

VII kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

- **KOMISJI DO SPRAW  
KONTROLI PAŃSTWOWEJ  
(NR 115)  
z dnia 28 maja 2014 r.**



---

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

## Komisji do Spraw Kontroli Państwowej (nr 115)

28 maja 2014 r.

Komisja do Spraw Kontroli Państwowej, obradująca pod przewodnictwem posła **Mariusza Błaszczaka (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła informacje Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli:

- **kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia,**
- **dostępności świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Neumann** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jacek Uczkiewicz** prezes Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Marcin Pakulski** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami.

W posiedzeniu udział wzięł pracownik Kancelarii Sejmu **Tadeusz Cieśluk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

### **Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dzień dobry państwu. Otwieram posiedzenie Komisji do Spraw Kontroli Państwowej. Witam serdecznie naszych gości, witam państwa posłów. Porządek obrad został państwu dostarczony. Czy są jakieś uwagi do porządku? Nie widzę zgłoszeń. Uznaję, że porządek obrad został przyjęty.

Przystępujemy do realizacji punktu pierwszego porządku posiedzenia – rozpatrzenia informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Bardzo proszę pana prezesa Jacka Uczkiewicza o przedstawienie informacji.

### **Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli Jacek Uczkiewicz:**

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, na wstępie nich mi będzie wolno przedstawić moich współpracowników: pani dyrektor Stawska, dyrektor Delegatury krakowskiej, która to delegatura prowadziła kontrolę, Marian Kopeć, wicedyrektor nadzorujący, i koordynator kontroli, pani Małgorzata Korusiewicz. Jesteśmy do państwa dyspozycji w sprawach szczegółowych.

Jeśli chodzi o tę kontrolę, podjęta została z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli. Uzasadnieniem były wyniki kontroli rozpoznawczej, wcześniej przeprowadzonej oczywiście, oraz skargi, które wpływały do Najwyższej Izby Kontroli dotyczące nieprawidłowości występujących podczas kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej. Jakie były główne cele? Dokonanie oceny procesu kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz pod względem, po pierwsze, zapewnienia wyboru świadczeniodawców gwarantujących należytą jakość i dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, po drugie, zapewnienie należytego gospodarowania środkami publicznymi. Dokonaliśmy oceny działań Ministra Zdrowia w tym aspekcie, działań prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, działań oddziałów wojewódzkich w zakresie planowania i przygotowania organizacyjnego procesu kontraktowania, działań podmiotów leczniczych.

Jeśli chodzi o zakres przedmiotowy, to oczywiście dotyczyło to Ministerstwa Zdrowia, Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, 5 oddziałów wojewódzkich – dolnośląskiego, podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, wielkopolskiego – oraz 26 podmiotów leczniczych. Przy wyborze świadczeniodawców kierowano się skargami, które wpływały

do NIK, do Narodowego Funduszu Zdrowia, a także doniesieniami prasowymi dotyczącymi tego tematu.

Jakie są główne ustalenia? Otóż w ocenie Najwyższej Izby Kontroli sposób kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej jest mało przejrzysty, niespójny i nie zapewnia właściwego wykorzystania środków, jakimi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że stosowane przez Fundusz procedury kontraktowania świadczeń w badanych rodzajach, tj. lecznictwa szpitalnego, specjalistycznego, nie zapewniały wyboru świadczeniodawców gwarantujących należyłą jakość i dostępność świadczeń.

Kontraktowanie poprzez konkurs ofert w lecznictwie szpitalnym jest działaniem pozornym zdaniem Najwyższej Izby Kontroli, ponieważ w jego wyniku praktycznie wszystkie szpitale publiczne zawierają umowę, uzyskując na ogół jednolitą ogólnopolską cenę za punkt rozliczeniowy, bez względu na jakość proponowanej usługi. W dodatku zajmowanie przez oferenta wysokiego miejsca w rankingu po ocenie pod względem jakościowym nie daje gwarancji otrzymania w efekcie, już podczas realizacji, pełnego kontraktu adekwatnego do potencjału szpitala. Konkursowe zasady wyboru świadczeniodawców podczas kontraktowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są w znacznej mierze przekreślane przez sposób prowadzenia negocjacji, w których wyniku następuje zmiana rankingu ustalonego w konkursie według kryteriów jakościowych.

Kolejnym problemem jest kumulacja postępowań prowadzonych w ostatnim kwartale roku i naturalna konieczność podpisania w tym czasie umów ze świadczeniodawcami powoduje liczne nieprawidłowości zarówno na etapie oceny ofert, jak i negocjacji skutkujących niejednokrotnie zawarciem kontraktu z podmiotami, które nie gwarantowały odpowiednich warunków realizacji świadczeń.

Nieprawidłowości w tym zakresie są następujące. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich odstępowali często od ogólnych procedur kontraktowania, komisje konkursowe nierzetelnie weryfikowały oferty konkursowe w zakresie deklarowanych warunków wykonywania świadczeń, członkowie zespołów negocjacyjnych dokumentowali prowadzenie negocjacji w sposób uniemożliwiający odtworzenie w czasie późniejszym.

W ocenie NIK zarówno duża arbitralność decyzji i działań dyrektorów wojewódzkich, jak i nieprzejrzystość negocjacji są czynnikami korupcjogennymi. Bardzo wyraźnie chciałbym powiedzieć, że nie stwierdziliśmy przypadków korupcji, nie stwierdzamy, że występuje korupcja, ale tego typu mechanizmy mogą sprzyjać powstaniu mechanizmów korupcyjnych.

Nadzór prezesa Narodowego Funduszu nad kontraktowaniem świadczeń prowadzony przez rozpatrywanie odwołań świadczeniodawców i kontrolę w oddziałach Funduszu był zdaniem NIK niewystarczający. Nieefektywnie przebiegało rozpatrywanie odwołań, których ponad 80 proc. załatwiano po upływie ustawowego terminu, a część nawet ponad pół roku po zakończeniu postępowania kontraktowego.

Przystępując do kontraktowania Fundusz proponował cenę niezwiązaną z rzeczywistym kosztem realizacji świadczeń. Pomimo tego obowiązku od 2011 roku dane o kosztach świadczeń nie były w Funduszu gromadzone. Brak odniesienia do realnych kosztów zwiększył ryzyko niewłaściwego rozdysponowywania środków, jak też mógł mieć wpływ na wykonywanie większej liczby świadczeń bardziej opłacalnych dla świadczeniodawcy kosztem świadczeń nisko wycenionych. Pomimo powyższych trudności – to trzeba stwierdzić – wszystkie kontrolowane oddziały zakontraktowały większość świadczeń, co było podstawą do zachowania ich ciągłości i dostępności. Niemniej jednak sposób prowadzenia postępowania kontraktowego, w tym brak przejrzystości stosowanych procedur, nierówne traktowanie świadczeniodawców, brak udokumentowania stanowiska negocjacyjnego, były przedmiotem licznych skarg i powodował uzasadnione niezadowolenie i świadczeniodawców, i pacjentów.

Jakie były wnioski? Najwyższa Izba występowała do Ministra Zdrowia o zapewnienie ścisłej współpracy pomiędzy służbami Ministra Zdrowia i Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia przy tworzeniu aktów prawa; do prezesa Narodowego Funduszu o działania zmierzające do uzyskania pełnej wiedzy na temat kalkulacji kosztów kontraktowanych świadczeń; występowaliśmy także o działania zmierzające do skrócenia czasu prowa-

dzenia postępowań w sprawie odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów terenowych. Do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Izba występowała o rzetelne weryfikowanie ofert w postępowaniu konkursowym w zakresie deklarowania przez oferentów spełniania deklarowanych warunków, udokumentowania przebiegu negocjacji z oferentami pozwalających na ich późniejsze odtworzenie. Do kierujących podmiotami leczniczymi występowaliśmy o wykonywanie badań na sprzęcie medycznym posiadającym aktualne badania techniczne, bieżące informowanie oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu o zmianach w potencjale wykonawczym i zapewnienie dostępności do świadczeń w czasie pracy i w miejscu zadeklarowanym w ofercie konkursowej, ponieważ nie zawsze tak jest.

Chciałbym również zwrócić uwagę Wysokiej Komisji na finansowe rezultaty kontroli. W zakresie, który kontrolowaliśmy, ujawniliśmy kwotę wydatkowaną z naruszeniem prawa w wysokości ponad 1 mln 100 tys. zł i z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami na kwotę ponad 9 mln 600 tys. zł. Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Bardzo dziękuję. Otwieram dyskusję, chyba że jeszcze pan minister Neumann chciałby zabrać głos? Raczej NFZ? Czy pan prezes chciałby zabrać głos teraz, czy podczas dyskusji? Teraz. Proszę bardzo.

**Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Marcin Pakulski:**

Panie przewodniczący, szanowni państwo, powiem szczerze, że ze zdumieniem wysłuchaliśmy takiej oceny, przedstawionej przez Najwyższą Izbę Kontroli, dlatego iż mam wrażenie, że są dwie rzeczywistości. Pragnąłbym Wysokiej Komisji przedstawić wystąpienie pokontrolne, które otrzymał prezes Centrali NFZ. To była kontrola P/12/145 „Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia”. Zacytuję ocenę kontrolowanej działalności.

„Ocena ogólna. Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność Centrali oraz prezesa NFZ w zakresie kontrolowanej działalności. Pozytywna ocena wynika z terminowego i należytego wywiązywania się z obowiązku stworzenia prawnych i organizacyjno-technicznych warunków kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w wybranych rodzajach i zakresach świadczeń prowadzonych w oddziałach w 2010 i 2011 roku, dzięki czemu oddziały wojewódzkie Funduszu zawarły umowy w większości planowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: długiego terminu rozpatrywania przez prezesa NFZ jako organu drugiej instancji odwołań świadczeniodawców od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w sprawie rozstrzygnięć komisji konkursowych, braku aktualnej informacji o kosztach udzielania świadczeń przez świadczeniodawców niezbędnej do dokonania przez prezesa Funduszu wyceny poszczególnych świadczeń”.

Zadziwiająca jest więc dla nas przedstawianie przez Najwyższą Izbę Kontroli negatywnego wizerunku funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia, mimo iż w wystąpieniu pokontrolnym z tej kontroli Centrala NFZ i prezes uzyskali ocenę pozytywną z nieprawidłowościami.

Chciałbym ponadto powiedzieć Wysokiej Komisji, że wszystkie kontrole, które były składową tego wystąpienia Najwyższej Izby Kontroli, kontrole we wszystkich oddziałach, zakończyły się wynikami pozytywnymi, mimo stwierdzonych nieprawidłowości. W jednym oddziale, ze względu na pewną trudność, była przedstawiona ocena opisowa. Co do szczegółów trudno nam też zgodzić się z jednoznacznymi sformułowaniami dotyczącymi nieprzejrzystości procedury konkursowej, braku udokumentowania poszczególnych etapów prac poszczególnych komisji konkursowych, ponieważ każdy etap jej działania kończony jest protokołem, protokoły zaś są zawsze do wglądu. Również określenie mówiące o tym, że dyrektorzy oddziałów kierują się uznaniowością przy pracach komisji konkursowych, jest dla nas sformułowaniem co najmniej niezrozumiałym i niejasnym, dyrektor oddziału wojewódzkiego nie bierze bowiem udziału w pracach komisji konkursowych. To wynika z przepisów i stosowanej metodologii. Dyrektorzy zatwier-

dzają wyniki prac komisji konkursowej, ale bezpośredniego udziału w pracach komisji nie biorą.

Tak więc takie są ogólne uwagi, które oczywiście... Zwróciliśmy się, pani prezes zwróciła się do prezesa Najwyższej Izby Kontroli z pismem, w którym przedstawiliśmy nasze stanowisko. Mam nadzieję, że stanowisko to jest znane posłom Wysokiej Komisji. Wiem, że jest dołączone do wystąpienia Najwyższej Izby Kontroli. Oczywiście, jesteśmy gotowi na pytania w zakresie szczegółowych aspektów przedstawianej informacji.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Czy ktoś z państwa posłów chciałby zabrać głos? Pani przewodnicząca Piotrowska, proszę.

**Poseł Teresa Piotrowska (PO):**

Chciałabym zwrócić uwagę na to, że wyniki kontroli i w ogóle sama kontrola Najwyższej Izby Kontroli ma na celu eliminowanie tego, co nie funkcjonuje lub funkcjonuje niedostatecznie dobrze. Jeśli zaś ocena jest pozytywna, a są zastrzeżenia, to rozmawiamy o tym, do czego są zastrzeżenia. I nie ma co się burzyć i denerwować, bo jest to taka wrażliwa materia, że im więcej danych, im więcej zasygnalizowanych mankamentów, tym więcej tych mankamentów możecie państwo wyeliminować.

Rozmawialiśmy na ten temat kilka miesięcy temu, również na temat kontraktowania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na przykładzie Gdańska i Bydgoszczy, wymienialiśmy mankamenty, które wystąpiły w konkursach w tych właśnie miejscach. Mogę powiedzieć coś na ten temat z podwórka kujawsko-pomorskiego, a konkretnie Bydgoszczy. Te mankamenty, które wystąpiły u nas, potwierdziły się w wynikach Najwyższej Izby Kontroli, więc, panie prezesie, nie jest tak, że wszystko jest idealnie, bo na pewno pan wie, że idealnie nie jest i że zasady konkursu, kryteria przystępowania do konkursu są potem podczas negocjacji zmieniane.

Rozmawialiśmy wówczas również o tym, że zdarzyło się w Bydgoszczy, iż takie podmioty zostały wybrane w konkursie, które nie miały wpisu do rejestru wojewody. Wówczas przedstawiciel Centrali NFZ mówił, że jest to niemożliwe, że nie można zawrzeć kontraktu z takim podmiotem. A jednak tak się stało i jednak trwa do dziś.

Mało tego, podmioty, które zostały odrzucone, odwołały się do państwa. I chciałabym zapytać, jak wygląda procedura odwoławcza. Czy rzeczywiście państwo badacie szczegółowo przebieg takiego konkursu i czy taka kontrola szczegółowa w NFZ bydgoskim się odbyła? Bo podmiot, który się odwołał, wygrał sprawę w sądzie. Sąd potwierdził mankamenty, które tutaj podnosiliśmy, m.in. w kwestii wpisu do rejestru. Narodowy Fundusz Zdrowia wówczas odrzucił odwołanie za pośrednictwem Narodowego Funduszu w Bydgoszczy. Mało tego. Po wyroku sądu procedura wróciła do punktu wyjścia, czyli dyrektor Narodowego Funduszu odrzucił po raz kolejny odwołanie podmiotu, państwo utrzymali w mocy decyzję dyrektora, i teraz po raz kolejny ten podmiot pójdzie do sądu. To jakiś absurd. Bo jeśli są stwierdzone nieprawidłowości, trzeba się nad nimi pochylić i wyjść z tego, a nie doprowadzać do takiej sytuacji, że to trwa latami. Z pewnością ten podmiot będzie skarżył Narodowy Fundusz Zdrowia. Pytam więc: kto zapłaci odszkodowanie? My, wszyscy podatnicy.

Myślę, że tego typu kontrola jest właśnie po to, żeby takie przykłady jak ten bydgoski, jak wiele innych w Polsce już się nie zdarzały. Podaję ten jeden przykład, bo go znam. Znam go z mediów, znam go z nieustających dyskusji w różnych gremiach w Bydgoszczy, i uważamy, że źle się stało, iż do takiej sytuacji doszło. Ale w oczach Narodowego Funduszu Zdrowia, zarówno tego w Bydgoszczy, jak i Centrali wygląda to tak, jakby naprawdę nic złego się nie stało, że wszystko jest okej. A jestem przekonana, że okej nie jest, moje więc pytanie – przepraszam, że tak długo – dotyczy tego, jak państwo kontrolujecie, w jaki sposób ów przebieg procedur konkursowych wtedy, gdy jest odwołanie podmiotu od decyzji dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia. Czy to jest tylko zwykłe przepisanie tego, co dyrektor w danym oddziale stwierdził, czy rzeczywiście szczegółową kontrolę państwo przeprowadzacie i czy ewentualnie tak było w Bydgoszczy? Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Pani poseł Bańkowska, proszę.

**Poseł Anna Bańkowska (SLD):**

Proszę państwa, właściwie to pani poseł Piotrowska zrelacjonowała temat, którym we dwie żyjemy od dawna. Chciałam zwrócić uwagę na jedną kwestię – że w ogóle generalnie zapanowała w tej chwili w Polsce taka maniera wśród urzędników, że nie przejmują się procesem odwoławczym, tylko mówią: niech sąd rozstrzyga sprawę. Sąd rozstrzyga, następuje proces odwołania i zaczyna się bajka od początku. Pani poseł Piotrowska szczególnie, i ja, choć doszłam do tematu później, dysponowałyśmy wszystkimi dokumentami, które świadczyły o tym, że nastąpiło złamanie prawa przy przydzielaniu koncesji czy limitów na świadczenia. Chodziłyśmy z tym plikiem dokumentów, próbując rozwiązać problem.

I najbardziej bolesne jest to, że nie ma mocy sprawczej instytucja odwoławcza. Bo żeby choć trochę w tym uzasadnieniu była zmieniona treść w stosunku do tego, co oddział, który decydował w tym przypadku o nieprawidłowym naszym zdaniem i zdaniem sądu przydzieleniu prawa do świadczeń określonej jednostce... Zeby odwołanie, czyli pismo z Centrali Narodowego Funduszu, zawierało choć kawałek innego uzasadnienia, niż podał oddział. To oznacza, że instytucja odwoławcza jest fikcją. Powoduje to, że pracownicy Centrali są zatrudniani po to, by powielać argumenty oddziałów, i nic się nie dzieje. My jesteśmy jako politycy wciągnięci w sprawę, bo to jest bardzo ważna społecznie historia, wciągnięci w sprawę i bezradni.

Dopóki nie będzie tak, że centrale będą autentycznie powodowały kontrole sprawdzające, nie na zasadzie, że pyta się tego samego urzędnika, który najpierw angażował się proces wyłaniania firm, potem w uzasadnienie tego, co zrobili, i tak w koło Macieju... Do sądu idą też ci sami, nie ma wsparcia podmiot, który walczy o sprawiedliwość z instytucji centralnej. To jest skandal w moim przekonaniu. Pomijamy to, że stała się rzecz w ogóle negatywna dla świadczeniobiorców w Bydgoszczy, bo to już inna sprawa. To, co się natomiast zdarzyło i to, że angażujemy kolejny raz instancje sądowe, to sprawa nie do przyjęcia.

Będę sekundować – i myślę, że mogę to powiedzieć również w imieniu pani poseł Piotrowskiej – procesowi odwoławczemu tej firmy, która będzie walczyć o odszkodowanie. Najpierw daje się prawo wykonywania usług. Dobra instytucja angażuje wszystkie środki, żeby przygotować w sposób jak najlepszy bazę, a potem daje się prawo świadczenia usług firmie, która nawet nie miała wpisu do rejestru. Mamy pisma od wojewody potwierdzające ten fakt. A Narodowy Fundusz jest głuchy na to, bo uznaje, że gdy się polityk miesza czy firma zaangażowana robi odwołanie, to znaczy, że gdzieś kryje się jakiś interes, nie wiadomo jaki, może pod stołem.

To nie do zaakceptowania, i ten przykład bydgoski powinien być w moim przekonaniu przedmiotem oceny Najwyższej Izby Kontroli, żeby dowieść, jak pracują poszczególne szczeble danej instytucji. I taki zgłaszam wniosek. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Pan poseł Pięta, proszę.

**Poseł Jarosław Pięta (PO):**

Dziękuję bardzo. Nie będę wchodził w zagadnienia, które poruszały moje koleżanki; myślę, że zdanie wszystkich posłów jest w tym zakresie podobne.

Panie przewodniczący, bardzo przepraszam, ale mam zbieg posiedzeń komisji, jak zawsze o tej porze, jednak chciałbym z innej strony zwrócić się do pana prezesa Uczkiewicza. Panie prezesie, pan nadzoruje delegaturę w Katowicach. Była przeprowadzona kontrola w Szpitalu Miejskim w Sosnowcu. Chciałbym, żeby pan poinformował wszystkich członków Komisji o wynikach tej kontroli. Chciałbym, żeby pan nas poinformował, co dalej chce pan zrobić z tą kontrolą, ponieważ kontrola została zakończona, wnioski są. Co dalej? To mnie interesuje, bo nie chciałbym na tym etapie komentować. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Pan prezes Uczkiewicz zgłaszał się. Rozumiem, że pan prezes odniesie się również do tej sprawy. Proszę bardzo, a potem poprosimy pana prezesa Pakulskiego.

**Wiceprezes NIK Jacek Uczkiewicz:**

Panie pośle, chętnie bym spełnił pana prośbę, gdybym nadzorował delegaturę w Katowicach. Przekażę sprawę wiceprezesowi nadzorującemu. Nie wiem, na jakim etapie ta sprawa się znajduje, czy jest ona zakończona również w Izbie, czy są jakieś odwołania.

Wracając do meritum: panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, zanim oddam głos moim kolegom w celu uściślenia, chciałbym jedną rzecz wyjaśnić. Otóż, starając się zapewnić jak najbardziej obiektywną ocenę, stosujemy w Najwyższej Izbie Kontroli odpowiednie procedury i zasady formułowania ocen. Jeśli chodzi o Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia, trzeba powiedzieć, że ta ocena jest wyważona stosownie do poczynionych ustaleń, ale należy wziąć pod uwagę, że istotą rzeczy, o których rozmawiamy, są procedury kontraktowania. Tymczasem Centrala NFZ nie przeprowadza konkursów oraz nie bierze czynnego udziału w procesie kontraktowania. Dlatego też ocena działalności Centrali może dotyczyć wyłącznie wypełniania obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym wydawania przez Narodowy Fundusz stosownych zarządzeń, prowadzenia postępowań odwoławczych.

Chciałbym również stwierdzić, że podczas kontroli, w ramach procedury odwoławczej przedstawiciele prezesa wielokrotnie dystansowali się od działań w zakresie kontraktowania, czyli tych na niższym poziomie, podkreślając, że odpowiadają za nie jedynie dyrektorzy oddziałów wojewódzkich, a każda ocena kierowana w tym zakresie do nadzorujących na podstawie ogólnych przepisów kompetencyjnych prezesa Funduszu wykracza poza zakres podmiotowy kontroli. Dlatego też chciałbym to od razu wyjaśnić, żeby nie było wątpliwości. Ocena Centrali jest rzeczywiście taka, jak to przedstawiliśmy, co nie ma wpływu na ocenę istoty sprawy, jaką jest praktyka postępowania przy kontraktowaniu świadczeń. Proszę bardzo, pani dyrektor, jeśli można.

**Dyrektor Delegatury NIK w Krakowie Jolanta Stawska:**

Dziękuję. Szanowni państwo, Wysoka Komisjo, jeśli mogę dodać do wypowiedzi pana prezesa i w odpowiedzi na wystąpienie pana prezesa Pakulskiego kilka słów, to chciałbym podkreślić, że nie ma ani w tej ocenie ogólnej, ani we wnioskach, ani w szczegółowych wynikach, które państwo macie, zawartych w informacji, niczego, co by nie korespondowało wprost z wynikami kontroli w oddziałach. Trzeba natomiast spojrzeć też na to, że informacja o wynikach kontroli jest kompleksową oceną, odnoszącą się do wszystkich aspektów systemu. I rzeczywiście w tym systemie jest pewien podział zadań i podział odpowiedzialności. Tak, jak pan prezes był łaskaw powiedzieć, cały proces kontraktowania odbywa się w oddziałach, ale już np. regulacje dotyczące kontraktowania są w rękach czy ministra – mówię choćby o tych wpływających na kalendarz kontraktowania czy na sposób prowadzenia – i w rękach prezesa NFZ.

Można więc powiedzieć, że oceniając cały proces i wskazując nieprawidłowości, musieliśmy z dużą ostrożnością patrzeć na te oceny jednostkowe. Chcę państwa zapewnić, że we wszystkich oddziałach negocjacje zostały ocenione negatywnie. W wystąpieniach, które są zamieszczone w BIP, bardzo łatwo to sprawdzić. We wszystkich oddziałach wytknęliśmy nieprawidłowości związane z pierwszym etapem konkursu ofert, a więc powodującymi m.in. – o czym panie poseł były łaskawe powiedzieć – możliwość przepuszczenia ofert niespełniających warunków. Ze względu na ułomności w funkcjonowaniu systemu informatycznego, kumulację postępowań powodującą zwiększenie ryzyka błędu przy ręcznej weryfikacji ofert. I to się dzieje. Jak również, proszę państwa, to, co chyba w największej skali wystąpiło w Łódzkiem przy kontraktowaniu, czyli arbitralne odstąpienie przez dyrektora oddziału – ma taką możliwość, i tak zrobił – od wizytacji, co spowodowało, że nowe podmioty przy dużej liczbie ofert... Tam było ponad 3,5 tys. ofert, które spłynęły w ostatnich tygodniach roku... I przy tej dużej liczbie ofert, spowodowanej też kumulacją postępowań i późnym przeprowadzeniem postępowania, odstąpił od wizytacji nowych pomiotów, weryfikacji więc prawdziwości złożonych ofert. Zwiększa to znacząco ryzyko kłamstwa ofertowego, powiedzmy to wprost.

Absolutnie więc te wszystkie oceny znajdują uzasadnienie w wystąpieniach jednostkowych, i proszę państwa, informacja o wynikach kontroli to nie jest matematyczna suma. To analiza wszystkich wyników kontroli i podejście systemowe, podejście cało-



ściowe i wykazanie w uzasadnieniu najczęściej powtarzających się nieprawidłowości i błędów. I to wszystko w tej chwili.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję bardzo. Pani poseł Bańkowska, proszę.

**Poseł Anna Bańkowska (SLD):**

Mam pytanie w związku z tym. Oczywiście, że funkcja kontrolna i odwoławcza jest główną domeną Centrali, ale jakie w związku z tym wyciągają państwo, kierownictwo NFZ, wnioski wobec dyrektorów, którzy ewidentnie popełniają błędy, co udowadniają orzeczenia sądu? Na tym bowiem przykładzie możemy kontynuować temat: sąd uznaje, że popełniono błąd, ewidentnie, a dalej się wszyscy cieszą grzaniem stanowisk, które do tej pory zajmowali. Przykładów nieprawidłowości można podawać wiele. Dziś akurat koncentrujemy się na tej jednej grupie obsługi świadczeniobiorców, ale co to jest: sąd mówi źle, kierownictwo NFZ powinno uznać werdykt sądu, jeśli się nie odwołało, a ci, którzy błąd popełnili, nadal pełnią swą funkcję.

Albo druga sprawa. Kontraktowanie polega na tym, że najpierw dyrektor NFZ ogłasza wstępne limity środków z podziałem na poszczególne jednostki. Wywołuje to rokrocznie wielkie emocje. Dyrektorzy zaczynają się kłócić ze sobą, ciągną temat, prosząc o wsparcie, ponieważ wychodzi im, że ten kontrakt jest niedostateczny. Podczas spotkań z kierownictwem oddziału słyszymy takie oto – mniej więcej, bo nie jestem w stanie zacytować dokładnie – stwierdzenia: „no dobrze, dobrze, będziemy negocjować i się domówimy”. Co to znaczy? Burza najpierw wywołana, poszczególne szpitale się denerwują, a potem... Powiedziałam dyrektorowi oddziału „zachowuje się pan jak ten, który podaje rękę do całowania w pierścień, że oto najpierw uważaliśmy, że trzeba dać wam X pieniędzy na kontrakt, a potem w wyniku rozmów, negocjacji dostajecie trochę więcej i za to trochę więcej trzeba być wdzięcznym”. No, to nie są metody do zaakceptowania. Nie może być tak, że rokrocznie przez 2 czy 3 miesiące w mediach, w okręgach toczy się ustawiczna polemika w związku z wartością zakontraktowanych usług, przepychanki między szpitalami, potem, w miarę upływu czasu, dyrektorzy decydują się na podpisanie, i jest sukces NFZ. Nie na tym rzecz polega. I właściwie to wszystko. Kończąc, ponawiam pytanie: co w przypadku udowodnionych nieprawidłowości? Jakie konsekwencje są wyciągane w stosunku do kierownictw oddziałów, które tego typu nieprawidłowości powodowały?

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Pan poseł Tadeusz Dziuba, proszę bardzo.

**Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):**

Raport Najwyższej Izby Kontroli oddaje obraz sytuacji, choć, jak to bywa w zwyczaju tej instytucji kontroli państwowej, w sposób nieco zakamuflowany. Odwołałbym się do pewnej alegorii, która wyciąga rzecz na światło dzienne, a przedstawia się w sposób następujący. Ktoś napisał kiedyś katastrofalną sztukę i aktorzy, którzy muszą w niej grać, od lat rozpaczliwie odgrywają swoje role z efektem, który w raporcie został opisany. Czas najwyższy sztukę tę zmienić, tym bardziej że widzowie wychodzą z teatru. Coraz więcej osób – tych, które mogą bądź tych do tego zmuszonych – rezygnuje z tego, co potocznie nazywamy bezpłatną ochroną zdrowia i korzysta z możliwości leczenia odpłatnego. Kto ma tę sztukę napisać od nowa?

I tutaj zgłaszam pretensje do Narodowego Funduszu Zdrowia, bo to moim zdaniem właśnie on powinien zrobić. Nie ma w Polsce instytucji, która ma tak obszerny i dokładny zestaw danych, jaki można porównać do czegoś w rodzaju fotografii cyfrowej. Jeszcze raz powtórzę: Narodowy Fundusz Zdrowia ma tak obszerne i tak rozliczne, i tak szczegółowe dane, że może dokładnie przyglądać się każdemu fragmentowi funkcjonowania ochrony zdrowia. Mało. Na bazie tych danych może symulować sytuacje przyszłe, czyli może symulować najlepsze rozwiązania. Moim zdaniem trzeba przed Narodowym Funduszem Zdrowia – chociaż może nie należy to obowiązków ustawowych tej instytucji – postawić zadanie zaproponowania nowego systemowego rozwiązania. Raz jeszcze powtórzę: dlatego, że tylko ta instytucja w Polsce ma informacje, które umożliwią racjonalne

zapropozowanie nowego rozwiązania. Jeŝli zgłaszam pretensje do kogokolwiek w tym zakresie, to wlaŝnie do NFZ. On ma moralny obowiàzek, juŝ od dawna ciàży na nim ten obowiàzek, zapropozowania nowego rozwiązania.

I jeszcze tylko zdanie na marginesie. Nie wiem, czy dobrze zapamietałem, ale pan prezes oburzył się na zarzut występowania zjawisk korupcyjnych, jak zrozumiałem, twierdząc, że jest to absolutnie niemożliwe. No to, panie prezesie, proszę zapoznać się z moją korespondencją z wielkopolskim oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia z ostatnich miesięcy w sprawie kontraktowania świadczeń, o których za chwilę będziemy mówić – nocnej i świątecznej pomocy. System jest z natury rzeczy korupcyjny. Z natury rzeczy. Pod osłoną tego, że kontraktuje się np. tę nocną i świąteczną pomoc w trybie konkursowym, pod osłoną tego, że robią to ludzie, którzy podlegają dyrektorowi i tak ponoszącemu za to odpowiedzialność, chociaż w istocie nie organizuje tego, nie przeprowadza i nie podejmuje decyzji w ramach tego konkursu, podejmuje się na szczeblu urzędniczym decyzje, które bardzo trudno zweryfikować i które czasami, jak można ustalić, mają charakter w oczywisty sposób protekcyjny. I państwo na to nie reagujecie. I skala zjawiska wtedy oczywiście się rozszerza.

Jest to, niestety, niepokojące, panie prezesie. Proszę jednak nie zakładać, że wszystko jest dobrze, tylko założyć, że może być źle i także po części uchronić dyrektorów oddziałów wojewódzkich od odpowiedzialności za te zjawiska, bo oni ponoszą odpowiedzialność, a niekoniecznie są – i najczęściej nie są – sprawcami tej protekcji.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę pana prezesa Pakulskiego o odniesienie się do spraw podniesionych przez państwa posłów.

**Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:**

Dziękuję bardzo. Zacznę może od ostatniego pytania, pana posła Dziuby. Chciałem powiedzieć, że zarządzenie dotyczące nocnej i świątecznej pomocy zostało zmienione po to, aby wlaŝnie kryteria były bardziej przejrzyste i nie budziły większych wątpliwości. Zostało też zmienione pod tym kątem, by świadczenia udzielane w ramach nocnej i świątecznej pomocy w sposób bardziej adekwatny odpowiadały rzeczywistym potrzebom pacjentów. I to jest wlaŝnie działanie prezesa. Jest to analiza dotychczasowych postępowań, wyciąganie wniosków i przekładanie tego na regulacje w postaci zarządzeń prezesa.

Co do pytania pani poseł Bańkowskiej, chciałem powiedzieć, że tutaj akurat w wyniku oceny negatywnej dwóch dyrektorów straciło stanowisko, pani poseł. Wlaŝnie w Łodzi i na Pomorzu, w wyniku prowadzonego postępowania konkursowego. Tak więc prezes w tym obszarze wykazuje się również inicjatywą i ocenia działalność...

**Posel Anna Bańkowska (SLD):**

Przepraszam. Kujawsko-Pomorskie – o tym mówię, nie o Pomorzu.

**Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:**

Tak, tak, tylko pani poseł zadała ogólne pytanie, czy są wyciągane wnioski personalne w stosunku do dyrektorów w sytuacji, gdy stwierdzono jednoznacznie jakieś błędy czy nieprawidłowości. Odpowiadam więc, że tak, są wyciągane konsekwencje i podaję dwa przykłady. To oddział pomorski i łódzki.

Co do szczegółowych pytań odnośnie do jednego świadczeniodawcy, poproszę, jeśli można, pana dyrektora Dariusza Dziełaka, dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

**Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ Dariusz Dziełak:**

Panie przewodniczący, szanowni państwo, powiem o kilku sprawach dotyczących wyjaśnienia w kontekście całego tego procesu, który zresztą się w tej chwili zmienił. Ustawa przyjęta jesienią ub. roku zmieniła sposób rozpatrywania odwołań. W tej chwili zamyka się on w zasadzie na etapie dyrektora oddziału dwukrotnie i później właściwego sądu administracyjnego.

Chciałbym się jednak odnieść do tej konkretnej sytuacji, która dotyczyła... Nie bójmy się tej nazwy – Zdrowie dla Ciebie w Bydgoszczy, która to nazwa tutaj nie padła. Faktem jest, że świadczeniodawca wygrał sprawę w sądzie, ale sąd był sądem administracyjnym,

decyzja prezesa i decyzja dyrektora zostały uchylone z przyczyn proceduralno-formalnych, po dość istotnej, nawet bym powiedział o 180 stopni, zmianie linii orzeczniczej prowadzonej przez ten sąd. Chodziło konkretnie o nieudostępnienie konkurencyjnej oferty na etapie wydania decyzji. Tak więc była to wada formalna tejże decyzji i zgodnie z Kodeksem postępowania administracyjnego i naszą ustawą wróciła do organu pierwotnego, który udostępnił, czyli wyczerpał uchybienia, które sąd zauważył, i wydał decyzję ponownie.

Co do sprawowania nadzoru to orzecznictwo mówi też jednoznacznie... Mówię: to się w tej chwili zmieniło, bo ustawa się zmieniła, ale w momencie, kiedy w trybie odwoławczym rozpatrywał to prezes Funduszu, prezes nie prowadził od nowa postępowania konkursowego. Badał jedynie, czy konkursy zostały przeprowadzone prawidłowo w kontekście ustawy, szczególnie, czy nie naruszono interesu prawnego świadczeniodawcy, który się odwoływał. Każda sytuacja jest indywidualna, jeżeli w grę wchodzi nowe czynniki... W tej chwili nie będę szczegółowo przedstawiał samej decyzji czy uzasadnienia decyzji. Te uzasadnienia są... Czasami może się wydawać, że powtarzają argumenty z pierwszej instancji. Tak, takie są w tej chwili wymogi sądu administracyjnego i kodeksu, żeby szczegółowo opisany był cały proces od pierwszej do drugiej instancji, a także, jak wyglądają wyroki sądów administracyjnych.

Zobaczymy, jakie będzie w tej chwili rozstrzygnięcie w sądzie. Nie chcę przesądzać. Narodowy Fundusz Zdrowia, konkretnie Centrala, stara się rozpatrywać obiektywnie, na ile jest to możliwe. Chciałbym od razu podkreślić, że osoby, które rozpatrują te odwołania, to urzędnicy z dużym doświadczeniem. Nie są to osoby przypadkowe. To nie jest tak, że podtrzymujemy w stu procentach... czy prezes podtrzymywał w stu procentach decyzje dyrektorów. Nie. Okej, 10 proc. decyzji było uwzględnianych bądź przekazywanych do ponownego rozpatrzenia. Tak więc to wszystko na obecnym etapie. Zobaczymy. Jeżeli jest zapowiedź, bo decyzja nie wiem, czy wyszła już od nas... Jedna sprawa, jak rozumiem, jest w sądzie, a druga decyzja przed chwilą wyszła.

Co do samego sprawowania nadzoru nad kontraktowaniem, to w czasie trwania postępowania Centrala co do zasady – taki tryb jest określony w ustawie – nie ingeruje bezpośrednio, chyba że jest to rzeczywiście jakaś sytuacja skrajna i wymagająca interwencji. Zdarzały się przypadki, że kontrola się odbywała. Staramy się natomiast po dużym kontraktowaniu, dużym konkursie ofert jednak kontrolę w każdym z oddziałów przeprowadzać. Wyniki są czasami takie, jak pan prezes przed chwilą powiedział.

Co do zasadności tego, co jest przedstawiane w informacji Najwyższej Izby Kontroli, czy konkurs w szpitalach ma sens, bo to jest w istocie to pytanie, można mieć różne zdania. Na razie po prostu jest zapisane w ustawie, że taki jest tryb zawierania umów, także w szpitalach. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Pani przewodnicząca Piotrowska, proszę.

**Posel Teresa Piotrowska (PO):**

Chciałabym tylko zapytać pana dyrektora, czy pan zna uzasadnienie wyroku sądu, bo mimo że dotyczył on spraw formalnych, to jednak uzasadnienie dotyczyło szczegółów, łącznie z tym, że były tam wydzierane dokumenty itd. Myślę więc, że poczekamy, zobaczymy. Tylko że ten proces trwa już kolejny rok i coś się jednak stało. W czasie poprzedniego posiedzenia Komisji, kiedy o tym rozmawialiśmy, pan prezes Pakulski mówił, że nie ma możliwości zawarcia umowy kontraktowej z podmiotem, który nie ma wpisu do rejestru wojewody. To jest zarejestrowane. A takie umowy zostały podpisane. I co? I nie ma żadnych konsekwencji? Jest wszystko w porządku? Czekamy na kolejny wyrok sądu?

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Panie dyrektorze? Czy pan prezes? Jeszcze pani poseł Bańkowska, tak? Proszę bardzo.

**Posel Anna Bańkowska (SLD):**

Pan prezes podał przykład dwóch odwołanych dyrektorów. Chcę powiedzieć, że my mówimy o województwie kujawsko-pomorskim. Jest to sprawa na tyle ważna społecznie i bulwersująca, że nie chcę już dokładać innych przykładów. Chciałabym natomiast wiedzieć, czy komuś włos z głowy spadł na skutek tego, że jawnie udowodniono już, że były nieprawidłowości.

I to właściwie wszystko. Powiem szczerze, że współczuję podmiotom, które angażowały po pierwsze, środki, przygotowując bazę, po drugie, w tej chwili nerwy szarpane są przez okres dwóch lat. Najbardziej – powiem wprost – wkurzające jest to... Nie umniejszam rangi i fachowości urzędników z Centrali. Jeśli uzasadnienie do nieprzyjęcia odwołania jest właściwie kalką tego, co zrobił oddział, nie godząc się jako pierwsza instancja... Jeśli tacy fachowcy, to powinni chociaż szyk wyrazów w zdaniu zmieniać. A nie że jedna z nas bierze wnioski, a druga uzasadnienie odwołania i właściwie możemy czytać jednocześnie. No to po co ci urzędnicy w tej Warszawie są? Po co?

To kierownictwo Centrali powinno nas inspirować do zmiany prawa. Sami powinniście wskazywać, że to jest niepotrzebne, tamto jest złe, powiedzieć – zmieńcie. Posłowie, zmieńcie prawo, żeby było lepsze. A pan dyrektor mówi, że można różnie na sprawę patrzeć. To sugestia ze strony najwyższej rangi urzędników powinna pójść w kierunku takim, żeby nastąpiła poprawa, a nie dalsze tkwienie w takim czymś, że właściwie trzeba by było powiedzieć ludziom – mówcie: poddajemy się, przestańcie się denerwować, bo za chwilę będziecie najbardziej ofiarnymi pacjentami tej służby zdrowia, która działa, jak działa. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Pan poseł Tadeusz Dziuba jeszcze zgłaszał się, tak? Proszę.

**Posel Tadeusz Dziuba (PiS):**

Pan przewodniczący czyta w moich myślach, bo rzeczywiście chciałem się zgłosić, ale się nie zgłosiłem.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Nie? Wydawało mi się, że pan poseł podniósł rękę.

**Posel Tadeusz Dziuba (PiS):**

Jestem zdyscyplinowanym posłem, zabiorę więc głos.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Proszę bardzo.

**Posel Tadeusz Dziuba (PiS):**

Chciałem się zgłosić, bo po wypowiedzi pana dyrektora wydaje mi się, że mamy prawo rozumieć, iż idea, którą chciałem państwu przekazać, nie dotarła do państwa. Problem nie w tym bowiem, by naprawić ten czy inny element istniejącego systemu. Nie wątpię, że to trzeba robić i że przyniesie to pewnie jakieś ułamkowe rezultaty, niczego natomiast to nie zmieni w istocie, panie dyrektorze i panie prezesie.

Czas zaprojektować zupełnie nowy system. I nie robi tego bezradny minister zdrowia, niezależnie od tego, jak się nazywa, ponieważ nie ma do tego żadnych instrumentów. Jeżeli chciałby to wziąć na swoje barki, i tak państwa przede wszystkim będzie do tego używał. To państwo powinniście to zrobić. Już dawno. Odczytałem jednak z pana wypowiedzi, że państwo tego nie rozumiecie, nie docenicie, nie widzicie tej konieczności. Jeżeli nie mylę się w swojej ocenie sytuacji, to jest to bardzo niepokojące. Raz bowiem jeszcze powtórzę: jedyną instytucją w Polsce, która ma taki zbiór danych, który umożliwi racjonalne zaprojektowanie systemu ochrony zdrowia od nowa, jest Narodowy Fundusz Zdrowia. I albo on to robi, i chce to zrobić, albo nic się nie zmieni. Państwo będziecie naprawiali, jakieś przepisiki się zmieniają w tę lub tamtą stronę, jakieś cząstkowe efekty pozytywne oczywiście będą, tylko istota się nie zmieni.

Panie przewodniczący, uważam, że powinniśmy – nie wiem, jakiego słowa tu użyć – skłonić jakoś w formach przyjętych...

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Złożymy propozycje dezyderatu.

**Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):**

...Narodowy Fundusz Zdrowia czy instytucje nadzorujące do tego, żeby wreszcie przystąpiono do efektywnych prac. Nawiasem mówiąc, istnieje moim zdaniem obszerna literatura na temat tego, co w Polsce można by było racjonalnie zmienić i ten zasób analitycznych informacji jest do wykorzystania. Jeszcze wrzucę kamyczek do mojego niedawnego ogródka i powiem, że trochę się dziwię, że Najwyższa Izba Kontroli przy okazji tego raportu z owego zasobu analitycznego nie skorzystała i nie zaproponowała, chociażby bardzo ogólnie, kierunkowych zmian, pisząc tylko o konieczności ich wprowadzenia.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Pan prezes Pakulski, proszę.

**Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:**

Dziękuję. Panie przewodniczący, panie pośle, chciałbym zapewnić pana posła, że ściśle współpracujemy z Ministrem Zdrowia; taki mamy porządek prawny, że to Minister Zdrowia kreuje system opieki zdrowotnej. Oczywiście, parlament określa generalne zasady, procedując odpowiednie rozwiązania ustawowe, w dalszej kolejności są one uszczegóławiane przez rozporządzenia ministra zdrowia, w tym zwłaszcza tzw. rozporządzenia koszykowe, które określają zakres świadczeń gwarantowanych, my natomiast na każdym etapie bierzemy udział, proponujemy rozwiązania, które z naszego punktu widzenia zarówno w pracach nad ustawą, jak i nad poszczególnymi rozwiązaniami będą rozwiązaniami lepszymi przede wszystkim dla pacjentów.

Tutaj chciałbym podać chociaż jeden przykład. Mianowicie po naszych analizach, przeprowadzonych w Narodowym Funduszu Zdrowia, zaproponowaliśmy rozszerzenie świadczeń gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Po uzyskaniu takiego rozszerzenia odpowiednie zmiany zostały przeprowadzone w zarządzeniach prezesa i przedstawialiśmy również wyniki takich rozwiązań. Udało nam się mianowicie zwiększyć dostępność do świadczeń, które mogły od tego momentu być udzielane w ramach świadczeń ambulatoryjnych, czyli bez konieczności hospitalizacji pacjenta. Dzięki temu, nie wydając większych pieniędzy, zwiększamy dostępność do świadczeń. To jeden z przykładów, które pokazują, że takie prace analityczne, choć nie ukrywam, że w dość ograniczonym zakresie, odbywają się.

Chciałbym natomiast zwrócić Wysokiej Komisji i wszystkim państwu uwagę również na to, że możliwości funkcjonowania na tym obszarze analitycznym Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia są ograniczone także ze względu na praktyczne możliwości. NFZ, jak państwo wiedzą, jest najbardziej efektywną instytucją na świecie. Na zarządzanie systemem wykorzystuje nieco ponad 1 proc. prowizji, podczas gdy standardem na świecie jest między 5 a 10 proc. w takich instytucjach. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Proszę państwa, chciałem jeszcze skierować pytanie do pana ministra Neumanna. Zaraz panu prezesowi Uczkiewiczowi udzielę głosu. Panie ministrze, kiedy spotykaliśmy się kilka miesięcy temu, mówił pan o mapie potrzeb zdrowotnych. Proszę więc powiedzieć, co w tej sprawie się dzieje i kiedy ta mapa zostanie sporządzona.

**Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:**

Panie przewodniczący, w czwartek te ustawy stają na Komitecie Stałym Rady Ministrów. Jest duża szansa, że 3 czerwca staną na rządzie i w czerwcu trafią do parlamentu. To jest w pakiecie kolejkowym. Także zmiany w Narodowym Funduszu Zdrowia, które pozwolą trochę lepiej zarządzać tą instytucją. Będziecie więc państwo mieli okazję jeszcze w czerwcu, mam nadzieję, pracować nad tymi zmianami.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Pan prezes Uczkiewicz, proszę.

**Wiceprezes NIK Jacek Uczkiewicz:**

Dziękuję, panie przewodniczący. Mam dwie uwagi. Po pierwsze, Najwyższa Izba Kontroli niczego – zwracam się szczególnie do pana posła Dziuby – nie zamierza przedstawiać w sposób zakamuflowany. Nasze prezentacje są udokumentowane, materiały źródłowe dostępne informacji publicznej. Staramy się natomiast rzeczywiście przedstawiać je w sposób wyważony i rzetelny.

Po drugie, jeśli chodzi o sprawy wyższej rangi i wagi, to odsyłam do informacji, gdzie wytłuszczoną czcionką na str. 15 jest napisane: „Biorąc pod uwagę wyniki kontroli...” – już wspominałem o tym, zaznaczyłem, teraz zacytuję – „...NIK zwraca się do Ministra Zdrowia o przygotowanie kompleksowej reformy systemu finansowania ochrony zdrowia. Minister powinien uwzględnić wynikającą z kontroli NIK konieczność zbilansowania potencjału szpitali w odniesieniu do potrzeb zarówno ogólnokrajowych, jak i regionalnych oraz poddać analizie efektywność ich wykorzystania. Zawieranie umów ze szpitalami należy uwolnić od lokalnych nacisków, a jego głównymi przesłankami powinny być jakość i dostępność oferowanych pacjentom świadczeń. NIK zwraca też uwagę, że w dzisiejszym systemie finansowania szpitali publicznych brak jest koordynacji odrębnych strumieni finansowania działalności bieżącej i inwestycyjnej ze środków publicznych. Brak systemowej analizy potencjału szpitali oraz ich indywidualne plany inwestycyjne każą przewidywać, że dysproporcje między oferowanymi świadczeniami a możliwością ich finansowania będą rosły”.

Minister nie wniósł zastrzeżeń do wystąpień pokontrolnych. W odpowiedzi, również dołączonej do informacji, jest stwierdzenie, że wyniki kontroli bardzo korespondują z wynikami kontroli wewnętrznej przeprowadzonej przez ministerstwo oraz informacja o działaniach mających na celu poprawę stanu prawnego. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń. Zamykam dyskusję. Proponuję, żeby Komisja upoważniła prezydium do zredagowania projektu dezyderatu do Ministra Zdrowia w sprawie, o której dziś rozmawialiśmy. Jeśli nie usłyszę sprzeciwu, uznaję, że wniosek został przez Komisję przyjęty. Sprzeciwu nie słyszę. Stwierdzam, że Komisja upoważniła prezydium do zredagowania projektu dezyderatu.

Przystępujemy do realizacji punktu drugiego porządku posiedzenia – rozpatrzenia informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli dostępności świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Panie prezesie, oddaję panu głos. Pani dyrektor, tak? Nie. To dziękujemy pani dyrektor. Panie prezesie, proszę o włączenie mikrofonu.

**Wiceprezes NIK Jacek Uczkiewicz:**

Przesłanką do tej kontroli były wyniki naszej kontroli sprzed dwóch lat, która wykazała m.in., że znaczna część pacjentów, którzy zgłaszali się do szpitalnych oddziałów ratunkowych, działających w strukturze szpitali, nie znajdowała się w stanie zagrożenia zdrowotnego, a więc nie kwalifikowała się do udzielenia im świadczeń ratowniczych. Skala tego zjawiska była bardzo duża, w skrajnych wypadkach dotyczyła nawet 80 proc. wszystkich pacjentów zgłaszających się do SOR. Osobom tym powinny być oczywiście udzielone świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, poradni specjalistycznych lub właśnie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. I ta nocna i świąteczna opieka jest przedmiotem dzisiejszego raportu. Trzeba też przypomnieć, że nocna i świąteczna opieka zdrowotna to świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, udzielane przez świadczeniodawców poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń POZ, a więc od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty i niedziele oraz inne dni ustawowo wolne od pracy.

Kontrolę dostępności świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przeprowadziliśmy w 7 oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia i w 25 podmiotach leczniczych. Zasięgaliśmy dodatkowo informacji w wielu innych jednostkach, w Centrali Narodowego Funduszu, w szpitalach, w których funkcjonują oddziały ratunkowe oraz w jednostkach samorządu terytorialnego w odniesieniu do działań podejmowanych w celu zapewnienia mieszkańcom świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na ich terenie. Przewodziliśmy również badanie ankietowe pacjentów korzystających z tych świadczeń.

Z naszych ustaleń wynika, że system nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej umożliwił pacjentom uzyskanie podstawowej pomocy medycznej. Warunki realizacji świadczeń w tym zakresie większości kontrolowanych podmiotów leczniczych były zgodne z ofertą w odniesieniu do wymagań lokalowych oraz wyposażenia w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną. Warto przy tym podkreślić, że w związku ze zmianą zasad organizacji udzielania świadczeń znoszących rejonizację pacjenci od 1 marca 2011 roku mogli korzystać z pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej w dowolnym punkcie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Skuteczność działania tej pomocy obniżały jednak stwierdzone przez NIK istotne nieprawidłowości, z których część może stwarzać zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i powinna być zdaniem NIK szybko wyeliminowana. Należą do nich: po pierwsze to, że ponad jedna trzecia kontrolowanych podmiotów leczniczych nie zapewniła udzielania świadczeń przez wymaganą liczbę zespołów dyżurujących w miejscu ich udzielania lub nawet nie utworzyła w ogóle takich zespołów. W skrajnych przypadkach realizację nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zapewniali lekarze wykonujący jednocześnie inne świadczenia w innych komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy nie zgłoszeni do wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, co stanowiło naruszenie umowy zawartej z płatnikiem. W efekcie takiej organizacji pracy wydłuża się także czas oczekiwania pacjenta na udzielenie porady lekarskiej.

Po drugie, w przypadku ok. 20 proc. świadczeniodawców nie przestrzegano obowiązujących godzin udzielania świadczeń. Stwierdzono również wypadki pełnienia dyżurów pod telefonem, czyli poza miejscem udzielania świadczeń, co też było niezgodne z umową zawartą z Narodowym Funduszem.

Po trzecie, zjawiskiem niepokojącym, odnotowanym w przypadku niektórych świadczeniodawców, był długi czas oczekiwania pacjentów na realizację wizyt domowych. Piszemy w raporcie o 80-letnim pacjencie oczekującym 12 godzin na taką pomoc. Podobny przypadek to 78-letni pacjent po 10 godzinach skierowany od razu do szpitalnego oddziału ratunkowego.

Stwierdziliśmy także, że 60 proc. świadczeniodawców nie spełniło, mimo zadeklarowania w ofercie, dodatkowych wymagań, które to wymagania podnosiły ich atrakcyjność ofertową. Nie były one wprawdzie bezwzględnie wymagane, ale ich zgłoszenie, jak mówiłem, podnosiło atrakcyjność ofertową i ułatwiało uzyskanie kontraktu. Sytuacja taka dotyczyła niezapewnienia mimo zgłoszenia w ofercie takich elementów, jak: diagnostyka laboratoryjna, dodatkowy zespół dyżurujący lub dodatkowy lekarz ponad minimalną obsadę wymaganą dla konkretnego obszaru zabezpieczenia.

Brak odpowiedniego zainteresowania lekarzy – co też stwierdziliśmy – posiadających specjalizacje potrzebne w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej skutkowało zatrudnieniem lekarzy, których specjalizacje mogły budzić wątpliwości co do ich bezpośredniej przydatności w tym zakresie, np. dermatologa, wenerologa, specjalisty medycyny nuklearnej czy rehabilitacji. Z uwagi na to, że liczba pediatrów i lekarzy będących w trakcie specjalizacji w tej dziedzinie medycyny zatrudnianych przez świadczeniodawców była mała w stosunku do potrzeb, dyżurowali oni tylko w określonych dniach i godzinach.

Jakie są wnioski? Stwierdzone nieprawidłowości wskazują, że oddziały wojewódzkie nie sprawowały wystarczającego nadzoru nad funkcjonowaniem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz organizacją udzielania świadczeń w tym zakresie. W ocenie NIK nadzór i kontrola funkcjonowania świadczeniodawców powinny mieć charakter systemowy, a nie koncentrować się na jednorazowych doraźnych akcjach w związku z medialnymi sygnałami o nieprawidłowościach.

Wyniki kontroli wykazały ponadto znaczącą różnicę w liczbie pacjentów zgłaszających się do świadczeń w dni powszednie i w dni wolne od pracy. W pierwszym przypadku, czyli w dni powszednie, zależnie od wielkości obszaru zabezpieczenia, od 4 do 20, w drugim od 30 do nawet 200 osób. Czyli w okresie świątecznym następuje 10-krotny wzrost liczby pacjentów zwracających się po omawianą pomoc. W efekcie liczba dyżurujących zespołów w dni powszednie była nadmierna w stosunku do potrzeb, a w dni wolne od pracy okazywała się niekiedy niewystarczająca. W świetle powyższego Narodowy Fundusz

powinien rozważyć zróżnicowanie wymogów w odniesieniu do liczby zespołów dyżuru-jących w dni powszednie, żeby po prostu lepiej gospodarować zasobami.

Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej finansowane były w formie miesięcznej stawki ryczałtowej określonej dla danego obszaru zabezpieczenia. Niektóre oddziały wojewódzkie różnicowały te stawki dla danej kategorii obszaru zależnie od liczby mieszkańców, inne stosowały jednolite stawki, bez względu na liczbę mieszkańców. Jednocześnie dokonana przez NIK w czasie kontroli analiza średniej miesięcznej w liczbie porad przypadających na jednego lekarza wykazała, że w niektórych obszarach zabezpieczenia liczba udzielonych porad nie zawsze była proporcjonalna do wielkości populacji. Z ustaleń kontroli wynika również, że dyrektorzy niektórych oddziałów wojewódzkich przyporządkowywali wybrane obszary zabezpieczenia do niższej kategorii, niż wskazywałaby rzeczywista liczba mieszkańców.

W ocenie NIK, Narodowy Fundusz powinien podjąć prace w celu udoskonalenia systemu ryczałtowego wynagradzania świadczeniodawców, tak aby w większym stopniu uwzględniał uwarunkowania demograficzne i epidemiologiczne na poszczególnych obszarach zabezpieczenia oraz pozwalał na optymalizację kosztów bez naruszania obowiązujących przepisów.

Wyniki kontroli wskazują, iż dobrym rozwiązaniem może być zorganizowanie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w tym samym szpitalu, w których funkcjonuje SOR. Ułatwia to kierowanie pacjentów, którzy nie kwalifikują się do udzielenia świadczeń z zakresu medycyny ratunkowej do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Ze świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej powinni korzystać pacjenci w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub nagłego zachorowania, czyli wówczas, gdy nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub istotny uszczerbek na zdrowiu, a zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy. Z badań ankietowanych pacjentów, którzy korzystali z tego rodzaju świadczeń, wynika jednak, iż prawie 28 proc. ich zgłosiło się z przyczyn niezwiązanych ze zdarzeniem nagłym, dolegliwości trwały niekiedy powyżej tygodnia i mogły być leczone przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Chcę poinformować Wysoką Komisję również o tym, że Minister Zdrowia nie wniósł zastrzeżeń, w piśmie skierowanym natomiast do Najwyższej Izby Kontroli stwierdził m. in., że podziela ocenę NIK zawartą w tym dokumencie oraz – przywołuję to zdanie z pewnego specjalnego powodu – poinformował, że oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadziły 338 kontroli u świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w tym w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Przywołałem to dlatego, panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, że ta odpowiedź dotyczy tak naprawdę systemu funkcjonowania kontroli wewnętrznej. Chciałem też poinformować Wysoką Komisję, że w Najwyższej Izbie Kontroli trwają obecnie prace nad tym, żebyśmy w każdej niemal informacji zawierali ocenę funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w danej instytucji czy danym resorcie, a w tym jako elementu kontroli zarządczej funkcjonowania kontroli wewnętrznej. To poza tematem, ale wywołane informacją pana ministra. Dziękuję bardzo.

#### **Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Otwieram dyskusję. Czy ktoś z państwa posłów chciałby zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń. Pan prezes... Przepraszam, pan poseł Tadeusz Dziuba i zaraz potem pan prezes, proszę bardzo. Tym razem pan poseł zgłaszał wyraźnie chęć zabrania głosu.

#### **Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):**

Już tylko z przyzwyczajenia się zgłosiłem. W raporcie Najwyższej Izby Kontroli nie mogę znaleźć jakichkolwiek stwierdzeń, które by pozwoliły odpowiedzieć na pytanie, czy ta nocna i świąteczna pomoc spełnia swoją rolę w systemie. I tutaj skomentuję swoje własne pytanie. W moim przekonaniu – jeśli się mylę, to proszę sprostować – instytucja tej nadzwyczajnej pomocy, tak to nazwijmy, wypełnia lukę, która powstała po decyzji, według mnie bezprawnej zresztą, zwolnienia lekarzy domowych, czyli funkcjonujących w tej tzw. podstawowej opiece zdrowotnej, decyzji, która zapadła kilkanaście lat temu, z pełnienia opieki zdrowotnej nad podopiecznymi rodzinami. Lekarze domowi funkcjo-



nują w określonych godzinach, nie wieczorami, nie w święta i nie w niedziele. Wymyślono więc tę instytucję, ale w ten sposób oderwano pacjenta od lekarza domowego. I teraz pytanie: czy ta instytucja rzeczywiście jest skuteczna? Czy to dobry, pożyteczny element systemu, czy tylko proteza, która wypełnia lukę w niewłaściwym według mnie funkcjonowaniu lekarzy domowych?

Jeśli państwo mają jakąś opinię na ten temat – zwracam się do przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli – chętnie bym ją usłyszał.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Przepraszam, ale skoro padło pytanie wprost, to bardzo proszę o odpowiedź, panie prezesie.

**Wiceprezes NIK Jacek Uczkiewicz:**

Prawdą jest to, co mówi poseł Dziuba, że w informacji nie ma stwierdzeń: spełnia rolę, nie spełnia roli. Jestem natomiast głęboko przekonany, że jest tam o wiele więcej, gdyż pokazujemy, jak to w ogóle funkcjonuje na różnych etapach i w różnych podejściach, a jednocześnie formułujemy wnioski, co należałoby zrobić, aby usprawnić funkcjonowanie tego systemu. I chyba to jest podejście właściwe, ponieważ absolutnie trzeba powiedzieć, że nie ma żadnych przesłanek na podstawie wyników kontroli, by stwierdzić, że ten sposób nie zdaje egzaminu, należy go skasować, zmienić. Takich wniosków Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje. Kreślimy natomiast pełny obraz, opisujemy, jak to funkcjonuje, jakie są główne trudności.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Pan prezes Pakulski, proszę bardzo.

**Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Na początku chciałem powiedzieć, że 15 listopada 2013 roku prezes Narodowego Funduszu Zdrowia podpisał zarządzenie o zmianie zarządzenia w sprawie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Wprowadzono rozwiązania, które w sposób jednoznaczny pozwalają ocenić złożone oferty. Określając poszczególne specjalności lekarskie, umożliwiono dokonanie przez świadczeniodawcę obniżenia o jeden wymaganej liczby zespołów w godzinach między 24.00 a 8.00. To wynikało z naszych analiz. W tym czasie korzystanie ze świadczeń jest mniejsze. Określono liczbę gabinetów lekarskich jako równą wymaganej liczbie lekarzy na danym obszarze zabezpieczenia. To miało również za cel wyeliminowanie sytuacji, w której pacjenci z powodu braku odpowiedniej liczby gabinetów lekarskich musieliby oczekiwać na pomoc.

Chciałby również podzielić się z państwem szerszymi spostrzeżeniami, uwagami. Musimy mieć świadomość, że charakter nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej to charakter opieki podstawowej, a więc prezentowanie tezy, że lekarz miał nieodpowiednią specjalność, jest, powiedziałbym, chybione, ponieważ w tym zakresie każdy lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu jest odpowiednio wykształcony do tego, by na tym poziomie udzielać podstawowej pomocy lekarskiej. Musimy też pamiętać, że ta pomoc doraźna funkcjonuje w ramach ratownictwa medycznego i w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia życia, nagłego zachorowania mamy dedykowany inny obszar zabezpieczenia świadczeń, czyli ratownictwo medyczne. Również poważniejsze zachorowania są diagnozowane i leczone w ramach SOR-ów i izb przyjęć.

Chciałbym też powiedzieć, że teza, iż lepszym rozwiązaniem jest lokowanie nocnej i świątecznej opieki przy oddziałach ratowniczych, jest tezą szkodliwą, dlatego że byłoby to sprzyjanie rozwiązaniom patologicznym, trudnym do uchwycenia z natury, o czym też jeszcze powiem. Dopiero wtedy bowiem byłaby pewna trudność oceny, czy personel udzielający tychże świadczeń jest personelem szpitalnego oddziału ratunkowego, czy personelem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Ponadto byłoby to mieszanie pewnego charakteru udzielanych świadczeń. Pacjenci pewnie tak czy inaczej byłiby zdezorientowani i być może w nadmiarze trafialiby dopiero wtedy do szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Jednak jest jeszcze inny aspekt, który chciałbym również poruszyć. Otóż lokalizacja szpitalnych oddziałów ratunkowych, które predysponowane są do tego, by odbierać

pacjentów z nagłym zachorowaniem lub w poważniejszym stanie zdrowia przede wszystkim od ratownictwa medycznego, jest często poza centrami miast. Podam konkretny przykład. W Sosnowcu szpitalny oddział ratunkowy, i centrum urazowe zresztą, mieści się w wojewódzkim szpitalu specjalistycznym na dalekich peryferiach miasta, i celowo jest tak zlokalizowany, ponieważ jest tam lądowisko, które musi spełniać odpowiednie wymagania, nie może być zlokalizowane w obszarze miasta gęsto zabudowanym. Nie ma natomiast żadnych przeciwwskazań, żeby podmiot leczniczy prowadzący działalność szpitalną składał ofertę również na ten zakres działalności. I tak też się zdarzyło. Podmiot prowadzący szpital złożył ofertę, wygrał konkurs, co spotkało się z lawiną protestów mieszkańców Sosnowca, popieranym zresztą przez różne organizacje, jak i posłów. Żądano skorygowania rozwiązań zabezpieczenia tego świadczenia właśnie poprzez ulokowanie go w centrum miasta. Tak więc musimy mieć na względzie, że większość szpitalnych oddziałów ratunkowych, mieszczących się w dużych szpitalach, często wyposażonych w miejsca do lądowania czy w ogóle już lądowiska zgodne ze wszystkimi przepisami, nie mieści się w centrach miast i byłoby to istotne ograniczenie dostępności do tego rodzaju świadczenia.

Mamy dane, które możemy przedstawić, a z których wynika, że szpitale tak czy inaczej realizują w ponad 40 proc. te świadczenia. Tak więc żaden ze świadczeniodawców nie jest dyskryminowany w tym obszarze. Również szpitale mogą składać oferty na to wydzielone świadczenie, jednakże forsowanie tezy, że powinno być to zapisane w sposób sztywny – że nocna i świąteczna pomoc musi być zlokalizowana przy szpitalnych oddziałach ratunkowych – z przyczyn praktycznych może być rozwiązaniem gorszym. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Pani poseł Bańkowska, proszę bardzo.

**Poseł Anna Bańkowska (SLD):**

Pewna refleksja. Trudno się nie zgodzić z argumentami pana prezesa. Myślę, że powinny one przemawiać również do Najwyższej Izby Kontroli, bo chyba państwo w tej ocenie przesadziliście, bo jeśli mielibyśmy np. powodować to, że w tej nocnej opiece są zatrudnieni specjaliści wszystkich dziedzin, to w końcu połowa pieniędzy, którymi dysponuje NFZ, szłaby na tego typu świadczenia. Po wysłuchaniu pana prezesa NFZ w tym wypadku absolutnie podzielam większość argumentów, które zostały przedstawione.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Pan prezes Uczkiewicz, proszę.

**Wiceprezes NIK Jacek Uczkiewicz:**

Dwie sprawy. Nie chcę ustosunkowywać się – moi koledzy ustosunkują się do tego precyzyjnie – do sprawy właściwych kwalifikacji, chcę tylko stwierdzić, że *gros* pacjentów nocnej pomocy to dzieci. I w sytuacji, gdy przyjmuje je specjalista np. od chorób wenerycznych, musi to budzić określone wątpliwości rodziców.

Sprawa natomiast lokowania tej formy pomocy w szpitalach, które prowadzą SOR-y: po pierwsze, nie formułujemy żadnego radykalnego wniosku w tej sprawie. Mówimy tylko, że mogłoby to pomóc w rozwiązywaniu pewnych podstawowych problemów pojawiających się w funkcjonowaniu zarówno SOR-ów, jak i pomocy świątecznej. Po drugie, jak powiedziałem, Ministerstwo Zdrowia podzieliło pogląd Najwyższej Izby Kontroli w tej i we wszystkich innych sprawach, zgodziło się z tezami. Po trzecie, nawet, jak widać z wczorajszego dnia, również Rzecznikowi Praw Pacjenta ta idea jest bardzo bliska i wspiera ją. To kwestia polityki i właściwe instytucje oraz instancje powinny w tej sprawie podejmować decyzje. Najwyższa Izba Kontroli sformułowała swoje sugestie na podstawie wyników.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Proszę.

**Doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia NIK Maria Gostyńska:**

Chciałam się odnieść do trzech punktów, które pan prezes NFZ był uprzejmy poruszyć. Jeżeli chodzi o zarządzenie prezesa NFZ dotyczące ograniczenia liczby zespołów dyżurujących w godzinach od 24.00 do 8.00, to nie rozwiązuje to naszym zdaniem problemu. Podczas kontroli wyniknęło, że zgłaszalność pacjentów w święta i dni wolne od pracy jest znacznie większa niż w dni w środku tygodnia, w związku z czym należałoby w naszym pojęciu zmniejszyć liczbę zespołów dyżurujących w ciągu tygodnia, zwiększyć natomiast w dni wolne od pracy i święta, bo w tygodni i tak przychodzi mniej osób w nocy, i tak. W święta natomiast nie. Tak więc to zarządzenie prezesa nie rozwiązuje problemu. To jedna sprawa.

Jeżeli chodzi o specjalizacje lekarzy, to chodziło nam o to, że prezes NFZ sam w swoim zarządzeniu określił, jakie specjalizacje powinni mieć lekarze zgłoszeni do udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, i tam była wymieniona interna, choroby wewnętrzne, pediatrii itd. Obecnie zaś pan prezes powiedział, że każdy lekarz ma prawo i umiejętność... Zgadza się, my tego nie negujemy, tyle tylko że mówimy tutaj, iż ci lekarze mogą dyżurować, a niekoniecznie musi to być internista czy specjalista od chorób wewnętrznych, co jest jak gdyby sprzeczne z zarządzeniem samego pana prezesa, który te wymagania stawia na pierwszym miejscu. Nie mówimy, że nie może dany lekarz świadczeń udzielać, ale nie oszukujemy się, lekarz medycyny nuklearnej czy rehabilitant nie do końca może sobie poradzić z przypadkami, z którymi pacjenci zgłaszają się nagle na dyżury. To po pierwsze. Po drugie, stwierdziliśmy w naszej kontroli takie przypadki, kiedy lekarz nocnej pomocy odsyłał pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego, powołując się właśnie na brak odpowiednich kwalifikacji własnych. Mówił: ja sobie z tym nie poradzę i kierował pacjenta do SOR-u. Teoretycznie więc ma dyplom, może udzielać świadczeń, ale w praktyce to nie dawało pożądanego rezultatu. To byłyby więc te sprawy, o których chciałam powiedzieć.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Pan prezes Pakulski, proszę.

**Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski :**

Panie przewodniczący, zarządzenie nie jest sprzeczne. Jeszcze raz powtórzę bardzo wyraźnie: charakter świadczenia to świadczenie podstawowe, czyli zakładamy, że pacjent zgłasza się z bólem głowy i katarą, lakonicznie mówiąc. To nie służy do prowadzenia szczegółowej diagnostyki, ten charakter, to pomoc doraźna w zasadzie, w najprostszych przypadkach. I tutaj nie ma żadnego ograniczenia istotnie. Oczywiście oceniamy dodatkowo określone specjalności, dodatkowo.

Kompletnie nie mogę zrozumieć kwestionowania uprawnień lekarza przez Najwyższą Izbę Kontroli... No nie. Państwo kwestionują uprawnienia do prowadzenia leczenia pacjenta, i to w najprostszych przypadkach. Lekarz kończy studia medyczne, uzyskuje dyplom i może leczyć pacjenta, każdego. Specjalizacja natomiast wykazuje jego szczególne uprawnienia i umiejętności w diagnostyce wybranego zakresu medycyny. I ten charakter świadczenia – proszę zwrócić uwagę – to świadczenie najprostsze ze świadczeń finansowanych w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych. Deprecjonowanie lekarza o specjalności – jak państwo przytaczają – medyka nuklearnego w leczeniu kataru jest moim zdaniem niezasadne.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Oddaję głos panu dyrektorowi, tylko proszę krótko. Chciałbym złożyć propozycję państwu posłom, już o konkluzję w tej sprawie. Proszę.

**Dyrektor Departamentu Zdrowia NIK Piotr Wasilewski:**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Chciałem tylko zauważyć, że my odnotowujemy stan rzeczywisty, panie prezesie i broń Boże, nie formułujemy żadnych ocen, na które pan się powołuje. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że wśród lekarzy udzielających świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej brakowało przede wszystkim odpowiedniej liczby pediatrów, mimo że znaczny odsetek pacjentów korzystających ze świad-

czeń tej opieki stanowiły dzieci. To pewien obraz stanu rzeczywistego. Bez tak daleko idących konkluzji, jak pan mówi.

**Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):**

Dziękuję. Proszę państwa, myślę, że wszyscy się zgodzimy co do tego, że ta sprawa jest konsekwencją polityki zdrowotnej rządu. W związku z tym proponuję, by Komisja upoważniła prezydium do przygotowania projektu dezyderatu do Ministra Zdrowia w tej sprawie. Proponuję, by w projekcie zawarte zostało pytanie dotyczące kwestii stawianej przez posła Tadeusza Dziubę. Chodzi o rolę lekarza rodzinnego. Ta rola rzeczywiście została zmieniona kilkanaście lat temu. Gdyby nie ten fakt, myślę, że nie byłoby pola sporu w tej sprawie.

Jeżeli nie usłyszę sprzeciwu, uznam, że Komisja upoważniła prezydium do przygotowania projektu dezyderatu do Ministra Zdrowia w omawianej sprawie. Sprzeciwu nie słyszę. Stwierdzam, że Komisja upoważniła prezydium do zredagowania projektu dezyderatu. Zakończyliśmy omawianie punktu drugiego.

Punkt trzeci – sprawy bieżące. Czy w tym punkcie ktoś z państwa chciałby zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam, że porządek dzienny posiedzenia został wyczerpany. Informuję, że protokół posiedzenia z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu będzie do wglądu w sekretariacie Komisji w Kancelarii Sejmu.

Dziękuję naszym gościom, dziękuję państwu posłom. Zamykam posiedzenie.