

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 152)

z dnia 2 lipca 2026 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 152)

2 lipca 2026 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Marty Golbik (KO)**, przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– zaopiniowanie projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2027.

W posiedzeniu udział wzięli: **Tomasz Maciejewski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikami, **Jakub Szulc** wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia ze współpracownikiem, **Ewa Molka** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Arkadiusz Ujma** wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów, **Dorota Korycińska** prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Krystyna Ptok** przewodnicząca i **Dorota Ronek** wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Paweł Kaźmierczak** ekspert Pracodawców RP, **Wojciech Wiśniewski** przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Gospodarczego, **Aleksander Łabanowski** asystent przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański**, **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł **Marta Golbik (KO)**:

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia, stwierdzam kworum.

Witam członków Komisji i zaproszonych gości. Stwierdzam przyjęcie protokołów z posiedzeń od 94. do 115. Komisji od września 2025 r. do końca grudnia 2025 r. wobec niewniesienia do nich zastrzeżeń.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przyjęty przez prezydium przewiduje zaopiniowanie projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2027.

Przechodzimy do realizacji porządku dziennego. Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia ma obowiązek do 1 lipca każdego roku opracować projekt planu finansowego NFZ na rok następny i przedstawić go do zaopiniowania właściwym komisjom sejmowym. Właściwe komisje sejmowe – Komisja Zdrowia i oddzielnie Komisja Finansów Publicznych – mają 14 dni na zaopiniowanie tego dokumentu NFZ. Ustawa stanowi, że nieustosunkowanie się przez komisje w tym terminie oznacza pozytywne zaopiniowanie projektu planu finansowego NFZ.

Bardzo proszę pana wiceprezesa Jakuba Szulca o przedstawienie projektu planu finansowego NFZ na rok 2027.

Panie prezesie, czy plan finansowy będzie bardzo szczegółowy?

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia **Jakub Szulc**:

Wszystko zależy, pani przewodnicząca...

Przewodnicząca poseł **Marta Golbik (KO)**:

To może zrobimy tak, żeby nie był bardzo szczegółowy, a potem będą pytania.

Wiceprezes NFZ **Jakub Szulc**:

To ja nieszczegółowo opowiem o planie finansowym, a potem będę odpowiadał na pytania państwa posłów, bo rozumiem, że pojawią się takowe.

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, na podstawie art. 121 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, mam zaszczyt zwrócić się do Wysokiej Komisji z uprzejmą prośbą o zaopiniowanie przedłożonego projektu planu finansowego NFZ na rok 2027, który, jak rozumiem, otrzymali państwo posłowie. Zgodnie z art. 121 ust. 1 ustawy o świadczeniach przedłożony projekt planu został sporządzony na podstawie prognozy przychodów NFZ na lata 2027–2029 i adekwatną prognozę kosztów na lata 2027–2029 oraz projekty planów finansowych oddziałów wojewódzkich NFZ na rok 2027. Ujęte w projekcie planu finansowego przychody oraz odpowiadające im

koszty zostały określone na podstawie wskaźników makroekonomicznych przekazanych do NFZ przez ministra finansów, zgodnie z przyjętymi do założeń projektu budżetu państwa na rok 2027, w tym także zaktualizowane wskaźniki makro na rok 2026.

Jeśli chodzi o przychodową stronę planu finansowego NFZ, to prezes NFZ planuje w roku 2027 przychody na kwotę 237 342 389 tys. zł, czyli większe o 9,2% w porównaniu z pierwotnym planem finansowym NFZ na rok 2026. Z planowanych w roku 2027 przychodów NFZ największą pozycję stanowią przychody z tytułu przypisu składki zdrowotnej od osób ubezpieczonych w ZUS i KRUS. Są one zaplanowane w roku 2027 na kwotę 194 182 144 tys. zł, a więc wyższą o 9 834 664 tys. zł niż w roku 2026. Stanowi to dynamikę rok do roku 5,3%, natomiast same przychody składkowe będą stanowiły w roku 2027, zgodnie z przedłożonym Wysokiej Komisji projektem planu finansowego na rok 2027, 81,8% planowanych przychodów NFZ.

W projekcie planu znajdują się jako pozycje zmniejszające przychód trzy ustawowe odpisy na finansowanie funduszu kompensacyjnego, Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz Agencji Badań Medycznych, odpowiednio w kwocie 68 881 tys. zł na rzecz funduszu kompensacyjnego, 75 075 tys. zł dla AOTMiT oraz 582 546 tys. zł dla ABM.

Przychody z tytułu koordynacji w roku 2027 wyniosą 1 204 465 tys. zł. Drugą co do wartości pozycją przychodową jest projektowana dotacja z budżetu państwa na działalność NFZ w kwocie 35 000 000 tys. zł, czyli o 9 000 000 tys. zł więcej niż pierwotny plan w roku 2026. Pozostałe przychody, które NFZ ma uzyskać w roku 2027, to środki z tytułu opłat, czyli opłaty cukrowej i opłaty alkoholowej w wysokości 1 775 049 tys. zł, środki funduszy celowych w kwocie 2 762 037 tys. zł, z czego środki z funduszu medycznego 2 752 037 tys. zł oraz pozostałe przychody w wysokości 2 887 221 tys. zł i przychody finansowe w wysokości 257 975 tys. zł.

Adekwatnie do projektowanych przychodów planowane koszty na rok 2027 sumują się do kwoty 237 342 389 tys. zł, z czego koszty poboru i ewidencjonowania składek oraz obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną będą stanowiły odpowiednio 384 641 tys. zł w przypadku kosztu poboru i ewidencjonowania składek, oraz 1% projektowanych przychodów z tytułu składek z ZUS i KRUS odpisu na rezerwę ogólną, a więc kwota 1 941 821 tys. zł.

Koszty świadczeń ogółem zaplanowane w roku 2027 są wyższe o 9,3% w stosunku do planu pierwotnego na rok 2026 i będą opiewały na kwotę 219 969 929 tys. zł, z czego w centrali NFZ kwota 62 286 675 tys. zł, czyli 28,3% ogółu kosztów i 157 683 254 tys. zł w oddziałach wojewódzkich NFZ.

W części dotyczącej centrali NFZ znajdują się pozycje, które są ustawowo przewidziane do centralnego finansowania w związku z art. 118 ustawy o świadczeniach, między innymi: środki na finansowanie ryczałtu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczenia opieki zdrowotnej; świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia w zakresie chorób rzadkich produktami leczniczymi terapii zaawansowanej podawanymi jednorazowo w leczeniu szpitalnym; technologie lekowe o wysokiej wartości klinicznej; technologie lekowe o wysokim poziomie innowacyjności; ratunkowy dostęp do technologii lekowych; świadczenia wyspecjalistyczne; świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w centrach zdrowia psychicznego; lecznictwo uzdrowiskowe; świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia związane z diagnostyką genetyczną; koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego; świadczenia opieki zdrowotnej udzielane poza granicami kraju; wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w zakresie dofinansowania programów polityki zdrowotnej określonych w art. 28 ust. 1 pkt 2 ustawy o funduszu medycznym; programy pilotażowe; świadczenia udzielane za pośrednictwem systemu teleinformatycznego.

Podział pozostałych środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ został dokonany zgodnie z algorytmem podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ, określony w art. 118 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyjątkiem zadań, które zostały przeznaczone do sfinansowania ze środków centrali, a także zadania, o którym mowa w art. 31 ust. 1 ustawy o funduszu medycznym, zadania, o którym mowa w art. 32 ust. 1 ustawy o funduszu medycznym oraz zadania, o którym mowa w art. 33 ust. 1 ustawy o funduszu medycznym. I są to wspomniane już przeze mnie badania diagnostyki genetycznej, nadwykonania świadczeń dla dzieci do lat 18 oraz technologie lekowe o wysokiej wartości klinicznej i technologie lekowe o wysokim poziomie innowacyjności.

Alokacja środków na poszczególne zakresy świadczeń została przedstawiona Wysokiej Komisji, nie będą odcyfrowywał tych wszystkich liczb. Podział środków w tym momencie został członkom Wysokiej Komisji przedstawiony wraz z projektem planu finansowego na rok 2027.

Myślę, pani przewodnicząca, to tyle bardzo skrótowej i skondensowanej informacji, oczywiście będę próbował odpowiedzieć na pytania państwa posłów, jeżeli takie się pojawiają. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję za te ważne informacje, panie prezesie.

Otwieram dyskusję. Bardzo proszę o zgłaszanie się do pytań. Nie widzę. Dobrze. To ze strony parlamentarzystów... Proszę o zgłoszenie się do pytań i zamykam listę. Proszę chwilkę przytrzymać rękę. Poseł Hoc był pierwszy. Pan poseł Hoc, bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Niestety nie będę mógł powiedzieć wiele dobrego o planie finansowym NFZ na rok 2027, jeśli eksperci już na początku obliczają, że będzie około 20 000 000 tys. zł dziury w NFZ, to możemy powiedzieć, że jest to budżet albo plan finansowy katastrofalny dla NFZ, dlatego że to się przełoży na to, że albo będzie zagrożone poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli, albo będzie to kosztem zdrowia, albo nawet czasami nieudzielenia pomocy adekwatnej czy natychmiastowej w aspektach zagrożenia życia.

Co jest bardzo znamienne? Znamienne jest to, że praktycznie daliście zaproszenie prywatnym podmiotom medycznym. To jest bardzo niebezpieczne i powiedziałbym, bardzo specyficzne, dlatego że cały czas niby się cofacie albo cały czas zaprzeczacie, że zapraszacie podmioty prywatne, natomiast tutaj wyraźnie w planie finansowym NFZ zrobiliście taką ścieżkę i taki układ, że wręcz wypychacie pacjentów do prywatnych podmiotów medycznych.

Oczywiście fakty. Fakty polegają na tym, że wszystkie praktycznie działy finansowe zostały troszeczkę zwiększone, aczkolwiek nie na tyle, w jakim stopniu byśmy sobie życzyli, ale jeden rozdział, jedna kwestia, a mianowicie ambulatoryjna opieka specjalistyczna, została zmniejszona, co prawda o 0,5%, to jest o 90 000 tys. zł, ale było poprzednio 17 400 000 tys. zł, teraz jest 17 300 000 tys. zł, czyli zmniejszyliście. Co to oznacza w praktyce? To oznacza, że zmniejszyliście finansowanie dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czyli kierujecie pacjentów albo do szpitali, albo do prywatnych podmiotów. Nie możecie za bardzo kierować do szpitali, dlatego że szpitale już praktycznie tracą płynność finansową albo są już zagrożone brakiem płynności finansowej, czyli kierujecie cały strumień pacjentów do prywatnych podmiotów medycznych. I to jest bardzo niedobre, bardzo znamienne dla was i to nie wyprzecie się tego, dlatego że to jest fakt.

Dalej, niewykonania – tutaj robicie wręcz rewoltę bardzo przykrą dla szpitali, mianowicie nie sprawozdanie, płatność nie jest kwartalna, tylko płatność roczna. Proszę zwrócić uwagę, szpitale będą świadczyć usługi, będą działać, będą wykonywać wszystkie świadczenia albo te świadczenia, które będą ratować życie i zdrowie, a wy zapłacicie dopiero za rok, jeszcze prawdopodobnie zapłacicie w okrojonym procencie. To jest bardzo niedobra praktyka i bardzo krytycznie to oceniam.

Oceniam też, że kolejki będą większe, bo już w trzecim kwartale 2025 r. w kolejce oczekiwało 777 tys. pacjentów. To jest więcej o ponad 14% niż w tym samym kwartale w poprzednim 2024 r., czyli rosną kolejki, a mimo to kierujecie strumień pacjentów do prywatnych podmiotów. Oczywiście zwiększyliście, daliście tak zwaną kroplówkę 36 000 000 tys. zł z budżetu państwa, ale to nie jest kroplówka, to nie są pieniądze po to, żebyśmy poprawili jakość i dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, tylko daliście kroplówkę, by ratować płynność finansową NFZ. A i tak będzie brakować około 20 000 000 tys. zł.

Mało tego, robicie plan finansowy do roku 2026, gdzie już wiemy, że jest dziura 16 000 000 tys. zł, czyli robicie plan finansowy do 2026 r., a nie robicie do realnych kosztów, które będzie ponosić budżet NFZ za 2027. Już wiecie o tym, że będzie dziura budżetowa, wiecie, że budżet będzie niewydolny, to się przełoży na zagrożenie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Dalej, oczywiście wiem, że Komisja Finansów Publicznych zatwierdziła, zgodziła się na plan finansowy, ale nie wiemy cały czas, czy minister finansów wzorem lat poprzednich też nie zatwierdzi planu finansowego, bo prawdopodobnie nie może go zatwierdzić, dlatego że od razu wiadomo, że ten plan finansowy jest źle skrojony i praktycznie musi być dziura.

Co jeszcze bardzo istotne? Upomnę się, panie prezesie i nie będę już wygłaszał tak zwanych strzelistych aktów, ale upomnę się znowu o wynagrodzenia dla pracowników NFZ, dla wszystkich pracowników NFZ. Koszty administracji wynoszą co prawda 0,78%, a koszty wynagrodzenia 44,4%, natomiast pomniejszyliście wynagrodzenie nawet w porównaniu z poprzednim rokiem co prawda o prawie 2%, ale pomniejszyliście wynagrodzenie, co jest niesprawiedliwe i nieuczciwe, dlatego że zwiększyliście zadania, zwiększyliście funkcjonowanie i obarczyliście pracowników

NFZ większą pracą, a mimo to zmniejszyliście wynagrodzenie. Jeszcze przestrzegam przed tym, żeby pan prezes nie mówił, jaka jest średnia wynagrodzenia, bo wiadomo, że kadra kierownicza ma o wiele większe wynagrodzenie niż pracownicy.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękujemy, panie pośle.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Jeszcze tylko podsumuję – jestem bardzo zaniepokojony i bardzo mi przykro, że ten budżet i plan finansowy jest ukłonem w stronę prywatnych podmiotów medycznych i praktycznie uprzywilejowanie prywatny sektor, natomiast nie dbacie o poczucie bezpieczeństwa.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Teraz posłanka Leniart.

Poseł Ewa Leniart (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, Wysoka Komisjo, chciałabym zwrócić uwagę na pewną praktykę, która przy sporządzaniu planu rokrocznie obowiązuje i w założeniu też powoduje wiadomy deficyt. Wprawdzie jest narracja mówiąca o tym, że 7% PKB jest przeznaczane na ochronę zdrowia, ale trzeba jasno powiedzieć, że jest to ustalane na podstawie danych z roku 2025, a więc wiadomo, że tak naprawdę tę nadwyżkę zżera inflacja medyczna, ceny energii czy też po prostu leków.

Również bardzo niepokoi podział środków na wojewódzkie oddziały NFZ, dlatego że on nie uwzględnia zmieniających się realiów demograficznych w poszczególnych oddziałach. Są oczywiście takie województwa, w których przybywa seniorów i wtedy koszty leczenia się zwiększają diametralnie, czego niestety w żadnym wypadku nie uwzględnia podział na oddziały za ostatnie lata.

Kolejna kwestia – ponieważ szpitale realizują procedury, które ratują życie ponad plan, a czekają wiele miesięcy na realizację zwrotów za tak zwane nadwykonania, to tak naprawdę powoduje systematyczne zadłużanie placówek szpitalnych. Na tę trudną sytuację finansową dodatkowo wpływają opóźnienia związane ze zwrotem pieniędzy za programy lekowe, z czym mamy do czynienia ciągle w przypadku rozliczeń pomiędzy szpitalami a NFZ. Plan na następny rok tego problemu nie usuwa, a wręcz przeciwnie, myślę, że ostatecznie go pogłębi. Efekt będzie taki, że zarządzający szpitalami nie zdecydują się na to, aby do programów lekowych kwalifikować osoby spełniające wymogi, gdyż będą się obawiać, że de facto to spowoduje pogorszenie sytuacji finansowej placówki. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Pan poseł Cieszyński.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, pani minister, panie prezesie, szanowni państwo, pani minister Sobierańska-Grenda na jednej z konferencji obiecała nam odwrócenie piramidy świadczeń, ale ten plan finansowy, który pan prezes tutaj przedstawił, to jest dowód na to, że wszystko w tym ministerstwie stanęło na głowie. Co rośnie? Rośnie koszt leczenia szpitalnego. A co spada? Wydatki na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, czyli to, co mieliście odwracać, jest dokładnie inaczej. Kiedy to zobaczyłem, bardzo się zmartwiłem, bo skąd taka pomyłka. Proszę państwa, wszedłem na stronę ministerstwa, żeby poszukać prawdy, aby walczyć z dezinformacją medyczną. Wszedłem w zakładkę projektu Odwrócona piramida świadczeń. Wiecie państwo, co tam jest w aktualnościach? Ja państwu powiem: wizyta studyjna w Portugalii. Nie wiem, czy był tam pan prezes, bo patrzy pan na mnie takim smutnym wzrokiem, chyba nie zabrali, ale była wizyta w Finlandii, udział w konferencji Future of Health Europe, była też wizyta studyjna w Pleszewskim Centrum Medycznym, wizyta studyjna w Wojskowym Instytucie Medycznym. Same wizyty studyjne, proszę państwa. Dostaliście miliony złotych na projekt „Odwrócona piramida świadczeń”. Jedyne efekty, które widzimy, to są wyjazdy. To chyba nie miało tak wyglądać.

Mam pytanie do pana prezesa: Ile zaskórniaków ma pan prezes w tym przyszłorocznym planie na to, żeby zapłacić za tegoroczne nadwykonania, które chcecie do niego przerzucić? Bo nie wiem, czy wszyscy państwo o tym słyszeli, ale do diagnostyki obrazowej i badań endoskopowych, które państwo przerzucili tam w drugim kwartale, przypomnę, kolejki według

danych NFZ urosły w dwa miesiące o 20%. Czas oczekiwania o 20% dłuższy w dwa miesiące po wprowadzeniu tych zmian.

Teraz są kolejne rzeczy. Są porady specjalistyczne, jest rehabilitacja. Nie wiem, czy słuchają mnie koledzy z Platformy Obywatelskiej, ale dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności są wprowadzane opóźnienia w płaceniu nadwykonań. Nie wiem, czy państwo o tym wiecie. To jest na stronie NFZ, chyba warto się z tym zapoznać i póki jeszcze macie na to czas, to zróbcie z tym coś, żeby oni nie dopuścili do tego.

Pytanie mam do pana prezesa Szulca. Panie prezesie, ile pan w tym planie, w którym nie ma pieniędzy i to wszyscy wiemy, że nie ma, państwo sami o tym mówią, ile w tym planie jest jeszcze zaskórniaków na zapłacenie tego, co przerzucacie z tego roku? Na co wy czekacie?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękujemy, panie pośle.

Teraz posłanka Zawisza.

Posel Marcelina Zawisza (Razem):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Myślę, że w tym samym duchu, w tym samym kierunku, to znaczy zacząć od tego, gdzie skończył pan poseł Cieszyński, ponieważ dzisiaj dostałam od różnych podmiotów, które świadczą usługi rehabilitacyjne, wiele pism z informacją, że po prostu przestaną je świadczyć. Piszą do mnie podmioty, które mają zakontraktowane i mogą rehabilitować 50 osób, a świadczą pomoc rehabilitacyjną dla dokładnie 1012 osób. To jest jeden przykład, który właśnie otworzyłam. W tym momencie ponad 950 pacjentów będą musieli odesłać z kwitkiem ze względu na to, że nie są w stanie kredytować NFZ i nie utrzymają się przez rok. Oni nie mają dodatkowych środków i pani mówi wprost, że na ich miejsce wejdą prywatne fundusze zagraniczne, fundusze inwestycyjne. To będzie sytuacja, w której fundusz zagraniczny będzie realizował te rehabilitacje, a pieniądze z polskiego NFZ będą szły bezpośrednio do funduszu, który, jak państwo doskonale wiedzą, ma powiązania, którymi powinny się zająć co najmniej służby.

Sytuacja jest następująca – fundusze inwestycyjne po prostu będą przejmować świadczenia rehabilitacyjne w Polsce, ponieważ im będzie się to opłacać, ale tylko im. A małe podmioty będą musiały rezygnować ze świadczenia usług rehabilitacyjnych i na tym ucierpi czyjaś mama, czyjś tata, czyjaś babcia, bo oni nie będą mieli rehabilitacji i o tym już wiemy, a to są osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności i to im państwo zabierają te świadczenia, więc żeby państwo mieli pełną jasność.

Chyba wczoraj pani redaktor Ojczyk opisała problem Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 w Bydgoszczy, który potrzebuje 170 000 tys. zł na programy lekowe, dostaje 127 000 tys. zł i tego typu sygnały mamy z całej Polski. To nie jest wyłącznie jeden szpital. My te sygnały dotyczące niekwalifikowania nowych pacjentów do programów lekowych otrzymujemy z różnych miejsc i plan finansowy NFZ na przyszły rok nie poprawi sytuacji, wręcz ją pogorszy, ponieważ dziura wyniesie 20–22 000 000 tys. zł.

Teraz sytuacja jest następująca. 21 listopada 2025 r. Ministerstwo Zdrowia zrezygnowało z regulacji kontraktów lekarskich. Wówczas ministerstwo obwieściło, że tak zwane CAP-y nie będą wprowadzane. Nie wprowadziliście państwo również wtedy ustawy, która pozwoliłaby na to, żeby zebrać informacje i dzisiaj być już na etapie wdrażania, a nie na etapie zbierania informacji. A de facto rykoszetem dostają pacjenci, bo ograniczacie dostępność do diagnostyki, ograniczacie dostępność do świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ograniczacie państwo dostęp do programów lekowych.

Sytuacja jest następująca – we wszystkich tych miejscach pojawia się prywatna opieka zdrowotna, która zaczyna robić na tym niezły biznes, albo korzystając z NFZ, albo biorąc od ludzi pieniądze i mamy już nawet przykłady tego, że można sobie wziąć kredycik na badanie diagnostyczne, jeżeli ktoś nie stać, to może sobie to rozłożyć na raty. To jest naprawdę obraz nędzy i rozpaczy.

To, że posłowie koalicji rządzącej za chwilę przegłosują pozytywną opinię dla planu finansowego NFZ, świadczy tylko o tym, że państwo mają pełną świadomość tego, w jakim katastrofalnym momencie znajduje się system ochrony zdrowia. Nie mają ochoty nic z tym robić, bo gdyby przynajmniej mieli państwo na tyle przyzwoitości, to przegłosowaliby państwo negatywną opinię dla tego planu. No, ale cóż, łubu dubu, rząd musi się jakoś trzymać.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Poseł Kapinos.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, Wysoka Komisjo, jak oszacowano koszty leczenia szpitalnego, skoro sieć szpitali obowiązuje do połowy 2027 r.? Obecna kwalifikacja do sieci szpitali, już druga, covidowa, obowiązuje do połowy 2027 r. Ministerstwo Zdrowia ewidentnie nie ma żadnego pomysłu, co zrobić dalej, oprócz tego, że kilka tygodni temu próbowano po cichu wydłużyć jej obowiązywanie o dwa lata. Na szczęście, dzięki czujności posła Janusza Cieszyńskiego, udało się to zablokować na etapie prac parlamentarnych.

Dodatkowo ministerstwo pracuje nad mapą zabezpieczenia świadczeń i ma ją na dniach publikować, a tymczasem SPZOZ-y zadłużają się co kwartał na kolejne miliardy złotych. W takim razie jakie przyjęto założenia na drugą połowę roku w zakresie kosztów szpitalnictwa? Kiedy ministerstwo w końcu przedstawi jakiś sensowny pomysł na zmianę sieci, inny niż jej proste wydłużanie? Jak NFZ szacuje, że jego ostatnie działania i plan finansowy na rok 2027 wpłyną na wyniki zdrowotne populacji? Czy państwo to liczyście, jak to liczyście i czy oczekujecie państwo poprawy, czy pogorszenia zdrowia populacji w 2027 r. w związku z przedstawionym projektem planu finansowego? Jak zmieni się dostępność do świadczeń, to znaczy o ile miesięcy wydłużą się kolejki, bo w 2025 i 2026 r. obserwujemy wydłużenie się kolejek o kilka następnych miesięcy.

Do mojego biura przychodzi bardzo dużo osób z wielkimi pretensjami, dlaczego są dalsze wydłużania kolejek – na przykład mieli zaplanowaną kolonoskopię za dwa miesiące, okazuje się, że dostają telefon, że będą mieli za rok.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Przewodnicząca Sójka.

Poseł Katarzyna Sójka (PiS):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca, bardzo proszę o głos, bo mam trochę pytań. Jeśli odpowiedź nie zostanie udzielona, to bardzo proszę o odpowiedź na piśmie, bo to niezwykle istotne.

Szanowni państwo, na stronie głównej rządu jest taki zapis dotyczący tego, jak wygląda proces planu finansowego NFZ. Jest napisane, że prezes NFZ po rozpatrzeniu tych opinii sporządza plan finansowy funduszu, przekazuje go wraz z opiniami ministrowi zdrowia, a minister zdrowia w porozumieniu z ministrem finansów zatwierdza plan finansowy NFZ.

Szanowni państwo, jak czujecie się z tym, że już drugi rok z rzędu nie jest zatwierdzony plan NFZ, że bazujemy drugi rok na prowizorium? Czy w tym roku plan finansowy zostanie podpisany zgodnie z obowiązującymi przepisami? To jest pierwsze pytanie.

Szanowni państwo, na stronach 56 i 57 planu finansowego widzimy dramatyczny, wręcz lawinowy wzrost rezerw na zobowiązania z tytułu postępowań sądowych. W 2025 r. wykonanie wynosiło zaledwie 23 000 tys. zł. Plan na rok 2026 zakładał 295 000 tys. zł, a w 2027 r. planujecie państwo zamrozić na ten cel aż 435 000 tys. zł. W dokumencie, który mamy na stołach, przyznajecie państwo wprost, że egzekucji podlegają kwoty za niezapłacone świadczenia ratujące życie i świadczenia wykonywane w stanach nagłego zagrożenia utraty zdrowia. Jako lekarz pytam też wprost, czy oficjalną strategią Ministerstwa Zdrowia i NFZ na rok 2027 jest systemowe niepłacenie dyrektorom szpitali za ratowanie życia pacjentów. Czy planujecie państwo celowo przeciągać płatności za nadwykonania, zmuszając szpitale do walki o swoje przetrwanie w sądach?

Koszty administracyjne Narodowego Funduszu Zdrowia mają wzrosnąć w 2027 r. do ponad 1 840 000 tys. zł. Oznacza to wzrost o ponad 115 000 tys. zł rok do roku. To jest na stronie 51 i 53. Z tego wynagrodzenia w funduszu pochłoną aż 820 000 tys. zł. Jak państwo zamierzacie uzasadnić pacjentom, nie nam, pacjentom, że w dobie szukania oszczędności na leczeniu, w dobie wprowadzania limitów na diagnostykę, NFZ powiększa budżet na własną administrację i biurokrację?

Kolejne pytanie. Na stronie 18 wpisaliście państwo gigantyczną kwotę 35 000 000 tys. zł z tytułu dotacji podmiotowej z budżetu państwa. Jednak w tym dokumencie wprost i uczciwie po raz kolejny napisano, że kwota ta ma jedynie charakter wynikowy, czyli tak naprawdę służy sztucznemu uzupełnieniu środków do ustawowego minimum procentowego PKB, a jej faktyczna wysokość zależy od decyzji, które zostaną podjęte w trakcie prac budżetowych. Czy ten plan finansowy to nie

jest fikcja stworzona tylko po to, by spiąć budżet na tym papierze, który tutaj mamy? Z czego sfinansujecie państwo leczenie, jeśli minister finansów nie prześle tych 35 000 000 tys. zł?

Z wielkim niepokojem czytam na stronie 33, że środki na sfinansowanie kosztów świadczeń w centrach zdrowia psychicznego zostały wyłączone z podziału algorytmem na oddziały wojewódzkie i przeniesione do dyspozycji centrali NFZ w Warszawie. Czy taka centralizacja finansowania nie jest krokiem wstecz w reformie psychiatrii, na której finalizację czekamy? Bo myślę, że zabieracie państwo kompetencje regionom. Czy ręczne sterowanie pieniędzmi na psychiatrię, na te centra zdrowia z poziomu Warszawy nie doprowadzi do opóźnień i destabilizacji istniejących już lokalnych centrach zdrowia psychicznego?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję pani...

Posel Katarzyna Sójka (PiS):

Nie, nie, nie, pani przewodnicząca, ja mam jeszcze kilka pytań. Musimy je wyjaśnić, bo one są niezwykle ważne.

Kolejne moje pytanie. Uderzacie państwo bezpośrednio w pacjentów najbardziej bezbronnych. Zgodnie z tabelą na stronie 21 drastycznie spadają środki z Funduszu Solidarnościowego, które są przeznaczone na finansowanie świadczeń związanych z wydawaniem orzeczeń dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji. Dlaczego szukacie oszczędności kosztem osób niepełnosprawnych, niezdolnych do samodzielnej egzystencji?

Szanowni państwo, wczoraj wyszła nowa lista refundacyjna. Taki prosty przykład, pierwszy z brzegu, bardzo ważne leki floszyny – dapaglifloszyna. Wczoraj państwo spowodowaliście, że oryginalny lek, który kosztuje 150 zł na 100%, zachował wszystkie trzy swoje wskazania refundacyjne: wskazanie w niewydolności serca, wskazanie w cukrzycy, wskazanie w niewydolności nerek. Do tej pory funkcjonował generyk polskiej firmy, który również miał wskazania refundacyjne w tych trzech wskazaniach, natomiast od wczoraj pozostawiliście mu tylko wskazanie w cukrzycy. Ograniczyliście wskazanie w niewydolności serca i niewydolności nerek. Na czym polega zysk, jeżeli oryginał kosztuje 150 zł, a generyk, któremu wczoraj ograniczyliście państwo wskazania refundacyjne, kosztuje o połowę mniej – 75 zł? Gdzie to się spina państwu? Jaka jest idea, że z trzech wskazań dla oryginału dla tańszego o połowę generyku pozostało tylko jedno? Jeżeli są te same dawki, ta sama cząsteczka, ten sam lek, tylko inna firma.

Kolejne moje pytanie, rehabilitacja szpitalna. Szanowni państwo, ostatnio na spotkaniu w powiecie wicedyrektor szpitala w Kaliszu powiedział, że połowa oddziałowych łóżek rehabilitacyjnych jest pustych, bo nie mają kontraktu z NFZ. W szpitalu w Kępnie – pani poseł Pawliczak na pewno ten temat zna dobrze – w szpitalu w Kępnie 40%, na 100 funkcjonujących tylko 40 łóżek jest zakontraktowanych. W nowym szpitalu, na nowych łóżkach, z pełnym personelem, z pełnym wyposażeniem, 60 łóżek po prostu jest niezakontraktowanych i niewykorzystanych.

Teraz moja bardzo poważna uwaga. Szanowni państwo, jestem z południowej Wielkopolski, powiat ostrzeszowski. Mieszkańcy mojego powiatu i powiatu sąsiedniego to są pacjenci z terenów wiejskich. Oni są zdruzgotani, bo właśnie się dowiedzieli, że w Grabowie nad Prosną, gdzie funkcjonuje rehabilitacja, fizjoterapia ambulatoryjna oraz w miejscowości Brzeziny w powiecie kaliskim, właśnie NFZ...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie poseł, bardzo dziękujemy.

Posel Katarzyna Sójka (PiS):

Ale to jest niezwykle istotne. Mieszkańcy nas dzisiaj słuchają, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękujemy.

Posel Katarzyna Sójka (PiS):

Nie został podpisany kontrakt. Zabiera się i centralizuje usługi ambulatoryjnej fizjoterapii i tak naprawdę opiera się to tylko o pewne administracyjne formalności, które uważam, że kompletnie nie mają znaczenia, a tracą pacjenci.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Proszę o zabranie głosu przewodniczącą Tomczak. Prosiłam kilkakrotnie.

Posel Katarzyna Sójka (PiS):

Ale pani przewodnicząca, to są pytania dotyczące tematu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Szanowni państwo, jeśli każdy będzie zadawał pytania o poszczególne...

Posel Katarzyna Sójka (PiS):

Ale nie każdy zadaje...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

...poszczególne szpitale w poszczególnych powiatach, to nie dojdziemy do niczego. Czy możemy przekazać głos kolejnej osobie?

Posel Katarzyna Sójka (PiS):

Proszę o jeszcze dwie minuty.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, to proszę jeszcze dwie minuty.

Posel Katarzyna Sójka (PiS):

Proszę mi nie odbierać tematu. Posłowie z Platformy się nie zgłosili, bo nie mają pytań do tego planu finansowego.

Szanowni państwo, wczoraj uwzględniono pierwszy wariant rekomendacji AOTMiT. Ten wariant mówi o tym, w jaki sposób będzie zagospodarowany wzrost wynagrodzeń, który obowiązuje od wczoraj. Opublikowana dzisiaj rekomendacja oraz przyjęcie tego pierwszego wariantu mówi o tym, że wzrost w ryczałcie będzie na poziomie 0,98%. Ten wzrost jest absolutnie nieadekwatny do kosztów, o czym mówią wszystkie szpitale. Na porody, szanowni państwo, wzrost ceny punktu wynosi 0,08 zł, czyli o 8 gr. Czyli na poród zakończony drogą naturalną ta wycena punktów będzie wynosiła 231,89 zł. Dzisiaj, kiedy są zamykane porodówki – mieliście państwo również w swoich obietnicach wyborczych wsparcie kobiet – nie wspieracie tych porodów.

Dobry posiłek i wynagrodzenie zostaną wrzucone w te procedury, ale szanowni państwo, nikt z państwa się nie zastanawiał, jaki będzie wzrost wartości umów od procedur, które obowiązują w wielu szpitalach, a które są ogromną patologią. Nie regulujecie tego, co się dzieje w ramach umów ze szpitalami, szczególnie umów od procedury, to spowoduje, że pieniądze nie pójdą dla pacjentów, tylko będą jeszcze zwiększać procentowe wynagrodzenia.

Szanowni państwo, ten plan jest nierealny, jest zupełnie fikcyjny. Tak naprawdę jedyne, co jest realne w tym planie finansowym, to przychody zagwarantowane jeszcze w ramach ustawy 7% PKB na zdrowie. Koledzy posłowie, szczególnie z koalicji rządzącej... ja powiem krótko, nie warto swoim głosem na tak firmować tej tragedii, która jest zapisana w tym planie finansowym NFZ, tej tragedii, która będzie dotyczyła wszystkich pacjentów w całej Polsce, praktycznie w każdym obszarze ochrony zdrowia.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Przewodnicząca Tomczak, bardzo proszę.

Posel Wioleta Tomczak (Polska2050):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, panie prezesie, proszę o informację, czy NFZ planuje w 2027 r. rozpoczęcie finansowania od dawna oczekiwanych przez pacjentów chorych na choroby rzadkie, głównie dzieci i ich opiekunów, całogenomowych badań genetycznych, FES i paneli. Podobno badania te zostały już wycenione przez Agencję Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji. Jak podkreśliłam, od dawna są oczekiwane. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję, poseł Piecha. Ostatni poseł Napieralski i strona społeczna.

Bardzo proszę, panie pośle.

Posel Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Od wielu lat biorę udział w coraz większej fikcji, jaką jest opiniowanie planu finansowego NFZ. Tym razem mamy na rok 2027. Nie tak dawno opiniowaliśmy na rok 2005, na rok 2006. Ani jeden z tych planów nie był zatwierdzony przez ministra finansów. W związku z tym nazwanie opinią czegoś, co i tak nie będzie podpisane ani zatwierdzone, jest niestety nieporozumieniem.

Kłania się oczywiście to, co ciąży nad NFZ, a ciąży nad nim akuszer. Ten akuszer nazywał się Łapiński. Ja jestem położnikiem, nie byłem akuszerem, bo byłem przeciwnikiem NFZ, a on go stworzył. Od tego czasu jeszcze Trybunał Konstytucyjny się w to włączył i powiedział, że NFZ ma wiele niekonstytucyjnych przepisów. Z tym porządkiem jedziemy 25 lat. Sądzę, że od dwóch, trzech lat mamy pokłosie tego, że nie są zatwierdzane plany finansowe, które miały świetnie brzmieć i świetnie wyglądać. Tym bardziej nie dziwię się prezesom NFZ, jak oni mają ten plan skonstruować, jeśli nie wiedzą, jak w rozliczeniach będą wyglądały lata 2005–2006. Na pewno nic nie wiedzą – to jest jasne jak słońce. A przecież muszą go rozliczyć.

Przyjmuje się, że brakuje 36 000 000 tys. zł i to zapłaci pan minister Domański, bo tyle obiecał. Czy zapłaci, skąd to weźmie, to jest inna sprawa. Wszyscy fachowcy szacują, że spod małego palca trzeba natychmiast dorzucić 20 000 000 tys. zł, żeby cokolwiek się spinało, przy założeniu, że nie będzie jeszcze ruchów prawnych, które każą pacjentom ustawić się w dłuższej kolejce. Dla mnie w konstrukcji tego funduszu jest to, co jest najtrudniejsze. A najtrudniejsze jest odwrócenie piramidy świadczeń, co w dalszym ciągu albo ciągle się nie udało, jak mówiłem.

Co takiego się stało, że AOS ma mieć mniej, diagnostyka ma mieć mniej, a szpitale mają mieć więcej? Jak wiadomo, postęp w medycynie jest taki, że w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej z wykorzystaniem doskonałych metod diagnostycznych i leczniczych pacjenta leczy się najtaniej, a najdrożej go utrzymać w bazie szpitalnej, która jest potężnym instrumentem z ogromnymi kosztami stałymi, dyżurami lekarskimi, dyżurami pielęgniarzkimi, normami, gdzie trzech lekarzy na łóżko, pięć pielęgniarek na jedno łóżko etc. Oczywiście ja tutaj trochę to przekreślam, więc nic o tym nie wiadomo.

Od nas wymaga się opinii. Z tego, co wiem, Komisja Finansów Publicznych wydała pozytywną opinię. Wystarczy, bo się nie zna na tym. Dlatego się nazywa Komisja Finansów Publicznych. Jeżeli Komisja się na tym zna, to dlaczego mamy w Polsce taki, a nie inny deficyt budżetowy? Ten deficyt budżetowy będzie odtworzony również w deficycie NFZ. A co nam grozi? Wydłużenie kolejek. Nie sądzę, żeby państwo stworzyli jakiś nowy podatek. Nie słyszałem, żeby państwo przymierzali się chociażby do zmiany sposobu naliczania składki czy w ogóle odejścia od składki. System ubezpieczeniowy taki, jaki jest stworzony w NFZ w Polsce, nie sprawdza się i się nie sprawdzi.

Ja kiedyś napisałem taką publikację „Odpowiedzialność państwa za zdrowie Polaków” i wyciągnąłem wnioski ze scenariuszy skandynawskich, gdzie budżet państwa jest za to odpowiedzialny, a nie system składkowy, jak u nas, gdzie mamy dwie normy obywateli. Mamy obywateli ubezpieczonych w ZUS, najlepiej młoci się rencistów i emerytów, bo nie mają, gdzie uciec. Przedsiębiorcy, którzy natychmiast podniosą hałas, niezależnie od tego, czy ta składka będzie większa, czy mniejsza, bo oni są po prostu solą różnych rzeczy. No i mamy ogromną rzeszę ludzi, która jest ubezpieczona w KRUS. Panie prezesie, może coś byście zrobili w KRUS, z tej złotówki, może na 5 zł? Tak, trochę podnieść tę składkę. Tak, odwagi! Jesteście państwem liberalnym. Jakoś nie widzę tej odwagi, a tam jest rezerwa.

Kończąc, sądzę, że nasza opinia przydaje się psu na budę, bo i tak wiemy, że te dane, które nam dzisiaj podaje NFZ na podstawie planu, fajnie wyglądają na papierze, gorzej będą wyglądać w części zatwierdzenia, a ich wartość przełoży się tylko na wydłużenie kolejek i czasu oczekiwania przez pacjentów. W związku z tym kto przywita część pacjentów? Lecznictwo prywatne zawsze ich przywita, tym bardziej że nawet Medicover skorzystał z oferty KPO i wybudowano mu nową linię hemodynamiki stosowaną w zawale mięśnia sercowego. Tyle tylko, że pieniądze, które są z KPO i z budżetu, przeszły do prywatnego przedsiębiorcy, który nigdy nie powinien dostać kontraktu z NFZ, bo niby dlaczego. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Przewodnicząca Wicha prosiła jeszcze o jedno zdanie, pani poseł. Pan poseł Napieralski.

Poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Ten budżet oczywiście ma wiele luk, ale widzę, że jednak najgorzej będzie wyglądało finansowanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. To oznacza, że będzie trudniej dostać się niestety do specjalisty. Pieniądze na AOS-y są zmniejszone w budżecie o 0,5%, co oznacza 90 000 tys. zł. Chciałabym zapytać, jak to się ma do głoszonego przez Ministerstwo Zdrowia pomysłu na przeniesienie części opieki szpitalnej do opieki

ambulatoryjnej, bo jak się przyglądam temu zmniejszeniu finansowania opieki ambulatoryjnej, to nie bardzo widzę to przeniesienie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Poseł Napieralski.

Poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Przysłuchuję się tej bardzo ważnej dyskusji na temat systemu ochrony zdrowia i jedna rzecz, która przychodzi mi do głowy, to apel do moich koleżanek i kolegów z Koalicji Obywatelskiej, może z całej koalicji rządzącej, że w polityce hipokryzji i kłamstwa trzeba się uczyć od PiS. Naprawdę. Najwięcej zamkniętych oddziałów było za PiS, a dzisiaj rozdzieracie szaty, że ktoś zamyka porodówkę. Zamykaliście setki oddziałów rocznie, setki.

Głos z sali:

Tysiące, tysiące.

Poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Ale to są dane. Jak policzymy wasze lata, to będą tysiące, panie pośle. A dzisiaj rozdzieracie szaty, że jest tak źle. To jest wasza wina. Mówicie, że zadłużony jest NFZ, to przecież wasza wina, nie nasza. Tak szastaliście pieniędzmi, tak wydawaliście, że do dzisiaj nie możemy poskładać tej dziury budżetowej, bo taka jest prawda. A wy dzisiaj patrzycie nam prosto w oczy i kłamiecie, ale nam to pół biedy. Patrzycie Polkom i Polakom w oczy i kłamiecie tylko po to, żeby zdobywać punkty. Mówicie, że wypychamy ludzi do prywatnego systemu ochrony zdrowia. Już nie będę się nad wami znęcał, dam tylko jeden przykład: ponad 70 000 tys. zł dla brata Szumowskiego, dla prywatnej firmy. Miliony z budżetu państwa dla prywatnej firmy brata ministra.

Głos z sali:

Przecież to wy dalsicie...

Poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Przepraszam bardzo, to było za waszych rządów. Przestańcie już gadać. Przestańcie być hipokrytami. Dalsicie mu kasę i wszystko jest OK. A co więcej, jeszcze ówczesny minister Szumowski powiedział do mediów, że on nie widzi w tym nic złego. No nie, nic złego. 74 000 tys. zł dostał czy 75 000 tys. zł, nic złego. Kumpel kumplowi, brat bratu. Przestań, naprawdę. Jesteście absolutnymi hipokrytami, po prostu...

Głos z sali:

To jest kłamstwo. Kłamstwo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę, proszę dać dokończyć posłowi Napieralskiemu.

Poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Ja słuchałem waszych kłamstw i hipokryzji, nie przerywałem. Wysłuchałem do końca, chciałem się po prostu do tego odnieść.

Wiecie, gdzie pieniądze wyleciały w powietrze za waszych rządów? Na przykład na maseczki. Kupiliście maseczki i nie mogliśmy ich używać. Taka jest prawda. Minister w Hiszpanii za taki numer dostał 24 lata więzienia, a wy awansujecie takich ludzi. Przypominam kolejną rzecz, to było też za waszych rządów. Najważniejszy Instytut Psychiatrii i Neurologii, tu w Warszawie, musiał brać pożyczki w parabankach, bo go nie było stać na to, żeby utrzymać bieżącą działalność. Uwaga, w parabankach. Nie w bankach, w parabankach. Za waszych rządów. Tak to wyglądało...

Głos z sali:

Szpital Południowy.

Poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Ja mówię o szpitalu psychiatrycznym. Widzicie, tak to wyglądało za waszych rządów. Rozwaliliście ten system...

Wiecie, w Szpitalu Południowym... Słuchajcie, à propos Szpitala Południowego, standardy są takie, że my wyrzuciliśmy faceta... Posłuchajcie, to ja wam opowiem, jakie są standardy.

Ja wiem, że was to boli, ja to rozumiem. My wyrzuciliśmy faceta, wyrzuciliśmy dyrekcję, wyrzuciliśmy radę nadzorczą, ale wy tego nie zrobiliście. Ale dobra, zostawmy to.

Macie kolegę, zwykłego posła Jarosława Kaczyńskiego. Zadajcie mu pytanie, czy on stał w kolejce ze skierowaniem, jak miliony Polek i Polaków. Czy on był przyjęty poza kolejką? Zapytajcie go, czy te kule, które mu odwożono, to jest taki standard za waszych czasów w szpitalach, czy też ten standard był tylko dla Jarosława Kaczyńskiego. Zapytajcie go.

Słuchajcie, ja wiem, ale zobaczcie, jak prawda boli. Widzicie, jak was to boli? Te oddziały, te kradzieże pieniędzy, te dotacje dla kumpli. Jak was to boli, moi drodzy. Ja rozumiem, ale nie zakrzyczycie prawdy. Nie zakrzyczycie prawdy. Jedna rzecz, którą dzisiaj trzeba powiedzieć: my naprawiamy wasz bałagan i wasze złodziejstwo. Taka jest prawda. Dzisiaj po prostu pokazaliście jedno – jesteście hipokrytami na najwyższym poziomie, ale ludzie to zobaczą. Prędzej czy później to zobaczą.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję, panie pośle.

Teraz strona społeczna, bardzo proszę.

Przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Gospodarczego Wojciech Wiśniewski:

Dzień dobry państwu, Wojciech Wiśniewski, Polskie Towarzystwo Gospodarcze.

Nie ukrywam, że jest to chyba jeden z mniej fortunnych momentów na zabranie głosu w trakcie moich kilkuletnich doświadczeń obecności na Komisji, ale takie są okoliczności.

W ostatnim czasie opiniowanie projektu planu finansowego NFZ na sejmowej Komisji Zdrowia jest zwyczajową okazją do chłostania Narodowego Funduszu Zdrowia i mówienia, kto jest za to winny. To możemy sobie powiedzieć, jak do tego doszło, chociaż pewnie przyjaciół mi to nie przysporzy. Mianowicie, jeżeli chodzi o to, w jakiej sytuacji finansowej jest teraz NFZ, to dwa, dwa i pół roku temu wystarczył kalkulator i zdolność matematyki na poziomie klasy piątej szkoły podstawowej. Wynika to po prostu z inflacji w sektorze. Narodowy Fundusz Zdrowia nie wymyślił sobie tych obowiązków. To jeszcze bardziej mi przyjaciół, szczególnie tutaj, nie przysporzy. Wynika to z obowiązków, które nałożył parlament bez źródła finansowania, w szczególności ustawa o sposobie ustalenia najniższego wynagrodzenia zasadniczego, jeszcze bardziej decyzje kolejnych ministrów o tym, jak ją wdrażać. Ponadto takie programy leków wydawanych nieodpłatnie i kilka innych. Plus, żyliśmy ponad stan.

Najogólniej rzecz ujmując, wydaje się, że faktycznie brakuje według moich wyliczeń około 22 000 000 tys. zł, żeby przyszedł rok się spaść, plus wszystko to, co nie zmieści się w przyszłorocznym planie. Tylko że to wynika z tego, czego fundusz sam sobie nie wymyślił. Nie ukrywam, że dotarłem do korespondencji między ministrem zdrowia, prezesem NFZ, ministrem finansów, co do tego – bo pani poseł poruszała kwestię wynikowego charakteru dotacji. Mieliśmy tyle szczęścia, że początkowo ta wartość dotacji była planowana na 26 000 000 tys. zł, ale obwieszczenie prezesa GUS przekroczyło szacunki i stąd te 35 000 000 tys. zł.

Natomiast zwróć państwa uwagę, że o ile możemy mieć jakieś emocje związane z opiniowaniem tegorocznego planu, to wyjdźmy trochę w przyszłość. Przyszły rok jest ostatnim rokiem, kiedy rośnie odsetek PKB z art. 131c ustawy o świadczeniach. Na podstawie tego przepisu oraz wieloletnich ram finansowych państwa można wyznaczyć, jak będzie wyglądała ta dynamika nakładów na zdrowie aż do 2031 r. To jest bardzo prosta matematyka, zajęło mi to jakieś pięć i pół minuty. Dynamika nakładów, która w ostatnich latach była na poziomie od 10 do 12%, od przyszłego roku będzie wynosiła 6%, a w 2030 r. osiągnie poziom około 4,5%. Nie zrobiono nic, aby zdusić inflację, która doprowadziła do tej sytuacji. Ja nie mam pytań do NFZ, za to mam do ministra zdrowia, bo wiem, że na sejmowej Komisji Finansów Publicznych padały też te pytania, ale musiałem się wyłączyć, więc nie słyszałem odpowiedzi.

Jakie działania chce podjąć minister zdrowia, aby zdusić tę inflację? Kiedy będzie zaprezentowany projekt nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego przy jednoczesnym ograniczaniu wynagrodzeń kontraktowych? Czy zostanie dokonana rewizja programu leków wydawanych nieodpłatnie? Bo jest to wiedza, która najpewniej w przyszłym tygodniu się pokaże. Wydajemy 55% więcej na program leków wydawanych nieodpłatnie, finansując 4% mniej opakowań. To jest definicja zrzucania pieniędzy z helikoptera. Kiedy dojdzie do rewizji w dół niektórych taryf? Dlatego, że niektórzy świadczeniodawcy w raportach dla domów maklerskich mówią o rentownościach w granicach 40%. Więc pytanie, jakie minister zdrowia zamierza podjąć działania oszczędnościowe? Ja wiem, że one nie są popularne, i wiem, że pewnie na tej sali też będą prowadzić do dużych emocji, ale jechać tak, jak do tej pory, nie damy rady.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Dwa pytania ze strony społecznej. Oczywiście proszę się przedstawić i zabrać głos, i potem pan z końca.

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Krystyna Ptok:

Dzień dobry, Krystyna Ptok, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, przewodnicząca.

Ja tu chcę zaoponować, że wina leży w ustawie o najniższych wynagrodzeniach – winna jest ustawa o zakresie finansowania NFZ. To jest składowa różnych przyczyn. Zgadzam się z panem posłem Piechą, że przede wszystkim rolę tu gra strona przychodowa NFZ i składka, którą powinniśmy wszyscy płacić solidarnie do tego funduszu. Natomiast gdybyśmy wszyscy byli zatrudnieni na umowę o pracę, to nie byłoby kominów płacowych. Jako organizacja związkowa zrzeszona w zespole trójstronnym mówimy o nałożeniu ograniczeń w zakresie umów cywilnoprawnych.

Ja nie o tym, bo skoro troską wszystkich osób siedzących tu na sali, pracowników ochrony zdrowia, powinny być finanse NFZ, to mam pytanie do prezesa Szulca. W 2024 r. został powołany przez Ministerstwo Zdrowia zespół do spraw zmian systemowych i ten zespół bardzo szybko zakończył swoją pracę też w 2024 r. 16 października 2025 r., minister zdrowia zamknął pracę zespołu. Z tego, co wiem, efektem tych prac była zmiana ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych i zmiany w systemie podstawowego zabezpieczenia. Czy znamy skalę oszczędności wynikających z prac tego zespołu?

W Niemczech został powołany analogiczny zespół przy ministrze zdrowia i ten zespół wypracował 60 rozwiązań, które pozwoliły na efektywne wykorzystanie składek. Czy nie moglibyśmy przejrzeć efektów pracy tamtego zespołu przy tamtym ministrze, bo podobno poprawiło się finansowanie ochrony zdrowia i było to dosyć efektywne. Wracam do pierwszego pytania: Jakie my uzyskaliśmy efekty finansowe z tego tytułu? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Ostatnia osoba. Bardzo proszę o przedstawienie się i zabranie głosu.

Wiceprezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów Arkadiusz Ujma:

Dzień dobry, Arkadiusz Ujma, Krajowa Izba Fizjoterapeutów.

Ja króciutko z pytaniami, ale potem jeszcze chciałem powiedzieć parę słów. Pierwsze pytanie: Jaki procent środków jest przeznaczonych na fizjoterapię? Czy w tym procencie uwzględniona jest inflacja, koszty podwyżek, ewentualnie koszty energii, czy jakieś koszty operacyjne? Czy NFZ będzie rekomendował usługi fizjoterapeutyczne finansowane przez ewentualnie fundusz medyczny i w jakich zakresach?

Szanowni państwo posłowie mówili, że mają informacje od pacjentów, od ośrodków zdrowia. My również mamy takie informacje, że ośrodki zdrowia boją się, że zostaną pozamykane, że nie będą w stanie prowadzić działalności, że jeżeli nie będą w stanie skredytować swoje usługi, wówczas zostaniemy bez pomocy fizjoterapeutycznej. Chciałem podkreślić, że to są procesy, które są dość niskokosztowe. Dzięki naszej pracy bardzo często pacjenci szybciej wychodzą ze szpitali, gdzie oczywiście ten koszt pobytu w szpitalu jest zdecydowanie dłuższy. Pacjenci dużo szybciej wracają do pracy, jeżeli jest taka możliwość.

Trochę nas dziwi sytuacja, w której stale musimy walczyć o kilka procent, bo te procenty przeznaczone na fizjoterapię i w tamtym roku, i prawdopodobnie w tym będą również nie za duże. Proszę zrozumieć, że usługi fizjoterapeutyczne czy w ogóle fizjoterapia pozwoli nam, czy pozwoli systemowi zaoszczędzić mnóstwo pieniędzy. Inwestycja jednej złotówki w fizjoterapię będzie przynosiła dużo większe korzyści bardzo wielu osobom. My mamy to policzone, na zwolnieniach lekarskich z powodu chorób i zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego pacjenci przebywali około 42 000 tys. dni. To są ogromne ilości pieniędzy, które musimy płacić ludziom na zwolnieniach, a dostęp do szybkiej fizjoterapii prawdopodobnie skróciłby czas przebywania na zwolnieniach. Większość tych zwolnień to są zwolnienia wynikające z bólu kręgosłupa, z przewlekłego bólu kręgosłupa również w ostrych stanach. Tak że bardzo proszę o zwrócenie uwagi i niemarginalizowanie tej części medycyny.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Teraz poproszę o udzielenie odpowiedzi pana prezesa oraz o stanowisko rządu, pana ministra, do przedstawionego planu.

Wiceprezes NFZ Jakub Szulc:

Dziękuję, pani przewodnicząca. To ja może zacznę od pytań, które można szybko skwantyfikować i w sposób prosty liczbowo odpowiedzieć. Na pytanie pana Ujmy na temat odsetka środków przeznaczonych na rehabilitację leczniczą w projekcie planu finansowego na rok 2027 – to jest 3,36% wszystkich środków, które są w planie i oznacza to zwiększenie finansowania rehabilitacji leczniczej z poziomu 7 681 000 tys. zł do 8 047 000 tys. zł w projekcie planu na rok 2027. Oczywiście z jednej strony ten odsetek jest odsetkiem niewielkim, natomiast też mamy jedną zasadniczą cechę planu finansowego NFZ – otóż wszystkie pozycje, zarówno przychodowe, jak i kosztowe, muszą się sumować do 100%, a nie do 120% czy 130%. To jest niestety kłopot, z którym się ciągle spotykamy i oczywiście często o nim dyskutujemy. Kłopot polega też na tym, o czym wspominała pani posłanka Zawisza, mówiąc o rehabilitacji leczniczej i o świadczeniodawcy, który ma zaopiekuje 50 pacjentów, a leczy ponad 1000 pacjentów. To znaczy, gdzie świadczenia, które są świadczeniami nielimitowanymi, one muszą być zrealizowane przez NFZ.

Poseł Marcelina Zawisza (Razem):

Ale to znaczy, że ci ludzie nie będą mieli rehabilitacji?

Wiceprezes NFZ Jakub Szulc:

A skoro muszą być zapłacone, to jest dokładnie ta pula środków, która może zmniejszać dostęp dla osób, które są na przykład po urazach, udarach i które faktycznie wymagają bardzo szybkiej i bardzo pilnej rehabilitacji. Ja myślę, że każda sytuacja, w której dla kogoś świadczenie opóźnia się z tytułu tego, że nie ma środków, jest bez dwóch zdań sytuacją, którą należy oglądać i podejmować decyzje. Natomiast funkcjonujemy w dalszym ciągu, niezależnie od wszystkiego, w sytuacji, w której mamy określone środki, które jesteśmy w stanie zadysponować.

Natomiast pani posłanka Sójka pytała o kwestie związane na przykład ze spadkiem finansowania z Funduszu Solidarnościowego. No to ja chciałem tylko uprzejmie poinformować, że wypłaty z Funduszu Solidarnościowego, które są przewidziane na rok 2027 w kwocie 10 000 tys. zł, wykonanie w roku 2025 to było 10 798 tys. zł, a więc ta kwota nie jest aż tak drastycznie różna i ten spadek nie jest tak wielki. Przy czym to finansowanie jest z Funduszu Solidarnościowego do NFZ, a nie odwrotnie. Co więcej, tutaj mamy sytuację taką, że są to środki, które są wprost pochodną środków, które wypłaca ZUS. To jest odsetek, jeżeli ja sobie dobrze przypominam przepisy ustawowe, to jest 0,5% środków, które są przeznaczone przez ZUS na świadczenia uzupełniające. Stąd taka, a nie inna pozycja w planie.

Pani posłanka pytała również, czy centralizacja środków na centra zdrowia psychicznego w planie finansowym 2027 w centrali NFZ, a nie w oddziałach wojewódzkich NFZ, nie przyniesie szkody w związku z finansowaniem czy zaopatrzeniem pacjentów. Otóż informuję, że centra zdrowia psychicznego w roku 2026, w latach 2025, 2024, 2023, 2022 i wcześniej są finansowane z centrali NFZ, nie z planów oddziałów wojewódzkich NFZ. To, co się zmienia, to zmienia się to, że z końcem 2027 r., bodajże po 9 latach, mamy zamiar wygaszyć program pilotażowy i przejść na rozwiązanie koszykowe, ale w dalszym ciągu, tak jak dotychczas, utrzymać finansowanie centrów zdrowia psychicznego ze środków centrali NFZ, tak jak to było finansowane do tej pory. Tutaj nie ma żadnej zmiany w stosunku do tego, z czym dotychczas mamy do czynienia.

Jeśli chodzi o rekomendacje, to, o czym pani przewodnicząca wspominała, to zdaje się, jest wzrost wolumenu świadczeń, a nie ceny za świadczenia. Dlatego, że cena za punkt w leczeniu szpitalnym, o ile sobie dobrze przypominam rekomendacje, wzrasta o 8 gr na punkcie. A samo finansowanie ryczałtu w skali rocznej spowoduje podniesienie środków o 2 000 000 tys. zł.

Tutaj dochodzimy do pytań, które stawiał między innymi pan minister Piecha, mianowicie wzrost środków na leczenie szpitalne a delikatny, ale spadek na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Tu niestety jesteśmy zakładnikami rozwiązań, które są rozwiązaniami ustawowymi i które w taki, a nie inny sposób definiują zarówno środki, jakie musimy przeznaczać na leczenie szpitalne w związku z ryczałtem zabezpieczenia podstawowej sieci zabezpieczenia szpitalnego, którego zasady są opisane w ustawie o świadczeniach, jak i rekomendacji w związku z realizacją ustawy podwyżkowej.

To, o czym mówił pan poseł Kapinos, że była podjęta próba zmiany terminu kwalifikacji do sieci, ale dzięki działaniom innego posła ona, na szczęście, spełzła na niczym. To znaczy tylko, że kłopot, proszę Wysokiej Komisji, jest dokładnie taki, że jeżeli nic nie zmieni się z zasadami kwalifikacji do sieci, to będziemy mieli zabetonowaną tę sieć na kolejne 4 lata, dokładnie w takim wymiarze, jaki mamy dzisiaj. Bo zasady kwalifikacji do sieci są przecież zasadami stricte formalno-administracyjnymi. To znaczy, jeżeli udzielałem świadczeń na NFZ przez ostatnie 2 lata, jeżeli spełniam kryteria w zakresie personelu, który mam zatrudniony, i kryteria w zakresie sprzętu, który mam do udzielania świadczenia, to kwalifikuję się niejako z automatu do sieci na kolejny okres. Czy przesunięcie o 2 lata takiego rozwiązania jest gorszym rozwiązaniem niż zaoptowanie tych samych podmiotów na kolejny okres czteroletni – to jest oczywiście do dyskusji i można w różny sposób dyskutować na tę okoliczność. Niemniej rzeczywistość jest taka, że wydatki na lecnictwo szpitalne wzrastają niejako automatycznie, to powodem jest konstrukcja sieci zabezpieczenia szpitalnego, dzięki której mamy w Polsce 586 szpitali, które są szpitalami sieciowymi i co do których mamy automatyzm wzrostu nakładów, chociażby w takim przypadku, jak w przypadku rekomendacji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Natomiast nominalna kwota i nominalne zmniejszenie nakładów w pozycji ambulatoryjna opieka specjalistyczna w żaden sposób nie zmienia tego, że są to w dalszym ciągu świadczenia nielimitowane. Musimy pamiętać o jednej rzeczy, która jest tutaj w moim przekonaniu szalenie istotna, to znaczy, ponieważ świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej są świadczeniami nielimitowanymi od 2021 r., można by się było spodziewać, że od 2021 r. kolejka do specjalisty będzie się skracać, liczba wykonywanych świadczeń będzie bardzo szybko rosła, natomiast czas oczekiwania na świadczenia będzie sukcesywnie się skracał. Przez 5 lat nie stało się nic takiego, poza pierwszym rokiem po wprowadzeniu nielimitowości do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czyli poza 2021 r. i następującym po nim 2022, gdzie zaobserwowaliśmy spadek zarówno liczby osób, które są zapisane w kolejkach, jak i samej długości kolejek. To nie było spowodowane zmianą finansowania, tylko tym, że skończył się COVID i pacjenci zaczęli korzystać albo móc korzystać z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Poza tym jednym okresem mamy do czynienia ze stałym, być może niezbyt długim – nie tak jakby chciała część z państwa posłów o miesiące, ale o kilka dni rok do roku – wzrostem czasu oczekiwania, jak i wzrostem liczby oczekujących.

Sytuacja finansowa i finansowanie tych świadczeń w ciągu ostatnich 5 lat się nie zmieniło, a mimo to, proszę Wysokiej Komisji, sukcesywnie przyrasta nam zarówno liczba oczekujących, jak i czas oczekiwania na świadczenia, co wskazuje, że problemem jest nie tyle sposób finansowania, ile organizacja świadczeń i że nielimitowe finansowanie tych świadczeń nie przyniosło absolutnie pożądanego efektu. Zwracam uwagę członków Wysokiej Komisji na to, że faktycznie pewną zmianę, być może niewielką, ale już zauważalną, odnotowaliśmy dopiero wtedy, kiedy od trzeciego kwartału ubiegłego roku wprowadziliśmy rozwiązanie polegające na tym, że premiujemy czy też nie karzemy tych świadczeniodawców, którzy przyjmują co najmniej określony odsetek pacjentów pierwszorazowych w danym okresie sprawozdawczym. Wtedy dopiero okazało się, że pacjentów pierwszorazowych można zaopatrywać i można przyjmować. Problemem w dużej mierze jest generowanie świadczeń, czasami, nie mówię, że zawsze, ale czasami bez związku ze stanem klinicznym pacjenta czy potrzebą medyczną, która mogłaby być spokojnie zaopatrzona w wielu przypadkach przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a niekoniecznie przez lekarza specjalistę.

Odnosnie do finansowania sektora prywatnego czy sektora publicznego. Proszę Wysokiej Komisji, w dalszym ciągu mamy sytuację taką, tutaj też nic się nie zmienia w strukturze świadczeniodawców. Co prawda NFZ nie jest od badania struktury świadczeniodawców, ale ja staram się osobiście tę sytuację śledzić. 95% świadczeniodawców w podstawowej opiece zdrowotnej to świadczeniodawcy prywatni. 70% świadczeniodawców w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej to świadczeniodawcy prywatni. To znaczy, domena publiczna i dominacja publiczna sektora publicznego jest wyraźnie widoczna w lecnictwie szpitalnym. Natomiast jeśli chodzi o pozostałe zakresy świadczeń, w tym również rehabilitację, ona także jest domeną w dużej mierze świadczeniodawców prywatnych. Z perspektywy NFZ wolałbym oczywiście, żeby regulacja z ustawy nakładowej odnosiła się do roku bieżącego, jeśli chodzi o PKB, a nie do T-2. To tak samo, jak mamy przewidziane ustawą, konkretnie art. 118 i następnych artykułów, zasady konstrukcji planu finansowego.

Odnosząc się do tego, o co pytała pani posłanka Leniart – podział środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ jest strictly demograficzny. Mam już nie rozwijać, tak? Rozumiem. To bardzo króciutko. W oddziałach wojewódzkich środki są udzielane strictly według demografii. Środki przeznaczone na programy lekowe – pani posłanka zwracała na to uwagę, że tych środków jest za mało – w roku 2025 w programach lekowych plan finansowy opiewał na kwotę 13 600 000 tys. zł, w roku 2000 wykonanie wyniosło 12 900 000 zł, w roku 2026 w planie jest 14 460 000 tys. zł. Środki zaplanowane na rok 2027 to jest 15 677 000 tys. zł, a więc środki wzrastają rok do roku z dynamiką bardzo porównywalną w planach pierwotnych, a w wykonaniu ze zdecydowanie wyższą dynamiką niż przyrost środków w NFZ ogółem, czy to z tytułu samej dynamiki składki, czy nawet w porównaniu ze wzrostem budżetowym.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Teraz poprosimy pana ministra.

Wiceprezes NFZ Jakub Szulc:

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Tomasz Maciejewski:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo.

Chciałbym powiedzieć, że NFZ przygotował swój projekt budżetu zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawowymi i tyle chciałbym skomentować. Natomiast to, co powiedział przed chwilą pan prezes Szulc – projekt budżetu, a jego wykonanie to oczywiście znaczna różnica. W tym roku dotacja jest wyższa niż była przewidywana i będzie wyższa o kolejne 2 000 000 tys. zł, bo dzisiaj na posiedzeniu Komisji Finansów Publicznych Ministerstwo Finansów przekazało kolejne 2 000 000 tys. zł w ramach dotacji celowej na możliwość zwiększenia finansowania świadczeń w ramach NFZ w roku 2026.

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Zamykam dyskusję. Szanowni państwo, bardzo proszę o załogowanie się, ponieważ musimy jeszcze przyjąć...

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Ja składam wniosek o odrzucenie tego wspaniałego budżetu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, dobrze, rozumiem.

W takim razie ja zaproponuję brzmienie opinii, którą będziemy przyjmować i zgłoszujemy każdy wedle własnego sumienia.

Propozycja opinii Komisji Zdrowia do prezesa NFZ w sprawie projektu planu finansowego NFZ na rok 2027 uchwalona na posiedzeniu w dniu 2 lipca 2026 r.

Komisja Zdrowia na posiedzeniu w dniu 2 lipca 2006 r. rozpatrzyła wniosek prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2026 r. dotyczący projektu planu finansowego NFZ na rok 2027.

Komisja Zdrowia na podstawie art. 121 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pozytywnie opiniuje projekt planu finansowego NFZ na rok 2007 przedstawiony we wniosku.

Bardzo proszę o przygotowanie głosowania. Kto jest za przedstawioną przeze mnie opinią? Nie ma głosowania. Dobrze, to jeszcze sekundkę, bo nie wszyscy się załogowali. Czy wszyscy już zagłosowali? Tak, dobrze. Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

Proszę o podanie wyników głosowania. Głosowało 32 posłów. Za – 19, przeciw – 13, nikt się nie wstrzymał. Stwierdzam, że Komisja pozytywnie zaopiniowała projekt planu finansowego NFZ na rok 2027.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia Komisji. Zamykam posiedzenie Komisji.