą środę w miesiącu – raz w miesiącu. O 4 godziny krótszą pracę, żeby od 14.00 lekarze mogli do wieczora, i również pielęgniarki, się kształcić. Obowiązkowo. Nie polegałoby to na tym, żeby oni mieli iść do domu, bo to nie o to chodzi. Mogliby zostać w swoich praktykach albo na szkoleniach zorganizowanych przez różne podmioty, na których by ich odpowiednia obecność była potwierdzona.**

Tak, jak mówię, w pakiecie onkologicznym: zmiana tego wskaźnika, niesprawozdawanie całej ilości badań, które będą wykonywane razem przy tym i sprawa kontrowersyjnego kształcenia – proponujemy takie koncyliacyjne rozwiązania, o którychśmy mówili. I to są warunki, które jeżeli obie strony ze sobą uzgodniły, mogłyby zakończyć się podpisaniem porozumienia.

Jeszcze jedna rzecz, o której pan minister tutaj powiedział, i już kończę. To nie jest tak, że jak tych 8 spotkań było, to kwota przez pana ministra podawana miliard, jeden dwa miliarda, czy miliard sto osiemdziesiąt, to była kwota, która była ostatecznie przez stronę zaaprobowana. Cały czas toczyły się rozmowy. My wiemy, jakie będą oczekiwania pacjentów, jeżeli będą mogli u nas uzyskać nowe badania – USG tarczycy, przytarczyc, ślinianek, tak jak jest pisane rozporządzenie... Tutaj uznanie dla pana ministra, że tak szybko to rozporządzenie pan wydał, to rzeczywiście sztuka, ale Pan minister tego dokonał. I tam jest wpisane to, do czego pan się zobowiązał, i doceniamy to.

Natomiast w propozycji, która tutaj jest na stole ze strony pana prezesa, też tam muszą zajść zmiany, tzw. doprecyzowujące. Bo najgorsze jest tworzenie prawa, które nie jest do końca jasne, czyli np. chodziłoby nam o dopisanie tego, że zmiany mogą być dokonywane w umowach tylko i wyłącznie za zgodą obu stron. Tam jest to napisane nie wprost, w związku z tym takie uszczegółowienie, jeśli to samo mamy na myśli, na pewno by żadnej stronie nie przeszkadzało, jeżeli zaproponujemy stosowny zapis. I w tym momencie strony mogłyby się porozumieć.

Natomiast jeżeli, panie ministrze, na te nasze propozycje, które są propozycjami okrojonymi do minimum – naprawdę w POZ jest wiele problemów. Innych tutaj nie podnosimy. To w tym momencie to się może zakończyć porozumieniem. I o to do pana ministra wnosimy, bo po to żeśmy do pana ministra przyjechali z różnych dalekich stron tego kraju. **Ode mnie jest tylko 500 km. Ale nie szkodzi, z przyjemnością przyjechałem po to, żebyśmy się porozumieli. I teraz decyzja należy do pana ministra.**

Min. Bartosz Arłukowicz: Panie doktorze, panie prezesie – już teraz zwrócę się oficjalnie. W związku z tym, że propozycje płynące ze strony Porozumienia Zielonogórskiego rozpoczęły się od poziomu

miliard sto osiemdziesiąt – oczekiwanie Państwa - i wzrost trzykrotny badań, w sumie na badania, i zmiana rozporządzenia ministra, uprzejmie informuję, że resort zdrowia zaproponował ww. stawkę (miliard sto osiemdziesiąt), zaproponował 3-krotne zwiększenie puli finansowej na badania, zmienił rozporządzenie ministra zdrowia. Jesteśmy w stanie z Państwem negocjować tę samą sumę. Mam wrażenie, że powtarzam to 3 raz – pewnie niepotrzebnie już to czynię. Jeśli Państwa oczekiwania finansowe przekraczają te, które przedstawiliśmy i sposób ich rozliczania, niestety nie jesteśmy w stanie podwyższyć po raz kolejny stawki. Spełniłmy Państwa pierwotne oczekiwania, a że one wzrosły do 2 miliardów złotych, powiem szczerze z niejasnych dla mnie powodów, no muszę to przyjąć do wiadomości. Przyjmuję Państwa oczekiwania - te organizacyjne, co do pracy państwa gabinetów, co do kilku szczegółowych rozwiązań. Całego systemu z dnia na dzień zmienić się nie da, w mojej ocenie uczciwie zrealizowałem wszystko to co publicznie Państwu zadeklarowałem. Patrząc też w stronę Kolegium Lekarzy Rodzinnych, mówiąc wprost, że także Państwa oczekiwania zostały zrealizowane. Jest mi bardzo przykro z tego powodu, że Państwo zamkniecie swoje gabinety, ale rozumiem, że ta decyzja zapadła już wczoraj. W związku z tym muszę to przyjąć do wiadomości z wielką przykrością jako minister zdrowia, a jako lekarz muszę powiedzieć, że jestem zdziwiony i że zrobię wszystko, żeby pacjenci byli bezpieczni. Bardzo Państwu dziękuję za spotkanie, do zobaczenia.