

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 2)

z dnia 30 listopada 2011 r.

Komisja Zdrowia (nr 2)

30 listopada 2011 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, i **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- informacja Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjętych kryteriów podziału środków finansowych z funduszu zapasowego, przeznaczonych na zwiększenie w planach wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 rok pozycji B2 „Koszty świadczeń zdrowotnych”,
- informacja Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2012 rok,
- uzupełnienie składu prezydium Komisji,
- sprawy bieżące.

W posiedzeniu udział wzięli: **Jakub Szulc** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jacek Paszkiewicz** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Lech Rejnus** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Krzysztof Frelich** naczelnik wydziału w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, **Angelika Stradomska** główny specjalista w Ministerstwie Finansów, **Maciej Piróg** doradca w Kancelarii Prezydenta RP, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Urszula Michalska** przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej wraz ze współpracownikami, **Maciej Niwiński** wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy wraz ze współpracownikami, **Maria Ochman** przewodnicząca Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”, **Joanna Zabielska-Cieciuch** przedstawicielka Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, **Jerzy Kiwiński** przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej, **Irena Rej** prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Agnieszka Górecka** przedstawicielka Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, **Grzegorz Byszewski**, **Małgorzata Celuch**, **Katarzyna Czajka** i **Robert Mołdach** przedstawiciele Pracodawców RP oraz **Piotr Szelağ** asystent społeczny poseł Barbary Czaplickiej.

W posiedzeniu udział wzięła lobbystka **Anna Kadzikiewicz** – VIEWPOINT GROUP.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych oraz **Grzegorz Ciura** – specjalista z Biura Analiz Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dzień dobry, witam bardzo serdecznie na roboczym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam wszystkich zaproszonych gości. Witam panie i panów posłów, a także pana ministra zdrowia Jakuba Szulca oraz pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

W dzisiejszym porządku obrad, który państwo dostali, są trzy punkty. Chciałabym do tego porządku obrad dołożyć jeszcze jeden, trzeci punkt. Będą to proponowane zmiany – poszerzenie prezydium Komisji Zdrowia. Ta zmiana została przedyskutowana i uzgodniona pomiędzy klubami. W związku z tym, że nie ma w tej chwili przewodniczącego, który się spóźni, uważam że grzecznościowo powinniśmy ten punkt potraktować jako

dalszy. Dlatego proponuję, żeby był on w porządku dziennym jako trzeci, natomiast propozycje tematów do planu pracy przesuwamy jako punkt czwarty.

Czy w związku z tą propozycją są jakieś głosy państwa posłów? Jeżeli nie, to w takim razie bardzo proszę o przyjęcie porządku w takim brzmieniu, jakie zaproponowałam.

Kto z państwa jest za przyjęciem nowego porządku? Dziękuję bardzo. Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

Pierwszy punkt – informacja prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjętych kryteriów podziału środków finansowych z funduszu zapasowego, przeznaczonych na zwiększenie w planach wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 rok pozycji B2 – „Koszty świadczeń zdrowotnych”. Prosililiśmy, aby prezes przedstawił nam tę informację z tego względu, że przez ostatnie dwa miesiące w ochronie zdrowia – szczególnie dotyczy to problematyki kontraktowania – było dość gorąco. Wiele osób, także posłów obecnych na dzisiejszym posiedzeniu Komisji Zdrowia, wystosowywało zapytania i interpelacje w tej kwestii. Wiele osób otrzymało już od pana prezesa takowe informacje. Jednak niedosyt wiedzy na rynku jest na tyle duży, że budzi dodatkowe, niepotrzebne emocje. Dlatego bardzo prosimy pana prezesa o przedstawienie tej informacji. Później otworzę dyskusję i będą państwo mogli zadawać dodatkowe pytania. Bardzo proszę, panie prezesie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Pani przewodnicząca, jeżeli można, to chciałbym zwrócić uwagę, że odpowiedź na punkt pierwszy, czyli nasze stanowisko, w poszerzonym zakresie przedstawiliśmy na wniosek pana przewodniczącego na piśmie. Myślę, że panie i panowie posłowie otrzymali je. Dlatego też, jeżeli można, wolałbym przejść do pytań, jeśli pani przewodnicząca pozwoli.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Może jednak, panie prezesie, chociaż w kilku zdaniach przybliżyć pan ten temat, bo myślę, że część osób – głównie tych, które interesowały się już wcześniej ochroną zdrowia – jest już wprowadzona w temat i zna odpowiedzi, natomiast część otrzymała materiały w tej chwili. Bardzo prosimy o kilka słów.

Prezes NFZ Jacek Paszkiewicz:

Dobrze. Jeżeli państwo pozwolą, cofnę się w czasie do momentu utworzenia planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia. Plan finansowy w zakresie przychodów został stworzony przy zastosowaniu algorytmu podziału środków finansowych, określonego w stosownym rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Jest to algorytm, który oczywiście już od kilku lat działa i według niego środki finansowe pochodzące z przychodów są dzielone między oddziały wojewódzkie. Ten algorytm i ten sposób podziału środków finansowych, który został zastosowany, określający rozkład przychodów w oddziałach wojewódzkich, spowodował między innymi sytuację, w której, w trzech oddziałach wojewódzkich poziom finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, czyli poziom planu finansowego, byłby niższy niż 105% planu finansowego z roku 2011. Uznaliśmy, że ten 5-procentowy wzrost w planie finansowym roku 2012, w stosunku do planu roku 2011, jest istotny, bo NFZ wprowadza w roku 2012 szereg nowych produktów kontraktowych, związanych także z wchodzącymi w życie w roku 2011 rozporządzeniami Ministra Zdrowia, a także ze zmianami dotyczącymi zarówno poziomu finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jak i podstawowej opieki zdrowotnej.

Ponieważ w trzech oddziałach wojewódzkich, czyli śląskim, pomorskim i szczególnie mazowieckim, dynamika wzrostu w roku 2012 okazała się ujemna w stosunku do obecnego planu – czyli de facto plan finansowy Mazowsza byłby na poziomie niższym niż w roku 2011 – podjąłem decyzję o włączeniu od razu funduszu zapasowego do propozycji planu finansowego przedstawionej ministrowi zdrowia i ministrowi finansów. Taką propozycję, czyli taki projekt planu finansowego, z już rozłożonym funduszem zapasowym między te trzy oddziały, otrzymali minister zdrowia i minister finansów. W toku uzgodnień zarówno minister zdrowia, jak i minister finansów, nie zgłosili zastrzeżeń merytorycznych do takiego sposobu podziału funduszu zapasowego. Jednakże z powodów czysto księgowych, związanych ze sprawozdawczością unijną, minister finansów zgłosił wątpliwość co do tego włączenia na etapie podpisywania planu finansowego Fun-

duśzu. Z tego powodu prezes w trybie autokorekty wycofał podział funduszu zapasowego. Plan finansowy został zatwierdzony przez ministra finansów i ministra zdrowia bez włączenia w to funduszu zapasowego. Fundusz zapasowy został uruchomiony już po podpisaniu przez ministra zdrowia i ministra finansów planu finansowego. Uzyskano to w taki sposób, jaki był uprzednio przedstawiany w projekcie ministrowi zdrowia i ministrowi finansów, czyli zwiększono poziom finansowania tych trzech województw do wartości nie mniejszej niż 105%.

Taka była geneza tworzenia obecnego planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz geneza dokonania stosownej zmiany w tymże planie finansowym, wynikającym z zarządzenia prezesa. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Myślę, że pewne rzeczy pan prezes nam przybliżył, ale chyba nie do końca wyjaśnił.

Otóż plan rzeczowo-finansowy był opiniowany przez Komisję Zdrowia. Z tego, co pan prezes tutaj mówi rozumiem, że wtedy już było założenie, że dodatkowy podział środków z funduszu zapasowego będzie dokonywany.

Prezes NFZ Jacek Paszkiewicz:

Nie, w tej opinii nie było włączenia funduszu zapasowego. Włączenie funduszu zapasowego znalazło się dopiero w projekcie planu finansowego, który został wysłany do ministra zdrowia i ministra finansów.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Cały czas są te wątpliwości, dlaczego tak się stało, dlaczego na temat tego projektu nie dyskutowaliśmy w momencie, kiedy plan powstawał. Jestem akurat z województwa śląskiego i pan prezes doskonale wie, że było tam szczególne zainteresowanie i presja. Dlaczego ten podział nastąpił w ten sposób, tym bardziej, że z uwagi na liczbę szpitali, liczbę placówek na Śląsku, a także liczbę mieszkańców, jest to aglomeracja zbliżona do województwa mazowieckiego. Dynamika wzrostu, to na pewno jedno, natomiast ilość środków finansowych niezbędnych do funkcjonowania tychże placówek, to jednak troszkę coś innego. W związku z tym, przy tego typie podziale środków budzą się wątpliwości, czy podział jest sprawiedliwy w stosunku do liczby wykonywanych procedur.

Myślę, że pytania, które będą zadawane – już widzę ręce w górze – będą w jakiś sposób rozwijały te wątpliwości, bo nikt tutaj nie podważa tego, że pan prezes działał zgodnie z prawem. Jest tylko pytanie, czy ten podział środków jest na tyle realny, żeby zaspokoić potrzeby zdrowotne w poszczególnych oddziałach, między innymi na Śląsku.

Bardzo proszę, otwieram dyskusję. Zgłaszali się: pani poseł Skowrońska, pan poseł Hoc, pan poseł Sprawka – w tej kolejności – i pan poseł Latos jako czwarty.

Posel Krystyna Skowrońska (PO):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Spróbuję powiedzieć o problemie i zadać pytania panu prezesowi.

Chciałabym powiedzieć, że wszyscy na tej sali, a przynajmniej większość, pamiętają o zmianie ustawy o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej i o dokonaniu zmiany algorytmu. W tym zakresie kolejne lata miały zapewnić finanse dla poszczególnych oddziałów wojewódzkich. Decyzja o uruchomieniu funduszu zapasowego albo decyzja o jego uruchamianiu sukcesywnym, w trakcie roku o zwiększeniu przychodów funduszu, również algorytmem, który dawałby wszystkim oddziałom dodatkowe pieniądze nie pozwalając napełnić się, czy stanowić końcowego rozwiązania problemu, o którym mówiliśmy – nierównego finansowania poszczególnych województw. Chodzi o różnice pomiędzy środkami przeznaczonymi na opiekę zdrowotną na jednego mieszkańca w danym regionie. Wtedy trzykrotne czy czterokrotne uruchamianie go w ciągu roku – gdyby następowało, bo niekiedy mieliśmy po dwa razy – powodowało, że ten system nie mógł się nigdy napełnić. Dzisiaj otrzymujemy informację o podzieleniu w sposób polegający na zrównaniu dynamiki, co jest wypaczeniem, czyli odwróceniem tego trybu.

Myśmy się tu napracowali, mówiliśmy, że pacjenci będą jednakowo traktowani we wszystkich regionach, że będą przeznaczane środki, wyodrębniane pieniądze na migra-

cje. Natomiast tą decyzją, którą pan prezes podjął, wróciliśmy – teoretycznie, gdybyśmy policzyli – do stanu wyjścia. To rozwiązanie cofa nas. Nie chcę używać innych słów, ale cofa nas ono do czasów, kiedy było tak wiele protestów z regionów, które otrzymywały mniejsze pieniądze na świadczenia. Chciałabym otrzymać – myślę, że byłoby dobrze, żeby Komisja otrzymała – informację, jaka w rachunku ciągnionym jest dynamika od 2005 r. Jeśli mówimy o ostatnim okresie, czy ostatnim roku, to żeby obraz był szerszy, to poprosiłabym przynajmniej o dane od roku 2005, kiedy to w związku z rozporządzeniem pana ministra Balickiego mówiliśmy o wskaźniku migracyjnym. Później, w 2007 r., rozporządzeniem pana ministra Religi przyjmowaliśmy wskaźnik dochodów w gospodarstwie. Dopiero wtedy – myślę, że i tak nie do końca prawdziwy – będziemy mieć obraz, jak wygląda finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych oddziałach wojewódzkich.

Zdecydowanie rozumiem głos pani przewodniczącej, która mówi o aglomeracji śląskiej, ale gdybyśmy mówili o świadczeniach migracyjnych, to wtedy poszczególne oddziały chętnie zapłaciłyby za pacjentów, którzy leczą się w takich placówkach. Mielibyśmy możliwość pokazywania, że pieniądze idą za pacjentem.

Chciałabym zadać panu prezesowi pytanie – poprosić o takie informacje – jeśli mógłby pan prezes powiedzieć, jak wyglądała średnia wartość środków przeznaczonych na pacjenta w okresie od 2005 do 2011 r., a jeszcze lepiej do 2012 r., dlatego że mówimy dziś o planie finansowym roku 2012. Gdyby wtedy szczególnie pokrzywdzone było województwo mazowieckie, to jestem przekonana, że na tej sali wszyscy nie mieliby najmniejszych wątpliwości, że te pieniądze poszły na wyrównanie środków na leczenie pacjentów. Natomiast metodą uwolnienia funduszu zapasowego – bez zastosowania algorytmu – po pierwsze, oddalają... Bo czymże będzie sytuacja kolejna, jeżeli – powiedzą państwo – podstawę znowu dostaną inne województwa, a poprzednio mazowieckie nie dostawało. To co, kolejne pieniądze?

Chciałabym zapytać pana prezesa, czy planowana jest kolejna korekta planu finansowego na rok 2012. Czy dzisiaj można powiedzieć, że poza tym algorytmem, o którym pan prezes mówił – przygotowywano, zaplanowano jeszcze inną zmianę? Kiedy nas czeka najbliższa zmiana? Czym ona będzie spowodowana? Jaki będzie jej kierunek? Chciałabym usłyszeć, czy jeszcze w tym roku – bo myślę, że perspektywa końca roku jest bliska – pan prezes planuje zmiany w planie finansowym, a jeśli planuje, to jaki ma projekt. Z czym przyjdzie, to będziemy widzieć, ale, jak na dzisiaj wygląda przygotowanie.

Chciałabym również zapytać, czy ta zmiana była opiniowana przez Radę Funduszu – ostatnia zmiana przeznaczenia czy uwolnienia funduszu zapasowego i sposób jego podziału – bo resztę, rozumiemy, że zatwierdził minister. Tak to zostało przedstawione. Czy i jakie były dodatkowe opinie Rady Funduszu?

Do momentu, w którym nie będziemy mieć informacji, jak wyglądają średnio środki na jednego pacjenta w dłuższej perspektywie, będziemy mieć bardzo zdeformowany obraz przeznaczenia środków na opiekę zdrowotną w poszczególnych regionach – tak Śląska, jak i innych regionów kraju.

To są moje dwa główne pytania. Wstęp potrzebny był dlatego, że problem jest duży. Pewnie się uspokoiłam, bo dłużej mówiłam. Gdybym mówiła krócej, to byłoby to dynamiczniejsze.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł poruszyła sprawę algorytmu. Myślę, że to też jest temat, o którym będziemy rozmawiać, ale ja mam pytanie, które mi się nasunęło słuchając pani poseł. Chciałabym, żeby pan prezes odpowiedział na to pytanie. Czy prawdą jest, że zgodnie z nowym algorytmem w niektórych województwach jest tak dużo środków finansowych, że będą budowane bardzo wysokie fundusze zapasowe?

Bardzo proszę, jako druga osoba zgłaszał się pan poseł Hoc. Proszę bardzo.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Rozpocząłbym od pytań do pani przewodniczącej, do mojej przedmówczyni, do Platformy Obywatelskiej, do rządu, albowiem w październiku 2009 r. to państwo i Komisja Zdrowia ustalaliście nowy algorytm podziału środków. Bardzo upajaliście

się tym sukcesem na konferencjach i z trybuny sejmowej, a teraz okazało się, że góra urodziła mysz. Naprawdę to widać. W ostatniej sekwencji zadałbym pytanie panu prezesowi – bo nie wierzę, że pan prezes nagle, ot tak sobie, z przyczyn czysto uznaniowych albo z bezrefleksyjnych jakichś postanowień, dzieli pieniądze w ten sposób, w jaki dzieli. Prawdopodobnie przyczyna tkwi w tym nowym algorytmie, który uznaliście wtedy za sztandarowy sukces czteroletnich rządów Platformy Obywatelskiej.

Mam zasadnicze pytanie w tej kwestii – co się stało? Miał być to wspaniały sukces, miał być to wspaniały wskaźnik podziału. W tym algorytmie miały być ujęte: wskaźnik demograficzny, wskaźnik epidemiologiczny, wskaźnik świadczeń wysokospecjalistycznych, wskaźnik wysokości przeciętnego dochodu przypadającego na jedno gospodarstwo domowe i wreszcie – jakiegokolwiek byłyby niedociągnięcia, nieprawidłowości – miało to być usunięte z funduszu migracyjnego. Taki był pomysł. Wydawało się, że to dobry pomysł, chociaż cały czas wiedzieliśmy, krytykowaliśmy i mówiliśmy, że najlepsze, największe oddziały nie dostaną pieniędzy w takiej ilości, w jakiej powinny dostać. To jest zły algorytm, chociaż o tym nie chcieliście w ogóle słyszeć.

Do pana, do was i najpierw do pana ministra zdrowia, pytanie – kto w takim razie dokonał podziału funduszu zapasowego? Kto, skoro nie było już pani minister Ewy Kopacz, nowy pan minister praktycznie jeszcze nie objął rządów, wiceminister praktycznie był w stanie zawieszenia, a minister finansów nic o tym nie wie? Kto dokonał podziału tego funduszu zapasowego? Po drugie, co jest przyczyną takiego podziału? To jest pytanie do pana prezesa – dlaczego dokonał tego podziału? Czyżby powodem był zły algorytm? Jeśli on jest zły, to czy pan prezes, rząd, czy pan minister, będą go nowelizować. I wreszcie, kto panuje nad tym funduszem, nie tylko zapasowym, ale w ogóle funduszem Narodowego Funduszu Zdrowia – czy tylko i wyłącznie prezes, czy też jest jakaś współpraca i kooperacja? Dziękuję. Na razie tyle, bo będę mieć jeszcze wnioski w drugim punkcie.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Mogę dodać od siebie, panie pośle, że podziału dokonał, zgodnie z prawem, pan prezes. Proszę bardzo, pan poseł Sprawka.

Poseł Lech Sprawka (PiS):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, panie prezesie, na wstępie jedno zastrzeżenie, żebym był dobrze zrozumiany. W żadnym momencie swojej wypowiedzi nie będę uważać, że w wyniku tego podziału województwo mazowieckie otrzymało za duże pieniądze – żeby była w tej kwestii pełna jasność. Natomiast powiem szczerze, że dziwię się zdziwieniu wielu z państwa tą sytuacją, dlatego że identyczna sytuacja wystąpiła w roku 2010. Proszę przypomnieć sobie dzień 13 sierpnia – kiedy gotowy był plan finansowy na 2011 r., po czym po dwóch tygodniach uruchomiono ponad 900 mln zł również z funduszu zapasowego oraz z rezerwy ogólnej. Wtedy pieniądze podzielono tak, że otrzymała je tylko część województw, a część województw nie otrzymała ani złotówki.

Mówiłem o tym na posiedzeniu naszej Komisji 27 lipca tego roku. Przedstawiłem zestawienia, pokazywałem, w jaki sposób działa ten, rzekomo lepszy, algorytm. Algorytm istotnie jest lepszy, ale dodatkowymi podziałami, już nie algorytmicznymi, a decyzjami uznaniowymi, powoduje się, że efektu działania algorytmu nie ma.

Pragnę państwu przypomnieć, że porównywałem dwa województwa – swoje lubelskie oraz mazowieckie. Otóż w 2009 r. – mówię o wykonaniu 2009 r. – udział województwa lubelskiego w całości planu finansowego wynosił 5,5%, mazowieckiego – 15,41%. To było przed zadziałaniem algorytmu. W pierwszym roku działania algorytmu lubelskie miało 5,51%, natomiast mazowieckiemu wzrosło do 15,46%. W roku 2011 – on jest jeszcze niezakończony, ale mówię po ostatniej zmianie planu finansowego z 16 września 2011 r. – udział województwa mazowieckiego wynosi 15,39%, lubelskiego – 5,58%. Proszę zwrócić uwagę – są to wielkości porównywalne z wykonaniem 2009 r., kiedy algorytm był inny, rzekomo niesprawiedliwy.

On rzeczywiście był dla części województw niesprawiedliwy, natomiast nie tu tkwi problem. Rzeczywiście jest problem województwa mazowieckiego, bo przy czystym zachowaniu algorytmu, a więc zarówno przy podziale pierwotnym, jak i przy podzia-

łach funduszu zapasowego czy rezerwy ogólnej, powstają kłopoty finansowe. Algorytm powoduje je również w województwach, które nie są uwzględnione przy tych podziałach. Problem tkwi w łącznej kwocie, a więc mówiąc krótko, wracamy do starego hasła – poziomu składki na ubezpieczenia zdrowotne. Tu tkwi problem. Natomiast mechanizmowi działania Narodowego Funduszu Zdrowia przestałem się dziwić, dlatego że – jeszcze raz podkreślam – w 2010 r. zrobiono dokładnie to samo. Jako dowód przytoczę państwu moje pytania zadane 27 lipca – „Kiedy i w jakiej wysokości mają państwo zamiar uruchomić część funduszu zapasowego i rezerwy ogólnej, czy tak, jak w ubiegłym roku, w końcu sierpnia, czy w innym terminie?”. Oczywiście odpowiedzi nie używałem. Natomiast pragnę zwrócić uwagę Komisji na charakterystyczną datę zmiany planu finansowego, tej, o której dzisiaj mówimy – 10 października, następnego dnia po wyborach. Jeszcze tydzień wcześniej pani minister Kopacz wmawiała mieszkańcom Lubelszczyzny, jak wspomniała jest algorytm, który w sposób nadzwyczajny premiuje województwo lubelskie. Po czym akt wyborczy 9 października, a 10 otrzymaliśmy taki, a nie inny podział funduszu zapasowego.

Szanowni państwo, naprawdę, dzielenie funduszu zapasowego, czy tak jak w 2010 r. rezerwy ogólnej, na trzy miesiące przed rozpoczęciem roku budżetowego, którego plan finansowy dotyczy... Proszę mi podać przykład jakiegokolwiek sfery i działalności gospodarczej, życia społecznego, w którym przewiduje się określone kłopoty czy trudności na trzy miesiące przed rozpoczęciem roku. Gratuluję znakomitych wróżbitów w Narodowym Funduszu Zdrowia. Jest to, proszę państwa, całkowicie niezgodne z ideą, z filozofią algorytmu. Ja to wtedy określiłem – nawiązałem do polskiego przysłowia – „Jasiu hebluj, hebluj, tata przyjdzie, siekierą wyrówna”. Tak to jest, algorytm zadziała, a później pan prezes, przy akceptacji ministra finansów i ministra zdrowia, siekierą podzieli fundusz zapasowy i rezerwę ogólną, czyli wrócimy do pierwotnego stanu.

Dlatego też jest to dla mnie rzecz całkowicie niezrozumiała, z tym, że tak jak mówiłem, już się tym nie emocjonuję, dlatego że mówiłem kolegom z koalicji rządzącej na Lubelszczyźnie już pół roku temu o tym, co się dzieje. Niestety, dzisiaj nagle słyszę jakieś zdziwienie. Zadnego zdziwienia nie ma, to jest norma.

Natomiast nie ukrywam, że jestem zdziwiony sytuacją – tu mówię chyba nawet w interesie tych województw, mam na myśli przede wszystkim mazowieckie – bo zdaje się, że są kłopoty ze wpływem środków na migracje. Szanowni państwo, przecież dokonaliśmy zmiany. Przecież rezerwa migracyjna miała być uruchamiana przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego, tylko i wyłącznie w sytuacji, kiedy taki rachunek jest. Te środki absolutnie nie powinny funkcjonować w systemie. Zwracałem na to uwagę. Dlaczego tę rezerwę rozwiązano jeszcze nim rok budżetowy się rozpoczął, uniemożliwiając w praktyce funkcjonowanie tego przepisu? Oczywiście sztucznie pompowano wtedy środki na kontrakty na 2011 r. – taka była sytuacja – ponieważ były protesty ze strony szpitali, które odmawiały kontraktowania.

Dlatego też, szanowni państwo, kończąc, jeszcze raz podkreślam – nie wymyślimy dobrego algorytmu przy tym poziomie finansowania służby zdrowia i przepychanką między częścią województw, szczególnie wschodnich, a częścią dużych województw, jak mazowieckie, śląskie itd. Proszę zwrócić uwagę – w ubiegłym roku, kiedy ponad 900 mln zł było dzielone, nie było takiej awantury, dlatego że one troszeczkę inaczej były podzielone. Ponieważ teraz, tak naprawdę, partycypowało w podziale tylko województwo mazowieckie, a śląskie i pomorskie w niewielkim stopniu, nagle rozpoczęła się awantura. Dlatego jeszcze raz podkreślam – jeżeli chcemy przywrócić normalność w rozdziale środków, musimy przede wszystkim odpowiednio zabezpieczyć ich ilość.

Moje pytanie nie będzie dotyczyć tej ostatniej zmiany planu finansowego. Dzisiaj Polska Agencja Prasowa podała, jakie ostateczne wskaźniki makro będą przyjęte dla budżetu 2012 r. Z tym związane jest pytanie. Ponieważ wzrost PKB ma wynieść 2,5% – pierwotnie było ponad 4% – bezrobocie 12,3%, inflacja 2,8%, mam pytanie do pana prezesa – czy zmiana wskaźników makroekonomicznych spowoduje zmianę po stronie przychodów ze składki na ubezpieczenia zdrowotne? To z kolei może spowodować konieczność zmiany planu finansowego, tego planu, o którym dzisiaj mówimy. Jeśli tak, to

jaką metodę dokonywania tych zmian pan prezes przyjmie przy podziale na poszczególne oddziały? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jak widzę prawda jest taka, pani przewodnicząca, szanowni państwo, że dzisiaj jesteśmy wyjątkowo zgodni. Mamy podobne spojrzenie na to, co się stało w ostatnim czasie. Wprawdzie pan prezes siedzi zadowolony – posłucha, wytrzyma te dwie godziny, i tyle z tego będzie pewnie wynikać. Natomiast, jak pani poseł Skowrońska powiedziała, nie taka była idea. Nie po to zmieniano algorytm, aby teraz mieć z tego typu sytuacjami do czynienia.

Panie prezesie, bardzo bym prosił, aby chociażby przez szacunek dla tej izby, jeśli nie dla nas personalnie, traktować nas poważnie i nie udawać, że w momencie, kiedy było przygotowywane posiedzenie Komisji Zdrowia i wydawaliśmy opinię, pan nie wiedział, że będzie w podobny sposób dzielony fundusz zapasowy. Proszę nas traktować poważnie. Na dobrą sprawę jedyna zmiana, która w tej sytuacji wynika ze zmiany algorytmu, jest taka, że pewną pulę pieniędzy – niemałą – pan dzieli poza wiedzą Komisji Zdrowia. My jakąś część opiniujemy, a resztę pan dzieli „po uważaniu”. Bynajmniej nie jest tak, panie prezesie, że pieniądze idą za pacjentem. Pieniądze idą nie wiadomo za czym, i według jakich pana decyzji. Czym się pan kieruje?

Chciałbym, w związku z tym dowiedzieć się, po pierwsze, jaki był proces dochodzenia do tej decyzji? Kto w tym procesie, oprócz kierownictwa NFZ, uczestniczył? Jednocześnie chciałbym dowiedzieć się, czy może już dzisiaj...

Myślę, że to nie jest zabawne, panowie, naprawdę.

Myślę, że warto byłoby zapytać, jak to będzie w roku kolejnym, ponieważ wydaje się, że skoro raz się udało, drugi raz się udało, to pewnie i w przyszłym roku będą państwo w podobny sposób te środki dzielić.

Dodam przy okazji do wypowiedzi mojego przedmówcy, że rok temu 6 województw było obdarzonych. Większość w niewielkim stopniu. Tak naprawdę, beneficjentem było jedno województwo, jeden region. Wówczas dziewięć nie dostało ani grosza, a tym razem aż trzynaście.

Wreszcie, panie prezesie, mamy sytuację następującą – dwa zbliżone, o podobnym profilu szpitale, na granicy województw, chociażby kujawsko-pomorskiego i mazowieckiego, mają różnicę w kontrakcie jak 2:1. Czy naprawdę musi być sytuacja taka, że w jednym miejscu, chociażby w kujawsko-pomorskim, są procesy z udziałem NFZ? Dyrektor NFZ musi się tłumaczyć w sądzie z tego, że nie płaci, na przykład, za procedury Nielimitowane, że są pewne zaległości. Natomiast są też oddziały, które opływają w dostatek.

Tutaj chciałbym zapytać pana prezesa, czy prawdą jest, czy coś pan prezes na ten temat wie – jak informowali dziennikarze, chociażby lokalni – że w oddziale mazowieckim było pismo uspokajające dyrektorów szpitali, dyrektorów jednostek, że mogą być spokojni – za różnego rodzaju nadwykonania, a już na pewno świadczenia Nielimitowane, czy ratujące życie, za które gdzieś indziej, niestety, się nie płaci, bo brakuje pieniędzy, w oddziale mazowieckim wszystko będzie zapłacone. Czy jest prawdą, że takie pismo było? Czy rzeczywiście taka jest sytuacja? Wiemy też o pewnej nadwyżce finansowej, którą udało się uzyskać w roku 2009.

Wreszcie chciałbym zapytać, jeżeli już mówimy o oddziale kujawsko-pomorskim, na ile wspomniana sytuacja z procesem sądowym i z tymi problemami finansowymi, miała wpływ na odwołanie dyrektora oddziału? Czy prawdą jest, że mocno w tej sprawie, również w sprawie wyboru kolejnego dyrektora, lobbował dyrektor jednego ze szpitali w kujawsko-pomorskim? Na razie dziękuję. Będę jeszcze później zgłaszać się do pytań.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Pani poseł Okragły.

Poseł Janina Okragły (PO):

Pani przewodnicząca, panie prezesie, szanowni państwo, moja wypowiedź będzie króciutka. W 2009 r. wprowadziliśmy algorytm, który miał wyrównywać różnice pomiędzy województwami, pomiędzy nakładami na leczenie jednego ubezpieczonego. I tak, pierwotny plan na rok 2012 przewidywał przeznaczenie średnio na leczenie jednego ubezpieczonego 1620 zł, biorąc pod uwagę całą Polskę, natomiast w województwie mazowieckim zaznaczyła się różnica i ta stawka wynosiła 1658 zł, co stanowiło o 2% więcej w stosunku do średniej krajowej. Po zmianie planu zarządzeniem 58, środki na leczenie jednego ubezpieczonego w województwie mazowieckim wzrosły do 1763 zł, a w całej Polsce do 1636 zł, co daje prawie 8% więcej nakładów na jednego ubezpieczonego w województwie mazowieckim.

Moje pytanie jest takie – dlaczego przy podziale środków brano pod uwagę tylko ogólną dynamikę wzrostu nakładów na leczenie w danym oddziale wojewódzkim, natomiast zupełnie nie brano pod uwagę nakładów na jednego ubezpieczonego? Wydaje mi się, że dalsze różnicowanie środków dla poszczególnych województw może spowodować ograniczenie dostępności do leczenia w niektórych województwach, szczególnie mniejszych. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Sztolcman.

Poseł Grzegorz Sztolcman (PO):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Mam dwa pytania do pana prezesa NFZ i do Ministerstwa Zdrowia. Pierwsze dotyczy podziału funduszu zapasowego. Wczytując się tutaj w tę informację odniosłem wrażenie, że głównym kryterium takiego, a nie innego podziału, było uzyskanie podobnej, czy takiej samej dynamiki wzrostu środków finansowych w planie na rok 2012 w stosunku do roku 2010. Natomiast w tabeli na str. 3, gdzie mamy zestawienie środków na opłacenie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2010-2012, brakuje mi rubryki, która informowałaby nas o wykonaniu tegorocznego planu. Myślę, że byłyby to bardzo istotne informacje, jeśli pan prezes posiada takie. Rok się nie skończył, ale myślę, że za te miesiące, które już się skończyły, informacje o wykonaniu byłyby bardzo cenne dla nas wszystkich.

Drugie pytanie – to już chyba do ministerstwa. W tej informacji są zawarte uwagi, że prawdopodobnie nie uda się w sporej części, czy w sporej części zakresów, przeprowadzić konkursów do końca roku. W takich przypadkach prezes Funduszu będzie wyrażać zgodę na przedłużenie dotychczasowych umów do czasu rozstrzygnięcia konkursu, ale dotyczyć to będzie tylko podmiotów spełniających warunki udzielania świadczeń określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia obowiązujących od nowego roku. Mam pytanie – czy te nowe rozporządzenia w jakiś sposób anulują plany dostosowawcze, bo bardzo wielu świadczeniodawców, głównie publicznych, ma plany dostosowawcze, bo nie spełniają wszystkich warunków. Czy te plany zachowują aktualność? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Ja tylko chciałam zwrócić uwagę, że w drugim punkcie będziemy mówić o problemach kontraktowania, więc bardzo proszę, żebyśmy się teraz skupiali tylko i wyłącznie, na podziale rezerwy.

Poseł Grzegorz Sztolcman (PO):

Przepraszam.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Nie szkodzi, panie pośle. Pan poseł Katulski, i później pan poseł Chmielowski.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Mam pytania, które w części pewnie powtórzę za moimi przedmówcami, ale mimo to chciałbym zwrócić uwagę na pewną rzecz. Nie byłoby całej tej naszej dyskusji, gdyby nie tak rażąca dysproporcja w rozdysponowaniu środków, bo naprawdę trudno wytłumaczyć naszym wyborcom – pan prezes też musi to rozumieć – jak to jest możliwe, że 13 województw ma pozostać na takim poziomie, jaki

wynika z pierwotnego planu, a tylko trzy województwa – warto zwrócić uwagę, że jedno z nich to śląskie – dostaje uregulowanie zaległych zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia w stosunku do świadczeniodawców. Czyli dwa województwa są premiiowane dodatkowymi pieniędzmi.

Pan prezes wskazuje w tabelach, które dzisiaj otrzymaliśmy, na dynamikę między rokiem 2010 a 2012, natomiast ja skierowałem pytanie do pana prezesa w momencie, gdy ukazało się to zarządzenie i otrzymałem odpowiedź, że dynamika wzrostu na przełomie lat 2008-2011 była dla pana głównym wyznacznikiem, żeby tak właśnie te pieniądze rozdysponować. W związku z tym chciałbym się dowiedzieć, dlaczego dzisiaj dostajemy inną informację? Być może skierowana do mnie odpowiedź była odpowiedzią niepełną. Proszę o wyjaśnienie mi tej wątpliwości.

Następny element, na który chciałbym zwrócić uwagę, jest szerszej natury. Szanowni państwo, nie może być tak, że jako parlamentarzyści uchwalamy ustawy, które mają w zasadniczym stopniu regulować ważne dla społeczeństwa sprawy gospodarcze, jak również kwestie życia społecznego – ochrona zdrowia jest sprawą najważniejszą dla większości obywateli naszego kraju – po czym urzędnik jedną swoją decyzją całą naszą ustawę rujnuje. Jeśli to tak dalej ma wyglądać, to ja w tym momencie proponuję, żeby Narodowy Fundusz Zdrowia zaproponował własną, autorską wersję algorytmu, jak on ma wyglądać. Być może ta ustawa rzeczywiście jest wadliwa. Teraz szczegółowe pytanie dotyczące tego – czy Narodowy Fundusz Zdrowia negatywnie opiniował ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej, czyli nowy algorytm, bo ja nie pamiętam z prac Komisji, żeby tak było. Jeśli tak było, to proszę o przypomnienie.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę, pan poseł Chmielowski.

Poseł Piotr Chmielowski (RP):

Pani przewodnicząca. Pani prezesie, z pana wypowiedzi zrozumiałem, że te środki, które zostały przeznaczone z funduszu zapasowego, zostały tak podzielone, aby nie było ujemnego wyniku w województwie mazowieckim w roku 2012. Jak rozumiem, te środki funduszu zapasowego dotyczą roku 2011. Jeżeli zwrócimy uwagę, że są województwa, w tym również województwo śląskie, które akurat przoduje, jeżeli chodzi o nadwykonania, to będzie to oznaczać, że gdzieś pojawi się dziura, dlatego że, prędzej czy później, NFZ przegra procesy o nadwykonania. To jest moje właściwe pytanie – dlaczego jedynym elementem tego typu podziału, bo tak zrozumiałem z pana wypowiedzi, czy pewnym wzorcem podziału, było zapewnienie potencjalnego wzrostu planu finansowego na rok 2012 w województwie mazowieckim? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Następna w kolejności, pani poseł Kłosin. Myślę, że po tej wypowiedzi pan prezes będzie chciał odpowiedzieć. Później zabrają głos pozostałe osoby, które są zapisane, bo tych pytań jest naprawdę dużo.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Pani prezesie, pani ministrze, chciałabym bardziej ogólnie odnieść się do tej dyskusji. Chodzi mi oczywiście również o algorytm.

Reprezentuję województwo pomorskie, które, jako jedno z trzech województw, otrzymało środki z tego podziału funduszu zapasowego, z czego się bardzo cieszymy. Niemniej jednak chcę powiedzieć, że to wcale nie rozwiązuje problemów, które mamy w województwie, w którym nadwykonania na koniec roku są przewidywane na poziomie 100 mln zł. Są to głównie świadczenia Nielimitowane i świadczenia ratujące życie.

Założeniem nowego algorytmu, który został wprowadzony w 2009 r., było zrównanie nakładów na leczenie jednego pacjenta i usunięcie występujących w kraju dysproporcji pomiędzy poszczególnymi regionami. W tej chwili te dysproporcje w dalszym ciągu są i się utrzymują. Dysponuję takimi danymi, z których wynika – z tym, że są to dane dotyczące 2012 r. w kontekście planowanych nakładów, niebiorące pod uwagę Nielimitowanych dotychczas refundacji za leki recepturowe – że średnie nakłady na pacjenta

kształtują się w kraju na poziomie 1397 zł, a w województwie pomorskim jest to poniżej średniej i wynoszą 1352 zł. Mazowieckie – 1424 zł, zachodniopomorskie – 1400 zł.

W kontekście tych danych i tego, co tutaj padało, co podnosili koledzy i koleżanki, mam pytanie – czy nie należałoby rozważyć potrzeby modyfikacji obowiązującego algorytmu i zweryfikowania sposobu jego wyliczania tak, aby rzeczywiście był on sprawiedliwy i uwzględniał wszystkie czynniki w poszczególnych województwach? Chodzi o czynniki demograficzne, wskaźniki przyrostu demograficznego w poszczególnych województwach, czy też wskaźniki epidemiologiczne. Może to pozwoliłoby na bardziej sprawiedliwy podział środków i zlikwidowanie istniejących w tej chwili dysproporcji.

Drugie moje pytanie dotyczy problemu – też już tutaj podnoszonego – ze wpływem środków na migrację. Wiem, że są oddziały, które odmawiają zapłaty za leczenie swoich pacjentów, tłumacząc to brakiem limitów i brakiem środków w planie finansowym. Kiedyś były takie przymiarki, żeby migrację rozliczać na szczeblu centrali. Czy w związku z tym, że oddziały między sobą nie umieją znaleźć porozumienia, nie należałoby rozważyć sytuacji, że migrację rozliczać będzie centrala, że powstanie specjalny wydział do rozliczania migracji, który będzie dysponować środkami, które w tej chwili są w oddziałach. Będą one deponowane w centrali i centrala będzie je uznawać i obciążać odpowiednie konta za migrację pacjentów. W ten sposób środki migracyjne będą rzeczywiście szły za pacjentem, będzie się to dziać automatycznie, bez żadnych dyskusji pomiędzy oddziałami.

Trzeci problem, który chciałabym tutaj poruszyć, nie dotyczy algorytmu, ale... Może później, bo to dotyczy kart ubezpieczenia.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie prezesie, są zapisane jeszcze trzy osoby. Może dokończymy pytania i później pan prezes odpowie. Bardzo proszę, pan poseł Maciej Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, jestem bogatszy o państwa wypowiedzi, z których wynika, że algorytm nie jest zły – algorytm jest dobry, bo uwzględnia dużo więcej czynników niż ten sposób podziału funduszu zapasowego, który został dokonany. Chyba jest to pretensja po części do nas samych, że mając przykład w roku 2009, kiedy nie było tak dużych emocji jak w dniu dzisiejszym, nie doprecyzowaliśmy tych przepisów ustawowych, które uniemożliwiałyby dokonanie rozdziału funduszu zapasowego. To kamycek do ogródka tych wszystkich z państwa, którzy krytykują tę możliwość podziału funduszu zapasowego przez pana prezesa.

Do pana prezesa mam tylko i wyłącznie – nie wiem – pretensję, że, po pierwsze, kierował się tylko jednym wskaźnikiem – dynamiką wzrostu. Doprowadza to do takiej sytuacji, że województwo mazowieckie, które zawsze miało większe nakłady na ochronę zdrowia, będzie potrafiło środki zabezpieczyć, i na nadwykonania, i na większość świadczeń, w przeciwieństwie do niektórych województw, w których sytuacja będzie się pogarszać. To będzie podobny obraz do podwyżek emerytur w systemie procentowym, a nie kwotowym. Będzie rozdźwięk pomiędzy tymi, którzy już mają największe kontrakty – z takich czy innych przyczyn, może historycznych – a będą mieli jeszcze większe, co naturalnie będzie również przesunąć migrację z innych części polski.

Natomiast mój żal wynika z tego, że pan prezes, który z nami spotyka się już od wielu lat – bo to już chyba piąty rok – dokonał zmiany funduszu zapasowego pomiędzy 16 sierpnia a 10 października. Zapewne, gdyby ta zmiana dokonała się już w pierwotnym planie finansowym, czyli około 16 października – o ile nie było innych możliwości dokonania tego na tym etapie – to drugie spotkanie z Komisją Zdrowia i podział tego algorytmu spowodowałoby to, że być może uwzględnilibyśmy wiele innych czynników i podział tych środków uwzględniałby nie tylko dynamikę wzrostu, ale również inne czynniki, które zostały wpisane do algorytmu. O to osobiście, jak też w imieniu osób, które są, na przykład, w Wielkopolskim Oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia, na terenie którego mam przyjemność mieszkać, mam do pana prezesa żal. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Odniosę się do tych słów, które wypowiedział pan poseł. Myślę, że na tej sali posłowie mają świadomość, że pan prezes działał zgodnie z prawem. Nikt tego nie kwestionuje. Kwestia i problem jest zupełnie gdzie indziej – czy nie powinniśmy jednak znowelizować algorytmu, czy nie powinniśmy znowelizować ustawy o świadczeniach zdrowotnych? To raz, a dwa – powiedział to pan poseł – ogromnie istotny był przepływ informacji. My też byliśmy zaskoczeni tą decyzją i w związku z tym dzisiaj najprawdopodobniej z tego wynika nasz brak wiedzy, brak informacji i dzisiejsze spotkanie Komisji. Przepływ informacji, niestety, trochę źle zafunkcjonował.

Jeszcze dwie osoby – pan poseł Bałt i pani poseł Hrynkiewicz, następnie oddam głos panu prezesowi.

Poseł Marek Bałt (SLD):

Panie prezesie, mam dwa pytania. Proszę przedstawić, ile wynoszą w tej chwili fundusze zapasowe w poszczególnych oddziałach NFZ. Drugie pytanie – czy na poziom finansowania oddziałów NFZ w 2012 r. będzie miał wpływ poziom finansowania w 2011 r.? Jeśli tak, to w jaki sposób?

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Proszę bardzo, pani poseł.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Pani przewodnicząca, panie prezesie, mam bardzo krótkie pytanie. Chcę zapytać o stan zadłużenia placówek ochrony zdrowia na koniec trzeciego kwartału i prognozowane na koniec roku.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Bardzo proszę, panie prezesie, jeżeli jest to możliwe, po kolei odpowiedzieć na nasze pytania i wątpliwości. Dziękuję.

Prezes NFZ Jacek Paszkiewicz:

Pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, postaram się odpowiedzieć w pewnych konglomeratach, ponieważ pewne sprawy w wypowiedziach państwa układają się w logiczny ciąg.

Na wstępie chciałbym odpowiedzieć na pytanie pani przewodniczącej, zadane na początku, czy rzeczywiście sytuacja nie jest taka, że Śląsk dysponując podobną kadrą medyczną, czy też podobnym zapleczem infrastrukturalnym jak Pomorze, powinien uczestniczyć w podobny sposób w podziale tych środków finansowych. Odwołam się tutaj do materiałów, które państwu przedstawiłem. W tabeli, która znajduje się na str. 3, widzą państwo kolumnę „Różnica 2012-2011”. Zwracam szczególnie uwagę na to, że Śląsk ma na rok 2012 środki finansowe wyższe niż na 2011 o ponad 258 mln zł, podczas gdy dla Mazowsza jest to jedynie 118 mln zł. Nie będę się odwoływać do kolejnych województw, bo mogą to państwo oczywiście znakomicie prześledzić sami. Wynika z tego wprost, że ponad 100 mln zł więcej Śląsk otrzyma w roku 2012 niż ma w planie na 2011 r. Nie możemy więc mówić, że Śląsk został w jakikolwiek sposób poszkodowany.

Kwestia dotycząca odpowiedzi na pytanie pani poseł z Podkarpacia. Może mam niepełne dane i nie wiem, czy panią poseł Skowrońską to zadowoli, ale chcę zwrócić uwagę na to, że jeżeli porównalibyśmy dynamikę roku 2004 z 2012 r., to plan finansowy dla Podkarpacia wynosi 208%, czyli w tym czasie środki finansowe dla Podkarpacia podwoiły się.

Oczywiście mają mniej niż Mazowsze. Jeżeli pani poseł sądzi, że kiedykolwiek Podkarpacie dorówna Mazowszu, to jest to raczej złe myślenie. Proponuję, żeby Podkarpacie wybudowało taką liczbę instytucji i uczelni, jaką ma Mazowsze i wtedy będziemy mówić o podobnych środkach. Takie myślenie nie zyska zainteresowania.

Jeśli chodzi o nakłady na jednego ubezpieczonego, o czym pani poseł również mówiła, to jeżeli popatrzymy na rok 2010 – niestety nie mam tutaj danych ciągniętych od 2004 r., o które pani prosiła, ale oczywiście możemy je pani poseł przekazać – to wtedy nakłady wynosiły 1334 zł na jednego mieszkańca. Obecnie wynoszą one 1561 zł. Dynamika między 2010 r. a 2012 r. wyniosła 227 zł. Chcę powiedzieć, że Mazowsze w tym

samym czasie miało dynamikę równą 93 zł. Nie można więc mówić, że algorytm nie działa, że Podkarpacie jest w jakiś sposób poszkodowane.

Pan poseł Hoc – to są właściwie pytania do ministra zdrowia. Odniosę się tylko do kwestii dotyczącej rezerwy migracyjnej. Panie pośle, gdybyśmy rezerwy migracyjnej nie rozwiązali przed okresem kontraktowania, to niemożliwe byłoby zawarcie umów na około 3 mld zł, bo tyle ona stanowi. Dyrektorzy muszą mieć tę rezerwę rozwiązaną. Jest ona całkowicie rozwiązywana na początku, jeszcze przed kontraktowaniem, po to, żeby upoważnienia na świadczenia wykonane dla osób spoza województwa włączyć do planów finansowych odnośnych placówek zdrowia. Z tego też powodu trudne byłoby... Oczywiście ważne jest też to, o co pani poseł pytała, czy też poddała sugestię, że dobrze byłoby, gdyby ta rezerwa rozliczana była centralnie. Absolutnie zgadzam się z panią poseł. Byłoby to dobre rozwiązanie, ale wymagałoby jednorazowo wytrącenia z obiegu ponad 3 mld zł i stworzenia rezerwy w tej wysokości, czyli, de facto, na tyle te umowy musiałyby być pomniejszone, także ze szpitalami. Nie sądzę, żeby w tej chwili było to możliwe, przy takich, a nie innych przychodach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Co do kwestii dotyczącej algorytmu, Narodowy Fundusz Zdrowia nie zgłaszał negatywnego stanowiska wobec wprowadzenia tegoż algorytmu. Chcę państwu przypomnieć – część z państwa posłów na pewno świetnie pamięta – że okres wprowadzenia algorytmu to był rok 2009, czyli byliśmy po znakomitym finansowym roku 2008, w którym nieplanowane przychody NFZ sięgnęły ponad 8 mld zł. Obecnie ten algorytm funkcjonuje w warunkach daleko mniejszej dynamiki środków finansowych rok do roku, niż optymistycznie wydawało się to w 2009 r. To wymaga pewnych działań zarządczych na poziomie NFZ, po to, żeby zachować możliwości kontraktowania świadczeń przez określone oddziały wojewódzkie.

Odnosząc się do tego, co powiedział pan poseł Katulski, czy nie jest tak, że urzędnik niweczy efekty algorytmu, znakomitego, uchwalonego przez państwa, który – ja się zgadzam – jest dobrym algorytmem. Panie pośle, jeżeli państwo uchwalają algorytm, to proszę również wyposażyć Narodowy Fundusz Zdrowia w odpowiednie przychody. Proszę je zwyczajnie zwiększyć. To w końcu jest państwa możliwość. Wtedy będzie możliwość stosowania wyłącznie algorytmu z wyłączeniem zarządzania funduszem zapasowym. Ubolewania na temat tego, że prezes zarządza środkami finansowymi przyjąłem do wiadomości, natomiast zapewniam państwa, że zamierzam nimi dalej zarządzać, jeżeli oczywiście nikt mnie nie odwoła z tego stanowiska.

Odnosząc się do pytania pana posła, dotyczącego w szczególności województwa kujawsko-pomorskiego – przyczyną odwołania dyrektora była moja negatywna ocena sposobu zarządzania środkami finansowymi.

Porównanie szpitali działających na granicach województw może nie do końca jest dobre, bo mogą być różne przyczyny, które wpłynęły na takie, a nie inne finansowanie jednego i drugiego szpitala. Myślę, że można by takie przykłady podawać również w drugą stronę. Na pewno nie ma takiej sytuacji, że Mazowsze jest takim miejscem, w którym wszystko wszystkim jest płacone. Mnie przynajmniej takie praktyki nie są znane. Natomiast obowiązkiem każdego dyrektora jest zapłacenie świadczeń nielimitowanych. Po to one w końcu są, żeby były nielimitowane i żeby były zapłacone. Problem zarządzania tymi zapłatami na terenie kujawsko-pomorskiego województwa był, i był to problem zarządczy, związany tylko i wyłącznie z oddziałem wojewódzkim, co skutkowało – tak jak powiedziałem – negatywną oceną dyrektora. Również podjęte, z mojego punktu widzenia, próby rozwiązywania pewnych konfliktów na etapie sporów sądowych, o których wiadomo, że niekoniecznie Narodowy Fundusz Zdrowia wyjdzie z nich zwycięsko, jak też niepróbowanie załatwienia tego poprzez, na przykład, ugody. To też negatywnie rzutowały na tę opinię o tym dyrektorzem. Nie jest mi znany żaden lobbying jakiegokolwiek dyrektora szpitala w sprawie kandydata na to stanowisko. Nikt ze mną nie prowadził żadnych rozmów, ani nie słyszałem nic na ten temat.

Pewnie do czegoś się... Tak jak powiedziałem, ja nie znam takiego pisma, panie pośle, które mówiłoby o wszystkich nadwykonaniach do zapłaty. Nie przypuszczam. Mazowska na to nie stać, żeby była jasność. Nie ma takiej możliwości technicznej. Natomiast co do zapłaty za świadczenia nielimitowane, to jest to obowiązek każdego dyrektora.

Tak jak powiedziałem, każdy dyrektor świadczenia nielimitowane, bo taka jest ich koncepcja, powinien opłacić w 100-procentach. Być może to pismo tego dotyczyło. Mnie jego treść nie jest znana, więc trudno mi w tej chwili się odnieść. Natomiast na pewno nie dotyczyło wszystkich świadczeń, bo w tej kwestii Mazowsze na pewno nie posiada środków finansowych, aby zapłacić za wszystkie świadczenia.

Przepraszam, jeżeli coś pominąłem. Jeszcze pani poseł zadała pytanie o zadłużenie szpitali. Zadłużenie szpitali nie jest kwestią, która jest raportowana Narodowemu Funduszu Zdrowia. W tej sprawie informacje ma raczej pan minister. Fundusze zapasowe oddziałów wojewódzkich wynoszą zero – nie ma ich generalnie i nie ma prawa być w ogóle.

Jeśli chodzi o proponowane zmiany planu finansowego, to planowana jest jeszcze zmiana planu finansowego 2011 r. Odnośna zmiana już wpłynęła. Podpisywałem ją w tym tygodniu, więc powinna już się znaleźć w Komisji Zdrowia i Komisji Finansów Publicznych.

Co do roku 2012, to na dzień dzisiejszy nie planujemy istotnych zmian. Na pewno, jeżeli będą oficjalne zmiany we wskaźnikach makroekonomicznych – już przyjęte przez rząd – to będziemy musieli się im przyjrzeć, aby zobaczyć, w jaki sposób zarzutu na ewentualną prognozę przychodów.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, odnosząc się do tych pytań, które częściowo lub w całości były skierowane do MZ, już udzielam odpowiedzi.

Zobowiązania – może od tego zacznę, od końca, bo to najprościej. Zobowiązania całkowite polskich szpitali na trzeci kwartał 2011 r. to kwota 9950 mln zł. Jest to spadek z kwoty 10.057 mln zł w kwartale drugim, a więc dynamika wynosi 98,9%. Przy czym trzeba zauważyć, że generalnie od dłuższego czasu mamy do czynienia z fluktuacją, kiedy zobowiązania wahają się od kwoty 9600 mln zł do 10 mld zł. To są dane, które funkcjonują w systemie przez ostatnich kilka lat, a więc można powiedzieć, że całkowity poziom zobowiązań się nie zmienia, przy czym reguła jest taka, że najniższe zobowiązania odnotowujemy w kwartałach trzecim i czwartym, a najwyższe w pierwszym i drugim, czyli na początku roku mają one tendencję rosnącą po to, żeby z końcem roku spadać.

Pan poseł Sztolcman prosił o to, żeby przedstawić dane dotyczące wykonania planu finansowego za rok 2011. Siłą rzeczy takich danych być nie może, co więcej, mamy do czynienia z sytuacją, w której – państwo doskonale zdają sobie z tego sprawę – pod koniec roku świadczeniodawcy w tych pozycjach, w których mają niewykorzystanie limitu środków zakontraktowanych – mówiąc najbardziej brzydko – dobijają do limitu. W związku z tym, kuszenie się w listopadzie o jakiegokolwiek jest – w moim przekonaniu – przedwczesne, zwłaszcza że dynamika grudnia zawsze przynosi spore zmiany.

Pan poseł Hoc zadawał pytania dotyczące tego, w jaki sposób funkcjonuje Narodowy Fundusz Zdrowia, od kogo jest zależny i jak działa. Pozwolę sobie nie odpowiadać na pytania, na które odpowiedź jest jednoznacznie określona w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – odsyłam do lektury. Nic w tej kwestii nie zmieniło się w ostatnim czasie. Wszystkie zależności i wszystkie procedury, które funkcjonują w NFZ, są bezpośrednią pochodną przepisów ustawy o świadczeniach.

Pytanie pana posła Sprawki. Nie odniosę się do kwestii, która była głównym motywem wypowiedzi pana posła Sprawki, czyli kwestii zwiększenia środków na ochronę zdrowia. Do tego odnosił się już przed momentem pan prezes Paszkiewicz. Natomiast odnośnie do tego stwierdzenia dotyczącego zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2012 w dniu 10 października 2011 r. należy powiedzieć jedno, panie pośle, myślałem, że bywamy na tych samych posiedzeniach Komisji. W materiale, który został państwu przekazany, tego nie ma, ale zmiana, o której dzisiaj dyskutujemy, a więc podział funduszu zapasowego, została przez prezesa NFZ zgłoszona razem z planem finansowym, a więc w połowie sierpnia 2011 r. Dokładnie w takim samym wymiarze i dokładnie z takim podziałem, jaki został zaproponowany później, 10 października 2011 r.

To nie jest tak, że ktokolwiek, cokolwiek, przed kimkolwiek ukrywał, czy to ze względu na wybory parlamentarne, czy z jakichkolwiek innych względów, ponieważ propozycja tej zmiany była konsultowana i opiniowana. Była informacją – w moim przekonaniu – publicznie dostępną. Przypominam sobie konferencję prasową z początku sierpnia 2011 r. – konferencję wspólną ministra zdrowia i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – na której jednoznacznie zostały pokazane w planach poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ środki, które będą do dyspozycji już po podziale funduszu zapasowego, a więc zgodnie z modelem docelowym, tym, który prezes zaproponował. Można oczywiście nie zgadzać się z tym, czy fundusz zapasowy został podzielony w taki sposób, w jaki powinien być podzielony – na ten temat, jak dzisiaj można było usłyszeć, są bardzo różne zdania – natomiast ciężko jest dywagować i kłócić się o to, czy ten plan, czy propozycja tej zmiany została zgłoszona i ogłoszona wcześniej, czy też po wyborach parlamentarnych. Mam w tej kwestii inny stan wiedzy niż pan poseł.

W końcu, tak naprawdę, odniesienie do wypowiedzi pana posła Latosa i pani poseł Skowrońskiej. Niestety, jest tak, że zwłaszcza w tym przypadku – a przecież spotykamy się w związku ze zmianami w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia nie po raz pierwszy i pewnie nie po raz ostatni – te kwestie zawsze budzą kontrowersje i wątpliwości. Są one z reguły podzielone w taki sposób, w jaki są w danym momencie dzielone środki. To znaczy, nigdy nie wygląda to inaczej. To znaczy, jeżeli Podkarpacie dostaje pieniędzy więcej niż inne województwa – świetnie, Podkarpacie jest zadowolone. Jeżeli Mazowsze dostaje więcej pieniędzy niż inne województwa – świetnie, Mazowsze jest zadowolone. To jest oczywiście, tak naprawdę, próba pogodzenia wody z ogniem. Punkt widzenia w tym przypadku, niezależnie od barw partyjnych, zależy od punktu siedzenia. Ja, tylko i wyłącznie, odwołuję się do materiału, który został Wysokiej Komisji i państwu posłom przekazany.

Odnosnie do danych dotyczących dynamik za ostatnie lata, a więc odwołania się do wykonania za rok 2010 oraz dynamiki wobec dzisiaj obowiązującego planu na rok 2011, to dość wyraźnie pokazuje, czy algorytm zmieniony w roku 2009 ze skutkiem od 1 stycznia 2010 r. zadziała, czy też nie. W moim przekonaniu, działa on bardzo dobrze, tylko musimy pamiętać o jednej rzeczy – o tym też rozmawialiśmy, kiedy przyjmowaliśmy zmiany do algorytmu, o tym także powinniśmy pamiętać – że to nie jest tak, że wszelkie różnice wyrównają się w krótkiej perspektywie czasowej. Jest tak z jednego prostego względu, mamy do czynienia... Oprócz tego, że mamy różnice w bazie medycznej pomiędzy poszczególnymi województwami oraz liczbą świadczeń, chociażby wysokospecjalistycznych, wykonywanych w poszczególnych województwach. Mamy różnice polegające także na tym, i wynikające także z zastosowania jednej prostej zasady, że żadne województwo nie ma w roku kolejnym mniej środków niż w roku poprzednim. Inaczej kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej wydaje się niemożliwe. Czyli, przy ogólnie pozytywnej dynamice przyrostu środków Narodowego Funduszu Zdrowia jedne województwa mają dwukrotnie zwiększony przyrost, a inne są na minusie – tego kompletnie nikt nie jest w stanie zaakceptować, w moim przekonaniu, oczywiście. Mamy do czynienia z sytuacją, w której, obiektywnie rzecz biorąc, jeżeli weźmiemy plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2012 i zestawimy go z planem obowiązującym na rok 2011, to mamy województwa, w których ta dynamika jest zdecydowanie mniejsza niż w pozostałych – tutaj jest mowa o województwach: śląskim i pomorskim – i mamy jedno województwo, w którym ta dynamika jest ujemna, jest to województwo mazowieckie.

Pan poseł Latos podawał też przykład dwóch szpitali, które z racji tego, że leżą blisko siebie, ale w innych województwach, mają zupełnie inne kontrakty. Panie posle, jestem w stanie podać panu całą masę przykładów szpitali, które leżą w tym samym województwie, mają bardzo podobne profile, i też mają bardzo różne kontrakty. To jest kwestia, w moim przekonaniu, bardziej dotycząca tego, w jaki sposób przy kontraktowaniu świadczeń jest realizowana polityka dostępności do świadczeń przez poszczególnych dyrektorów oddziałów, niż różnic między województwami. Doskonale pan poseł zdaje sobie sprawę z tego, co się dzieje w sytuacji, gdy te różnice ktokolwiek usiłuje zni-

welować. Jak dużo różnych lobby jest w takiej sytuacji w ten proces zaangażowanych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Do głosu zgłosili się jeszcze pani posłanka Skowrońska i pan poseł Latos. Pani poseł, bardzo proszę.

Posel Krystyna Skowrońska (PO):

Chciałabym, panie przewodniczący, poprosić, aby pan prezes nie próbował mi odpowiadać, bo statystyka jest taką nauką, w której, w zależności od tego, którego końca patrzymy, taki wynik możemy osiągnąć. Dlatego chcę zadać pytanie bardzo precyzyjnie.

Mnie nie chodziło o dynamikę, bo jeśli podstawa jest niska, zaczyna funkcjonować po maluteńku algorytm, to wiadomą jest rzeczą dla każdego, kto się zna na matematyce na poziomie piątej klasy szkoły podstawowej, że taki obraz będzie. Czym innym jest dynamika, która nie finansuje szpitali, a czym innym jest żywy pieniądź, który finansuje świadczenia zdrowotne.

Moje pytanie jest precyzyjne – jak wygląda w złotych średnia finansowania pacjenta w tym przedziale? Pan prezes doskonale wie, i pan minister również, że pracując nad ustawą mieliśmy rozbieżność między średnią a regionami biednymi, wynoszącą około 15-17%. Nie mówimy o tych regionach, które były bogatsze, kiedy w 2007 r. rozpoczął funkcjonowanie algorytm oparty na średniej w gospodarstwie. To wtedy mieliśmy do czynienia z województwem mazowieckim. Trudno, może nawet dobrze, żeby temu mazowieckiemu dano pieniądze, tylko chciałabym zapytać – ile? Tak jak my – bo my sobie potrafimy wyliczyć – nie mamy przed sobą planu finansowego po zmianach w poszczególnych oddziałach, bo doskonale wiedzielibyśmy, jak wygląda finansowanie poszczególnych oddziałów w złotych na pacjenta. Nie mówimy o podziale na poszczególne rodzaje świadczeń. O to nam tylko chodzi, że są oddziały, w których niezapłacone są nadwykonania, są procesy sądowe nawet za 2008 r. Rozumiemy, że w tym przypadku fundusz zapasowy powinien być na to, przynajmniej w jakimś zakresie, przeznaczony.

My, tak naprawdę, potrafimy sobie podstawić dane, by wiedzieć, ile poszczególne oddziały otrzymałyby środków, gdyby zadziałał algorytm na zasadzie podziału funduszu zapasowego. Nie można powiedzieć, że w związku z tym, iż dziś podzielono fundusze w taki sposób, to poszczególne oddziały nie będą płacić za migrację, że nie będzie się tej migracji rozliczać. Czyli każdy oddział zwolniony jest ze środków na płacenie za pacjenta migracyjnego. Można byłoby teoretycznie przypuścić, że do trzech województw przyjeżdżają pacjenci i wtedy za migrację nie płacimy, bo wyrównaliśmy do jakiejś dynamiki. Można postawić taką tezę, ale nie próbuję jej postawić. Próbuję, żeby była świadomość, albo przynajmniej rzetelność odpowiedzi, a nie próba wymijania.

Zadałam proste pytanie i o to mi chodzi. Wiadome jest, że przynajmniej przy konstruowaniu planu finansowego na rok 2012, różnica pomiędzy średnią na pacjenta w kraju a w województwie mazowieckim wynosiła 2,34% – łącznie z Mazowszem, które jest liczone do tej średniej – natomiast po zmianach ta różnica wynosi 7,76%. Mogę panu prezesowi odpowiedzieć – dynamika wynosi 300%, jeśli mówimy o statystyce. Ze statystycznego punktu widzenia różnica zwiększyła się o 300%. Też można tak powiedzieć. Nie próbuję, ale chciałabym powiedzieć, jak pojemna jest statystyka. My z tą statystyką trochę przez te lata, nie tylko tutaj, ale też w życiu, pracowaliśmy – robimy różne rzeczy i też potrafimy to sobie wyliczyć.

Proszę pana prezesa, żeby odpowiedział, ile na dzisiaj jest średnio w poszczególnym województwie, bo pan prezes jest tu ze służbami. W związku z tym, jeśli będzie potrzeba weryfikacji, to może pan prezes by ten plan finansowy objaśnił – dzisiaj podobno wpłynęła do Komisji Zdrowia zmiana planu finansowego – żebyśmy się przygotowali. Albo, wykorzystując obecność pana prezesa, zadali pytania, bo może, po prostu, warto byłoby o niektórych rzeczach wiedzieć, czy coś nas nie zaskoczy. A tak naprawdę, to my realizujemy ustawę i teraz już nic nam po dyskusji, że inne regiony dostają – jest na to ustawa.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Mogę tylko przyklasnąć pani poseł Skowrońskiej, bo w tym samym duchu chciałem zacząć pytać. Dodam tylko, panie prezesie, że państwo, w zależności od tego, jak jest wam wygodnie, raz porównujecie plan pierwotny, innym razem porównujecie z planem po zmianach, żeby pokazać, że gdzieś tych środków byłoby mniej i trzeba to uzupełnić.

Gdyby tę nadwyżkę – podobnie było rok temu – podzielić zgodnie z algorytmem, to naprawdę, panie prezesie, w wielu miejscach, gdzie są niezapłacone świadczenia – jak pani poseł słusznie powiedziała, bo takich sygnałów mamy naprawdę wiele z całej Polski – tego problemu by nie było. Gdyby tylko być do końca konsekwentnym. Jest nowy algorytm – stosujemy nowy algorytm.

Dalej. Powiedzmy sobie uczciwie i jasno – skoro teraz ten fundusz zapasowy zostaje uruchomiony, skoro zostanie uwzględniony w planie finansowym na przyszły rok, to za rok będziemy mieć ponownie tę samą sytuację, znowu trzeba będzie z tych powodów uzupełniać pieniądze, bo znowu, zgodnie z podziałem według algorytmu, tych pieniędzy, na przykład na Mazowszu, będzie brakować. Tak można to robić w nieskończoność.

Panie prezesie, naprawdę nie jest tak, bo do takiego wniosku można by dojść na podstawie tego, co pan powiedział, że są dyrektorzy dobrzy, tam, gdzie tych problemów nie ma, tam, gdzie się za wszystko płaci – myślę chociażby o procedurach nielimitowanych. To są dobrzy dyrektorzy, a tam, gdzie są zatory płatnicze, tam, gdzie są problemy, tam, gdzie są opóźnienia, tam są źli dyrektorzy. Mam wrażenie, że jednak wynika to z tego, o czym my wszyscy mówimy – z takiego, a nie innego rozdziału środków finansowych.

Na zakończenie, panie dyrektorze, wydaje mi się, że do zmiany dyrektora potrzebna jest jednak opinia Rady Funduszu. Tak przynajmniej powinno być – tak było do tej pory. A w przypadku kujawsko-pomorskiego nie było opinii Rady Funduszu. Państwo przez domniemanie posiłkowali się jakąś starą opinią, która dotyczyła zupełnie innej sytuacji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Mam zanotowane nazwiska państwa posłów. Może przypomnę – pan poseł Hoc, pan poseł Miller, pan poseł Witko. Czy jeszcze ktoś? Pani przewodnicząca Małecka, pan poseł Sprawka i pani poseł Hrynkiewicz. Dobrze.

Najpierw pan poseł Hoc, później pan poseł Miller. Poseł Hoc, proszę bardzo.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Rezygnuję, bo nie ma już pana ministra, a chciałem odnieść się *ad vocem*. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pan poseł Miller.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Panie prezesie, zgodnie z decyzją podjętą przez pana, beneficjentami podziału tych środków są trzy regiony. Rozumiem, że w tych trzech regionach jest bardzo źle, a pozostałe regiony mają bardzo dobrą sytuację. Tak wynikałoby z podziału tych środków. Natomiast we wszystkich regionach istnieją nadwykonania liczone w milionach złotych. Przypomnę, że tam są nadwykonania za procedury ratujące życie. To nie są jakieś wymyślone zabiegi. Taka decyzja stawia w zupełnie nierównej sytuacji placówki służby zdrowia, szpitale w tych trzech województwach, które dostaną te środki, w stosunku do województwa, które tych środków nie otrzymają. Rozumiałbym taką decyzję, gdyby nie było zadłużeń, natomiast one istnieją i nie ma możliwości sprawiedliwego podziału tych środków na istniejące zadłużenia.

Myślę, że taka decyzja spowoduje również wzrost wskaźnika migracji, dlatego że te szpitale, które dzisiaj będą w lepszej sytuacji – czyli ta pana decyzja pozwoli im pokryć nadwykonania – w stosunku do szpitali w innych województwach, gdzie te nadwykonania pozostaną niezapłacone, w związku z czym nie będą wykonywane procedury wobec pacjentów, wtedy pacjenci z innych województw będą migrować do tych województw, które mają lepszą sytuację. Wydaje mi się, że mam już w tej chwili pismo z konwentu starostów z województwa opolskiego. Taki podział środków budzi bardzo poważne

zastrzeżenia zarówno przedstawiciele placówek służby zdrowia, jak i jednostek samorządowych. Jestem przekonany, że należy przemyśleć ten sposób podziału i odstąpić od niego, dlatego że w zdecydowany sposób pogłębia on różnice pomiędzy poszczególnymi ośrodkami i województwami. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pan poseł Witko. Nie ma. To pan poseł Sprawka, proszę uprzejmie.

Poseł Lech Sprawka (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, chcę nawiązać do tego ostatniego fragmentu odniesienia się do mojej wypowiedzi. Nie wytrzymuje to konfrontacji z faktami. Przypomnę 2011 r. – plan finansowy był podpisany 13 sierpnia, podział funduszu zapasowego nastąpił dwa tygodnie później – 23-25 sierpnia. Natomiast w tym roku – obaj panowie potwierdzili, że prace nad podziałem funduszu zapasowego prowadzone były równolegle z planem finansowym. Pragnę przypomnieć, że Komisja sejmowa zaopiniowała 27 lipca plan finansowy na 2012 r. 16 sierpnia został on zatwierdzony przez ministra zdrowia w porozumieniu z ministrem finansów, czyli nie znaleźliśmy się w podobnej sytuacji jak w 2011 r., że 2-3 tygodnie później jest podział funduszu zapasowego. Pojawia się on dokładnie 10 października, dlatego że wtedy niemożliwe byłyby te słowa w czasie kampanii wyborczej, które wypowiadała pani minister Kopacz w województwach wschodnich, mówiących o zaletach algorytmu. Inaczej byłoby to natychmiast torpedowane, a tak śmiało można było w piętnastu województwach mówić dobrze o planie finansowym na 2012 r. Taka była konkluzja mojej wypowiedzi. Tym faktom nie da się zaprzeczyć. Tego nic nie zmieni. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca Małecka-Libera, proszę.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Chciałabym w jakiś sposób podsumować tę dyskusję i pokazać to, co powinno – według mnie – być przyszłością. Widzę dwa kierunki. Pierwszy to taki, że powinniśmy wrócić do prac nad algorytmem i spróbować przeanalizować, czy nie trzeba dokonać nowelizacji.

Drugi mój wniosek i spostrzeżenie dotyczy ustawy o świadczeniach. Mam przekonanie, że powinniśmy popracować nad kilkoma artykułami, które są w tej ustawie, a które przede wszystkim dotyczą zapłaty za migracje, bo migracje w dalszym ciągu okazują się dużym problemem w niektórych województwach. Mimo prób tworzenia różnych funduszy zapasowych to rozwiązanie nie zdało egzaminu. Wydaje mi się, że akurat w tym przypadku powinna być to decyzja prezesa, który te środki powinien poszczególnym oddziałom wypłacać.

Kolejna sprawa, która mi się nasunęła po całej tej dyskusji, jest taka, że jeżeli opiniujemy plan rzeczowo-finansowy, odnosimy się do niego, to takie samo prawo powinniśmy mieć w przypadku rozdziału funduszu zapasowego. Uważam, że w tym artykule powinniśmy dokonać nowelizacji. Takie jest moje podsumowanie i wniosek. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani posłanka Hrynkiewicz, proszę uprzejmie.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Chciałam krótko odnieść się do tej części, która zawarta jest w punkcie drugim i dotyczy czynników wpływających na proces kontraktowania świadczeń na rok 2012.

Pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia pisze na str. 4, że to kontraktowanie nie jest właściwie przygotowane od strony legislacyjnej.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Pani profesor, to będzie następny punkt.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Następny punkt?

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Będziemy o tym mówili. Skończmy na razie sprawę związaną z kontrowersją wokół rozdziału środków z funduszu zapasowego. Później będziemy mówić o konsekwencjach i pewnych niedociągnięciach w procesie kontraktowania świadczeń.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Czy jeszcze ktoś z pań i panów posłów chciałby zabrać głos, bo jeszcze muszę udzielić głosu sobie. Chciałbym przeprosić za spóźnienie, ale dzisiaj... Jeszcze pani. Proszę uprzejmie.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Mam taką prośbę, ponieważ wszyscy pytamy, jak wygląda wykonanie planów finansowych 2011 r., jakie mają szpitale, jak wyglądają nadwykonania, w tym zaświadczenia ratujące życie i świadczenia nielimitowane. Czy moglibyśmy prosić o podanie, jak to się kształtuje w poszczególnych województwach? Wtedy będziemy mieli lepszy obraz, jak wygląda wykorzystanie środków, jakie są braki w poszczególnych województwach, jak się kształtuje struktura potrzeb dotyczących istniejących nadwykonań. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pojawiło się kilka wniosków. Ja mam jednak jeszcze spostrzeżenia natury ogólnej.

Proszę państwa, ustawowo stworzyliśmy pewien fundusz zapasowy i daliśmy go do dyspozycji prezesowi. W związku z tym możemy tylko przepyttać prezesa o racje, jakie on jednoosobowo zastosował przy podziale tych środków finansowych pomiędzy określone oddziały. Możemy podzielać te racje lub nie, możemy złożyć wniosek, żeby minister pana prezesa skarcił lub wyciągnął jakieś inne konsekwencje.

Natomiast jest jeszcze pytanie, czy tym funduszem zapasowym, czy rezerwą ogólną, powinny rządzić takie reguły, jakie są dzisiaj zapisane w ustawie, bo być może te fundusze powinny służyć głównie sprawom związanym z nadwykonaniami, a nie z wyrównywaniem różnych szans, ale wtedy, oczywiście, trzeba to uregulować ustawowo.

Druga uwaga. To jest kwestia algorytmu. Jestem jedenasty rok w Sejmie, z tego osiem lat zajmuję się algorytmem. Osiem lat algorytmem, bo przedtem były kasy chorych, dzisiaj jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Pani przewodnicząca Skowrońska wie, jak to jest. Zawsze był o to spór. Nie ma – według mnie – algorytmu doskonałego, i nie będzie, więc przechodzę na tym do porządku dziennego. Natomiast sądzę, że jeżeli byłby jakiś pomysł, to musimy się z nim zmierzyć. To Ministerstwo Zdrowia, a nie Fundusz, jest władne zmieniać, proponować ustawy Wysokiej Izbie i ewentualnie zaproponować, w jakiejś kwestii nowelizację algorytmu. Sądzę, że z tej dyskusji wynika, że pilną jest sprawa, żebyśmy zajęli się tym, czy przypadkiem Komisja sejmowa – aczkolwiek będzie to bardzo trudne, bo zadanie jest merytorycznie paskudnie trudne – nie powinna zająć się sposobem dysponowania przez prezesa tymi funduszami, tymi rezerwami, które on posiada. Jeśli się nie mylę, ta suma, to nie jest 600 mln zł. Prezes ma w swojej kompetencji do 2,4 mld zł – to chyba jest 4%, bo to się może kumulować, bo ta rezerwa może być rozwiązana dopiero po pewnym czasie – już dokładnie nie pamiętam. Oczywiście, to się nigdy nie zdarzyło, ale taka możliwość jest. Kiedy w grę wchodzi miliardy i jedna osoba, to robi się więcej niż zamieszanie. Nie sądzę, żebyśmy mogli przejść nad tym do porządku dziennego.

Teraz proszę, panie prezesie, o odpowiedź. Pana ministra Szulca proszę o ustosunkowanie się. Chciałbym, żebyśmy ten punkt już zakończyli. Oczywiście popieram konkluzję pani przewodniczącej Małeckiej, że wymaga to zastanowienia się nad ewentualną nowelizacją ustawy. Dziękuję. Proszę, panie prezesie.

Prezes NFZ Jacek Paszkiewicz:

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, odniosę się do dodatkowego pytania pani poseł Skowrońskiej dotyczącego nakładów na świadczenia.

W 2010 r. Podkarpacie miało nakłady w wysokości 1334 zł na jednego ubezpieczonego. Średnio w Polsce było to 1510 zł. Mazowsze miało 1671 zł. Obecnie Mazowsze ma 1764 zł, Podkarpacie 1561 zł, przy średniej 1635 zł. Rozbieżność pomiędzy Podkarpaciem a Mazowszem w 2010 r. wynosiła 25%, obecnie wynosi 13%, więc trudno mówić, że algorytm nie działa.

Było tu szereg wypowiedzi dotyczących ewentualnych skutków dla migracji. My, prośbę państwa, takich skutków... Nie sądzę oczywiście, żeby miały one miejsce, ponieważ migracja generalnie zależy od nieco innych okoliczności niż plany finansowe oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia. Oczywiście rozumiem, że to był dość przekorny wniosek o to, żeby migracji nie rozliczać, bo ta migracja oczywiście powinna być rozliczana. Jeżeli miałyby być nierozliczana, no to może powiedzmy, że nie ma możliwości udzielenia wszystkich świadczeń na Podkarpaciu czy też w Lublinie. Jednak część pacjentów migruje do innych ośrodków klinicznych i nic z tym nie zrobimy.

Kilku z panów posłów, chyba również pań, zwróciło uwagę na kwestię nadwykonań. Proszę państwa, my dość dokładnie monitorujemy kwestię nadwykonań. Nadwykonania nie są wyłącznie świadczeniami ratującymi życie. To są świadczenia, które co do swojej struktury nie różnią się niczym od normalnej struktury hospitalizacji w szpitalach, podkreślam – niczym. Jest to tylko i wyłącznie polityka produktowa danego dyrektora szpitala, widoczna w strukturze tychże nadwykonań.

Jeżeli popatrzylibyśmy w tej chwili na poziom nadwykonań, jakie mamy na dzień dzisiejszy – dysponuję taką informacją, to znaczy nie tyle na dzień dzisiejszy, ale za okres do września, czyli dziewięciu miesięcy – to wynoszą one 2451 mln zł, z czego w lecznictwie szpitalnym 1728 mln zł.

Chcę podkreślić – to jest również odpowiedź na to, co mówił pan poseł Latoszek – że jest 172 mln zł nadwykonań na Mazowszu. Nie jest więc tak, że jest to oaza szczęśliwości i wszystko jest tam rozliczone. Chcę powiedzieć dla porównania, że w kujawsko-pomorskim nadwykonania za ten okres wynoszą 97 mln zł. Myślę więc, że dywagacje na temat tego, gdzie jest więcej, gdzie jest mniej, nie mają sensu. Trzeba na to popatrzeć poprzez określone cyfry.

Chcę też powiedzieć, że z takim poziomem nadwykonań mamy do czynienia zwykle – to jest standardowa liczba od kilku lat. Jeżeli natomiast dochodzi już do spraw sądowych na około 250 mln zł, czyli około 10%, to z nich Narodowy Fundusz Zdrowia – chcę to powiedzieć wyraźnie – przegrywa jedną sprawę na pięć, czyli to się nam opłaca. To znaczy, że sytuacja nie jest taka, że NFZ zawsze jest poszkodowany, że mamy taką sytuację, w której nadwykonania są źródłem naszych dodatkowych kosztów. Oczywiście przeznaczenie funduszu zapasowego na nadwykonania jest jakimś pomysłem, ale – tak jak powiedziałem – z mojego punktu widzenia, nadwykonania są wyłącznie pewną reakcją produktową dyrektorów szpitali. W różnych miejscach mają one różną charakterystykę. Nie można do tego przypinać jednej metryczki.

Ja rozumiem propozycję pana posła Latoszka, żeby robić tak... Przepraszam pana posła Latosa.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Jak w serialu.

Prezes NFZ Jacek Paszkiewicz:

Przepraszam jeszcze raz. Żeby robić tak, że jeżeli jest to algorytm, to funkcjonuje on identycznie dla wszystkich. Trzeba zdać sobie sprawę z tego, proszę, państwa, że próba zakontraktowania czegokolwiek na Mazowszu, przy zmniejszeniu o prawie 500 mln zł planu finansowego w stosunku do bieżącego roku, byłaby próbą nieudaną, generalnie rzecz biorąc.

Sam pracowałem w oddziale mazowieckim i wiem, jakie są tam możliwości przesuwania czy też zarządzania środkami finansowymi w umowie. Takiej kwoty nie da się zaproponować świadczeniodawcom w sposób realny, czyli taki, żeby mogli oni przyjąć i podpisać określone umowy. Trzymanie się wyłącznie algorytmu spowodowałoby sytuację absolutnego krachu z kontraktowaniem świadczeń na Mazowszu. Przy czym chcę zwrócić uwagę, że w dniu dzisiejszym Mazowsze ma w dalszym ciągu bardzo trudną

sytuację. Jest to jedyny chyba oddział wojewódzki, który nie ogłosił jeszcze postępowań konkursowych na rok przyszły. Dzieje się tak ze względu na trwające w tej chwili, w dalszym ciągu, działania planistyczne i uzgadnianie umów wieloletnich, które muszą poprzedzić ogłoszenie konkursu. Chodzi o to, żeby można było te środki finansowe, które będą jeszcze ewentualnie pozyskane z negocjacji umów wieloletnich, przeznaczyć na nowe konkursy ofert. To może tyle, dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy pan minister jeszcze chciałby zabrać głos? Proszę uprzejmie.

Sekretarz stanu w MZ Jakub Szulc:

Dziękuję, panie przewodniczący, tylko dwa zdania. *Ad vocem* dyskusji z panem posłem Sprawką. Oczywiście różnią się daty. Mówiłem tylko i wyłącznie o tym, że informacja dotycząca planowanych zasad podziału funduszu zapasowego była upubliczniona w pierwszej połowie sierpnia 2011 r. Zmiana oczywiście nastąpiła 10 października, jak słusznie pan poseł zauważył. Natomiast ja wskazywałem tylko i wyłącznie na to, że nie była to informacja powszechnie dostępna. Tak jak mówię – odwołuję się zarówno do komunikatów Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i konferencji prasowej. Możemy też dostarczyć panu posłowi – jeżeli pan poseł sobie życzy – kopie pism kierowanych przez prezesa NFZ do ministra zdrowia i ministra finansów z prośbą o zaopiniowanie planu finansowego na rok 2012, datowanych na pierwszą połowę sierpnia tego roku. Będzie miał pan poseł możliwość sprawdzenia, jak to wyglądało w rzeczywistości.

Jeszcze tylko dwa słowa odnośnie do tej dyskusji, w której wypowiadali się pan przewodniczący Piecha i pani przewodnicząca Małecka-Libera, dotyczącej propozycji zmian w zasadach funkcjonowania gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia. Chodzi o kompetencje, w tym przede wszystkim kompetencje prezesa NFZ do decydowania, jakie środki powinny być dzielone, czy też pan prezes ma mieć możliwość określania sposobu ich funkcjonowania samodzielnie, w jakiej konfiguracji, po uzgodnieniu z ministrem finansów i ministrem zdrowia, w jakiej konfiguracji po zaopiniowaniu przez komisje sejmowe.

Szanowni państwo, wszystkie rozwiązania są możliwe. Natomiast ja chcę podziękować panu przewodniczącemu Piesze za głos rozsądku w tej dyskusji, dlatego że wszystkich zmian możemy dokonać, ale musimy pamiętać o jednej rzeczy, że na koniec to prezes Narodowego Funduszu Zdrowia odpowiada za zakontraktowanie świadczeń ze świadczeniodawcami. Jeżeli odbierze się prezesowi NFZ kompetencje do tego, żeby określone decyzje, także finansowe, w określonych momentach móc podejmować, to ja rozumiem, że w takiej sytuacji zmieniamy także odpowiedzialność organów państwa za sukces bądź niepowodzenie konkretnych działań. Bardzo prosiłbym Wysoką Izbę i Wysoką Komisję o szczególną rozwagę przy podejmowaniu tego typu prób i propozycji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Sądzę, że będziemy decydować, czy przyjmujemy informację prezesa, czy też będzie jakiś wniosek o odrzucenie tej informacji, może po wyczerpaniu drugiego punktu, który też jest informacją prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Chciałbym tylko uściślić. Panie ministrze, nie mówię, żeby prezes nie miał możliwości reagowania w bardzo trudnej sytuacji, ale, skoro budzi to takie konsekwencje i skoro ten fundusz zapasowy czy rezerwa ogólna ma jakieś... to można ją uregulować. Myślę, że jest na to czas i nie uda się tego zrobić bez pomocy rządu, bo to rząd, a nie posłowie, ma wszystkie niezbędne argumenty i materiały, które pomogą taką rzecz wypracować. Natomiast dla mnie jest bardzo ważne, żeby skończyć z zasadą, że fundusz zapasowy na rok 2012, czyli przyszły, rozwiązuje się w roku poprzedzającym, bo ten fundusz powinien czemuś służyć, on powinien być określony. Dzisiaj jest po prostu tak – coś nie wyszło, bo algorytm, tak a nie inaczej został przeliczony, no to rozwiążmy fundusz. Coś, co dopiero będzie stworzone w przyszłym roku, bo dzisiaj tych pieniędzy nie ma. One są księgowane jako należności i co miesiąc po 1/12 będą spływać.

Chciałbym zakończyć ten punkt dyskusji. Przystępujemy do realizacji punktu drugiego – informacja prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2012 rok. Panie prezesie, proszę uprzejmie.

Prezes NFZ Jacek Paszkiewicz:

Oddaję głos dyrektorowi Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Proszę bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę uprzejmie.

Zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ Dariusz Dziełak:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo – Dariusz Dziełak, zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w centrali.

Podobnie jak w pierwszym punkcie, otrzymali państwo ogólną informację pisemną, w związku z czym ciekawsze będą pytania. Trudno tu pewne rzeczy powielać. Może uzupełnię tę informację o dane, które są z dnia wczorajszego – w zasadzie otrzymałem je dzisiaj – dotyczące liczby postępowań. W tej chwili status „ogłoszone nowe konkursy ofert i rokowania” ma ponad 6 tys. postępowań, „złożone oferty” – przewidywaliśmy, że będzie ich kilkanaście tysięcy, a w tej chwili jest już ponad 26 tys. Myślę, że ponieważ czasu jest mało, nie będę przedstawiać tego, co jest napisane, skoncentrujemy się na odpowiedziach na pytania, które – myślę – też są istotne.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Jeżeli nie usłyszę jakiegoś sprzeciwu, to myślę, że przystąpimy do zadawania pytań – skonkretyzowania określonych pytań, zastrzeżeń czy propozycji parlamentarzystów. Nie słyszę sprzeciwu. Możemy to w ten sposób rozwiązywać.

Proszę uprzejmie, pan poseł Orzechowski, pan poseł Sprawka, pan poseł Hoc, pani poseł czaplicka i pan poseł Latos. Na razie mam zapisanych pięciu posłów. Proszę bardzo.

Poseł Andrzej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie prezesie, ja bardzo krótko. Doszły do mnie informacje, że odwołano bądź zawieszono postępowanie dotyczące zabiegów jednodniowych. Czy to jest zawieszenie, czy jakaś dłuższa sprawa? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Hoc, proszę uprzejmie. Następny będzie pan poseł Sprawka. Myślę, że kolejność nie ma tutaj znaczenia. Proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Chcę zapytać pana ministra i pana prezesa, jak mają żyć pacjenci od 1 stycznia 2012 r., kiedy w życie wejdzie tak zwana ustawa refundacyjna – pacjenci onkologiczni, pacjenci, którzy mają przeszczep narządów unaczynionych, pacjenci z ciężką astmą, pacjenci z rakiem jelita grubego i jeszcze inni – skoro jeszcze nie ma rozporządzeń pana ministra do programów terapeutycznych, czy też programów lekowych. Znosi się na to, że od 1 stycznia ci pacjenci nie będą mogli otrzymywać leków. To jest jedno pytanie.

Drugie pytanie, również z tego nurtu – jak mają żyć pacjenci po przeszczepach narządów, skoro od 1 stycznia 2012 r. wprowadzacie leki, które są lekami niezbędnymi, obowiązkowymi po przeszczepach narządów, a więc leki immunosupresyjne z trzech grup, w które wprowadzacie automatycznie leki odtwórcze, generyczne? Wprowadzacie oczywiście olbrzymią odpłatność dla tych, którzy będą chcieli mieć leki innowacyjne, oryginalne, albo jeszcze przed zamianieniem ich na leki generyczne.

Oczywiście rozumiem, jestem świadom tego, że leki odtwórcze, generyczne, powinny być wprowadzane, ale nie tak chaotycznie i nie w sposób niezorganizowany, tak jak to jest zaprogramowane. Czyli krótko mówiąc – jak mają żyć pacjenci z przeszczepami, a również ci – ponieważ nie ma jeszcze rozporządzeń Ministra Zdrowia do programów terapeutycznych – z ciężkimi chorobami onkologicznymi, nowotworowymi? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Sprawka, proszę uprzejmie.

Poseł Lech Sprawka (PiS):

Panie przewodniczący, panie prezesie, 17 listopada – to jest uszczegółowienie tego pierwszego pytania, już skierowanego – zostało przekazane pismo do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, w którym – w informacji podpisanej przez pana prezesa – jest informacja, iż umowy w ramach „leczenie jednego dnia” tracą moc z dniem 1 grudnia 2011 r. W związku z powyższym nie podlegają rozliczeniu z NFZ środki za świadczenia udzielone po 31 grudnia 2011 r. W dwunastu województwach te świadczenia były zakontraktowane rok temu – umowy na 3 lata. Okres wypowiedzenia umowy – 3 miesiące. Natomiast tu jest informacja, że tracą one moc z dniem 1 grudnia 2011 r.

Z tego, co wiem, w ubiegłym tygodniu odbyło się jakieś spotkanie w Warszawie na ten temat. Jakie są ustalenia w tej sprawie? Jak będzie to wyglądać w przypadku tych dwunastu województw, w których – jak wspominałem – kontraktowanie odbyło się rok temu? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani posłanka Czaplicka.

Poseł Barbara Czaplicka (PO):

Moje pytanie dotyczy negocjowania umów na 2012 r. Jak zwiększą się współczynniki korygujące stawkę kawitacyjną w podstawowej opiece zdrowotnej dla grup wiekowych od 0 do 6 lat i powyżej 65 roku życia? Tutaj wszędzie rozliczenie jest kwotowe, natomiast w pierwszym punkcie – przypominam, to jest str. 5 – nie wiemy, jak zwiększy się ten współczynnik. Bardzo proszę o odpowiedź.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani prof. Hrynkiewicz, proszę uprzejmie.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Na str. 4, w tej informacji, którą dzisiaj otrzymaliśmy – swoją drogą, dobrze byłoby, żeby takie informacje docierały troszkę wcześniej i w lepszym stanie technicznym – jest bardzo ciekawa informacja o tym, że w okresie wrzesień–listopad ukazało się 10 Dzienników Ustaw, 10 rozporządzeń zmieniających rozporządzenia „koszykowe”, z tego połowa z datą 15 listopada. Pan prezes pisze, że dalej wydaje regulacje, w których jest konieczność segmentacji, sukcesywnie publikuje fragmentaryczne zarządzenia prezesów „w celu nieopóźniania procesu kontraktowania”.

Na stronie nr 6 mamy – konkursy ofert i udział w planowanej wartości umów. Wynika z tego, że niektóre oddziały wojewódzkie zakontraktowały świadczenia już niemalże w pełnej wartości. Udział w planowanej wartości umów – tak tu czytamy.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Ale, panie ministrze... Proszę bardzo, pani profesor.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Przepraszam, literalnie czytam to, co jest napisane – udział w planowanej wartości umów. Nie liczbie umów planowanych, tylko wartości, więc zrozumiałam, że dotyczy to wartości. Zresztą podana jest także planowana wartość tych umów i wyliczony jest procent.

Chcę zapytać o stan legislacji, na podstawie której można zawierać te umowy. Skoro tych umów tak wiele zawarto, a nie zostały wydane rozporządzenia do tych umów, to, czy te umowy, które zawarto, będą zmieniane, gdy wejdzie nowa legislacja. Czy jest jakaś papierowa legislacja? Jak to się odbywa zgodnie z porządkiem prawnym?

Druga sprawa. Chciałabym wiedzieć, jakie są kryteria – poza, oczywiście, oczekiwaniem – podwyższenia ceny za jeden punkt w leczeniu szpitalnym, w stacjonarnej opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, czy w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych. Jasne, że oczekiwania są zawsze duże i piszecie państwo, że następuje podwyższenie. Poza oczekiwaniem, jakie były kryteria podwyższenia? To byłaby dla mnie bardzo ważna informacja. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Latos.

Posel Tomasz Latos (PiS):

Panie prezesie, panie ministrze, chcę dowiedzieć się, w jaki sposób zamierzają państwo przeprowadzić kontraktowanie na przyszły rok, w sytuacji, kiedy nie ma aktów wykonawczych do ustawy refundacyjnej. Poseł Hoc już o tym wspominał, ale ja chciałbym na to spojrzeć nieco szerzej – nie tylko kwestia pacjentów onkologicznych, ale również, na przykład, kontraktowania, podpisywania umów z państwem przez lekarzy. Wiele zastrzeżeń, które były zgłaszane, chociażby dotyczących nowych sposobów wypisywania recept, miało być wyjaśnionych, załatwionych właśnie w rozporządzeniach, których do tej pory nie mamy. Wobec tego, jak państwo chcą ten problem rozwiązać w sytuacji, w której, przy pewnej niepewności, może dojść do niewypisywania leków refundowanych, zwłaszcza, jeśli nie będzie wspomnianych aktów wykonawczych. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani przewodnicząca Małecka-Libera.

Posel Beata Małecka-Libera (PO):

Panie prezesie, dwa pytania. Jedno dotyczy tych nieszczęsnych jednodniówek. Wiem, że to być może jest tylko i wyłącznie brak informacji i jakieś niedomówienia, niemniej jednak budzi to wiele wątpliwości, szczególnie u tych osób, które zarządzają takimi placówkami, gdzie wykonywane są tylko świadczenia z zakresu jednodniówek.

W związku z tym moje pytanie jest takie – czy wstrzymanie tymi rozporządzeniami tych umów, które były, czy też kończyły się w tym roku, czy też tych, które były zawarte na następne lata, ma na celu zmianę tylko i wyłącznie procedur jednodniowych, czy też chodzi o zmianę strategii? Czy chodzi tylko i wyłącznie o to, że, na przykład, zakłady opieki zdrowotnej, które, *sensu stricto*, wykonują tylko procedury jednodniowe, będą mogły w dalszym ciągu funkcjonować na rynku.

Druga rzecz, związana również z jednodniówkami. Czy pan prezes rozważał możliwość aneksowania tych umów, przynajmniej na 2-3 miesiące, żeby w jakiś sposób wyciszyć emocje, jakie w tej chwili wokół tego tematu narosły?

Drugie pytanie, związane również z kontraktowaniem, dotyczy wymogów. Otóż pamiętam, że kiedy pracowaliśmy nad ustawą o działalności leczniczej, wiele czasu zajęła nam sprawa związana z aptekami. Staliśmy na takim stanowisku, że to właściwie jest decyzja dyrektora, czy chce mieć aptekę, czy pion farmaceutyczny, czy jeszcze inne rozwiązanie. Dawaliśmy mu pewnego rodzaju narzędzie do ręki, które mógł wykorzystać zarządzając danym zakładem pracy. Teraz, w nowych wymogach, które trzeba spełnić jako dodatkowy warunek – nieobowiązkowy, a dodatkowy – jest coś takiego jak apteka, jak, na przykład, oddział z określoną liczbą łóżek – np. 20 w niektórych specjalizacjach – są wymogi w stosunku do personelu fachowego. Oczywiście rozumiem, że wszystko to ma na celu wysoką jakość usług, tylko, czy my jesteśmy, po pierwsze, na ten moment przygotowani do takiego szerokiego zakresu wymogów, które jednak też podrażają koszty świadczenia. Po drugie, czy jednak, jeżeli ustawowo widzimy możliwość bardziej elastycznego zarządzania, to te dwa akty prawne – rozporządzenie i ta ustawa, nie są w jakiejś sprzeczności ze sobą? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Maciej Orzechowski.

Posel Maciej Orzechowski (PO):

Panie ministrze, panie prezesie, pytanie dotyczące jednodniówek, bo to, na razie, najbardziej medialna sprawa. Wiadomo, że są to szpitale, które zajmują się drobnymi zabiegami, takimi jak cholecysektomia laparoskopią czy makroskopią. Natomiast to, o czym mówiła pani przewodnicząca Małecka-Libera, która część mojej wypowiedzi jakby już wcześniej wypowiedziała, dotyczy tego, że te zaostrzone normy pojawiają się w rozporządzeniu tak naprawdę na miesiąc przed samym kontraktowaniem, a jak państwo dobrze wiedzą, dotyczą one również oddziałów chirurgii działających w trybie całodobowym. Rozumiem, że tu słuszną sprawą będzie jak najwyższa jakość świadczonej opieki, ale pytanie – czy to zaostrzenie, a właściwie postawienie tak wysoko poprzeczki bez żadnego okresu przejściowego, wynika z tego, iż państwo mają już wiedzę o tym, że

jest tak wiele placówek dobrze wyposażonych w nowe trakty bezpieczne, jałowe, czy też wynika to z tego, że po prostu zaostrzamy kryteria. Robimy to jednak na krótko przed samym okresem kontraktowania, co dla wielu placówek istniejących już od lat spowoduje, że albo nie spełnią kryteriów, albo po prostu odpadną w konkursach.

Wreszcie łyżka miodu w tych, na razie, pełnych żalów wypowiedziach. To kwestia kontraktowania podstawowej opieki zdrowotnej na rok 2012. To przykład, że można to zrobić w profesjonalny sposób, że można to zrobić dużo wcześniej, tak, żeby nie było kontraktowane w ostatnim momencie. Odpowiednie przepisy zostały zawieszane na stronach internetowych dużo wcześniej i świadczeniodawcy nie tylko mogli się z nimi zapoznać, ale też spokojnie negocjować kontrakty. Również zapowiadana nadwyżka kontraktów na podstawową opiekę zdrowotną, to chyba dobry przykład, jak można kontraktować. Szkoda, że podobnie nie kontraktuje się chirurgii jednego dnia.

Jeszcze zupełnie dodatkowe pytanie – to też pojawiło się w doniesieniach medialnych – czy to prawda, że w negocjacjach na temat sposobu kontraktowania, czyli jeszcze przed kontraktowaniem, nie wzięło udziału Porozumienie Zielonogórskie? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Miller, proszę uprzejmie.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Panie prezesie, mówimy w tej chwili o kontraktowaniu, ale jest to tylko jeden z czynników, który będzie wpływać na funkcjonowanie opieki zdrowotnej w naszym kraju. Jak państwo wiecie, niedługo wchodzi przepisy ustawy z dnia 12 maja 2011 r., dotyczące refundacji leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych. Proszę państwa, większość środowisk ma złą opinię na temat przepisów wykonawczych do tej ustawy i możemy się spodziewać, że będziemy mieć kłopoty związane z protestami, zarówno środowiska lekarskiego, jak i środowisk farmaceutów i pacjentów. Zaraz wyjaśnię, o co chodzi.

Moje pytania dotyczą następujących kwestii – czy dysponują państwo wzorami umów dla lekarzy i dla właścicieli aptek? Czy takie umowy są? Chodzi o to, że w tej chwili ustawa stawia Fundusz Zdrowia w pozycji arbitra. Jeżeli państwo zapoznali się dokładnie z przepisami tej ustawy, to funkcje kontrolne NFZ polegają na tym, że kontroler dokonuje kontroli. Jeżeli kontrolowana placówka nie zgadza się z wynikami kontroli, to ma możliwość odwołania się tylko do kontrolera z NFZ, który w ciągu siedmiu dni ma udzielić odpowiedzi. Wiadome jest, że ta odpowiedź może być negatywna, a jedynym arbitrem jest prezes NFZ w Warszawie. Obawiam się – ponieważ do dzisiaj jest dużo spraw tego typu – że trzeba będzie rozbudować część administracyjną centrali Funduszu, która będzie rozpatrywać te sprawy. Natomiast przepis ustawy nie pozwala drugiej stronie, która podpisuje kontrakty, odwoływać się do jednostek takich, jakimi są sądy. Jest to ewenement.

Proszę państwa, ewenementem jest również to, że dzisiaj mamy koniec listopada, a dalej druga strona – czyli ani lekarze, ani aptekarze – nie zna treści umów. Mam pytanie – czy treści umów są przygotowane? Następne pytanie – czy ministerstwo posiada już spis czy listę leków refundowanych, bo mamy koniec roku, a te leki, które będą na niej w przyszłym roku, nigdzie nie są przedstawione. To stawia wiele znaków zapytania.

Tych zastrzeżeń jest bardzo wiele, ale ja przedstawiam tylko te główne i proszę pana prezesa o odpowiedź.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Może na koniec jeszcze ja zadam pytanie, zanim pan prezes i pan minister dopowiedzą.

Sądzę, że z tą informacją mam pewne kłopoty. Pierwszym jest opóźnienie wydawania rozporządzeń „koszykowych”, co usprawiedliwia Narodowy Fundusz Zdrowia, który musiał to przekuć w określone przepisy dotyczące konkursu ofert – to jest jedna sprawa, ale to nie wszystko.

Bardzo niepokoi mnie to, o czym mówiła pani prof. Hryniewicz, tylko w nieco innym kształcie, bo tam było nieporozumienie.

W kilku województwach mamy tak zwany konkurs totalny, czyli na wszystko. W kilku województwach – to wynika z ustawy, bo kontrakty mogą być zawierane na trzy lata, w związku z tym harmonogram był różny – takich jak lubelskie, małopolskie, opolskie, mogą spać spokojnie, bo tam są niewielkie sprawy do uzupełnień – tylko niewielkie konkursy będą fragmentarycznie aneksowane, resztę da się aneksować, czyli umowy będą trwałe, chyba że zmieni się cena punktu. Natomiast w niektórych województwach sprawa jest bardzo poważna, bo jest to prawie 100% – to jest dziewięćdziesiąt kilka procent, taki margines.

W związku z tym jest pierwsze pytanie. Na jakiej podstawie dawny zakład opieki zdrowotnej, a dzisiaj podmiot leczniczy, ma przystąpić do konkursu? Jakie będą wymagane dokumenty? Pierwszy dokument, to jest dokument rejestracyjny. Państwo będą wymagać nowego rejestru, nowego dokumentu rejestracyjnego, czy starego? Wiem skądinąd, że z powodu napięć, nieporozumień i trudności, system nowych rejestrów jest wysadzony w powietrze. Komu udało się zarejestrować na nowych zasadach – bodajże do października – ten jest zarejestrowany. Dzisiaj na nowych zasadach wojewodowie nie potrafią rejestrować. Czy to jest prawda, czy nie? Czy ten system został już odblokowany? Jeżeli tak, to jaki to będzie czas, a jeżeli nie, to czy państwa komputery z urzędu zaczną wyrzucać niezarejestrowane w nowym systemie podmioty. Przypominam, że w województwie warmińsko-mazurskim jest to prawie 100%, czyli wszyscy nie spełniają tych warunków. To jest pierwsza, podstawowa sprawa.

Druga rzecz, która mnie również bardzo poważnie niepokoi, to jest kwestia tego, co się będzie wiązać z przejściem na nowe warunki – o jednodniówkach już zostało powiedziane. To jest kwestia tego, co jest naturalnym wynikiem konkursu ofert, czyli odwołania.

Czy jest prawdą, panie prezesie, że jeszcze rozpatrujecie odwołania zeszłoroczne? Jeżeli tak, to kiedy skończycie rozpatrywać odwołania od konkursu na 2012 r.? Rozumiem, że ta sprawa wymaga tysiąca, a może więcej decyzji administracyjnych i pan prezes musi te decyzje podejmować – obowiązuje Kodeks postępowania karnego łącznie z sądem. Prawda? Jak jesteście państwo, jako Narodowy Fundusz Zdrowia przygotowani do tego, żeby w tych województwach, o których powiedziałem, konkursy, łącznie z postępowaniem odwoławczym, zakończyć?

Kolejna rzecz, o której była rozmowa – to leki itd. Rozumiem, jaka jest sytuacja, ale panie prezesie, czy potwierdza pan takie oto pana wypowiedzi, które gdzieś tam cytowane były w przestrzeni publicznej, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest przygotowany do wdrożenia konkursu ofert na zasadach, które zawierają dwie ustawy: pierwsza, ustawa o działalności leczniczej i druga, ustawa o systemie refundacji. Określił pan w tym wywiadzie – cytuję z pamięci, więc mogę się mylić – że potrzebuje pan na to dwóch lat. Jak to się ma do bezpieczeństwa zdrowotnego polskiego pacjenta? Dziękuję bardzo.

Prezes NFZ Jacek Paszkiewicz:

Panie przewodniczący, może zacznę od odpowiedzi dotyczącej jednodniówek. Proszę państwa, 15 listopada ukazało się rozporządzenie Ministra Zdrowia, które zmieniło część wymagań dotyczących chirurgii jednego dnia. To nie oznacza automatycznego wypowiedzenia wszystkich umów z placówkami, które świadczą usługi w trybie jednodniowym, zwłaszcza z tymi, które – tak jak jeden z panów posłów pytał – mają umowy wieloletnie. To oznacza jedynie to, że jeżeli te placówki nie spełniają warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia, nie będą mogły kontynuować umów z mocy prawa. Nie ma akcji wypowiedzenia wszystkim wszystkiego w zakresie chirurgii jednego dnia. Nie taka jest intencja. Intencja jest taka, że świadczeniodawca musi spełnić nowe wymogi, zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Kończymy już pracę dotyczącą przygotowania zarządzenia, które będzie umożliwiać kontraktowanie świadczenia w zakresie jednego dnia. Ukaże się ono w najbliższym czasie, łącznie z oprzyrządowaniem. Oddziały wojewódzkie będą mieć możliwość ogłoszenia stosownych konkursów i zawarcia umów zgodnie z tym rozporządzeniem i odpowiednim zarządzeniem.

W kwestii dotyczącej tabeli, odnośnie do której pani profesor zadała pytanie – tabela ta przedstawia wartościowy udział nowych zamówień, czyli nowych konkursów. Jak słusznie pan przewodniczący zauważył, w miejscach, w których udział jest najwyższy, mamy do czynienia z tak zwanymi dużymi konkursami – my nie mówimy „totalnymi, a po prostu „dużymi” konkursami. Oznacza to, że większość umów wieloletnich w tym roku się kończy i będą one musiały być zawarte ponownie ze świadczeniodawcami wyłonionymi na drodze konkursów ofert lub też rokowań. Kwoty obok, to są kwoty wskazane jako wartości postępowań, które Narodowy Fundusz Zdrowia będzie musiał w tych województwach przeprowadzić.

Z powodów legislacyjnych, głównie rozporządzeń Ministra Zdrowia, działamy generalnie w systemie awaryjnym. W regionach, takich jak Mazowsze, Łódź, ale także Dolny Śląsk, praktycznie nie ma już wystarczająco dużo czasu, aby przeprowadzić do końca roku postępowania konkursowe. W takich wypadkach dyrektorzy wystąpili do mnie o przedłużenie umów – starych umów – do momentu rozstrzygnięcia konkursów ofert, oczywiście podając stosowne harmonogramy z tym związane. Taką zgodę już część dyrektorów otrzymała – to znaczy, akurat dyrektorzy oddziałów łódzkiego, dolnośląskiego, mazowieckiego i podlaskiego. Oczywiście te umowy będą przedłużone.

W kwestii dotyczącej wdrożenia właściwych systemów obsługujących ustawę refundacyjną. Ustawa refundacyjna – jak pewnie lepiej panie i panowie posłowie wiedzą, państwo żeście ją uchwalaliście – jest dość skomplikowanym aktem prawnym, w którym określono terminy wdrażania kolejnych ruchów. Pewne zdarzenia mają miejsce od 1 stycznia, pewne zdarzenia będą mieć miejsce od połowy roku, a część z nich ma swoje skutki w roku 2013, czy nawet 2014. Stąd też pełne wdrożenie całej ustawy refundacyjnej, łącznie z jej oprzyrządowaniem elektronicznym, przepływem danych itd., zabierze taki właśnie okres, czyli około 2 lat, o którym mówiłem w wywiadzie przywołanym przez pana przewodniczącego.

Natomiast na dzień dzisiejszy pierwszoplanową sytuacją jest kwestia podpisania... Są ogólne warunki umów z aptekami i wzory umów z aptekami. Wzory umów z lekarzami nie mają w tej chwili takiego znaczenia, ponieważ jednolita umowa wchodzi w życie – o ile dobrze pamiętam – od połowy roku. Chyba tak, czyli od 1 lipca.

W dniu dzisiejszym jesteśmy w trakcie ustalania zespołu negocjacyjnego Narodowego Funduszu Zdrowia i Naczelnej Rady Lekarskiej do spraw stworzenia jednolitego wzoru umowy z lekarzami, który będzie obowiązywać od połowy roku. Takie negocjacje w najbliższym czasie się rozpoczną. Natomiast, jeśli chodzi o wzory umów z aptekami, to czekamy na stosowne rozporządzenie Ministra Zdrowia. W dniu dzisiejszym – czekamy.

Co do kwestii rejestracji, to oddaję głos panu dyrektorowi.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę bardzo, panie dyrektorze.

Zastępca dyrektora departamentu NFZ Dariusz Dziełak:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, w kwestii rejestracji i ustawy o działalności leczniczej – tak jak jest w informacji na pisane, staraliśmy się dołożyć wszelkich starań, żeby nie było żadnych wątpliwości co do wejścia w życie, czy stosowania, nowych przepisów rejestrowych. Pewien problem bez wątpienia stanowiła istotna zmiana definicji świadczeniodawcy w ustawie o świadczeniach, tak naprawdę przeniesienie *per analogiam*. Świadczeniodawcą nie jest teraz zakład opieki zdrowotnej, tylko organ założycielski. To oczywiście stwarza pewien problem, szczególnie w momencie, kiedy istnieją okresy przejściowe, dotyczy to ważności dotychczasowych wpisów w rejestrach do połowy przyszłego roku. Nie mogliśmy budować jednolitego modelu nowego, szczególnie w zakresie obsługi informatycznej. W związku z tym zastosowaliśmy szereg rozwiązań przejściowych, między innymi formę oświadczenia do oświadczenia, kto jest stroną, kto jest oferentem.

W kwestii prowadzenia rejestrów dyrektorzy oddziałów zapytali wojewodów, jak sytuacja wygląda – to było ze dwa miesiące temu. Większość wojewodów odpowiedziała, że rejestruje nowe podmioty lecznicze w starym systemie i na starych warunkach, wydając zaświadczenia, które są zgodne z przepisami nowej ustawy. Pewien problem pojawił się 1 listopada,

kiedy ukazało się rozporządzenie dotyczące nowego rejestru, chociaż w zasadzie nie było już możliwości wydawania zaświadczeń na podstawie przepisów starych.

Dociera do nas korespondencja z pytaniem – jak Fundusz ma to traktować? Proszę państwa, niestety, sytuacja jest tutaj jednoznaczna – w myśl ustawy o świadczeniach oferta podmiotu, który do tego czasu nie będzie spełniać wymogów formalnych, jest odrzucana na podstawie art. 149. Oczywiście nie następuje to z automatu, wprost, tylko jest to wymóg formalny. Komisja zwraca się do podmiotu, do oferenta, o wyjaśnienie, uzupełnienie braku formalnego, wyznaczając termin pod rygorem, że jeżeli sprawa nie zostanie uregulowana, oferta podlega odrzuceniu. Tutaj nie można pozwolić sobie w szczególności na wybór do zawarcia umowy podmiotu, który nie spełnia wymogu formalnego. Przy czym, proszę państwa, jedna rzecz jest istotna, tak naprawdę nie dotyczy to dużej liczby podmiotów, bo mówimy o podmiotach w krótkim okresie i w końcu roku... Tak? Nie mamy na to większego wpływu. Natomiast bez wątpienia przyjęcie innej metodologii miałyby swoje odzwierciedlenie w ewentualnych odwołaniach. To znaczy, powiedzmy sobie szczerze – dokonanie wyboru podmiotu, który nie spełnia wymagań, czyli nie ma ważnego wpisu, jest w istocie nieważne, jest nie do utrzymania.

Panie prezesie, czy mogę jeszcze odnieść się do kwestii odwołań? Tak. Przynajmniej na razie, widzimy tę problematykę. Miejmy nadzieję, że kwestie rejestrowe do czasu rozpatrywania ofert i wyjaśnień zostaną uregulowane i uda się uzyskać zaświadczenia.

W ostatniej części, w podsumowaniu informacji, którą państwo otrzymali, jest kwestia odwołań i wydawania decyzji przez prezesa. Dla nas – nie ukrywam – jest to, szczególnie w roku bieżącym, sprawa niezwyklej wagi. Warto wiedzieć, że w roku 2010 do prezesa, jako drugiej instancji, wpłynęło 186 odwołań – czyli prezes wydał 186 decyzji. W tym roku było ich ponad 1300. Ile będzie w roku przyszłym? Trudno powiedzieć. W tej chwili odwołują się wszyscy od wszystkiego.

To jest oczywiście, proszę państwa, 1300 odwołań. Żeby to państwu uzmysłowić powiem, bo nie każdy wie, co to jest 1300 odwołań – że jest to prawie 50 metrów bieżących akt. Trudno jest znaleźć w tej chwili pomieszczenie, żeby pomieści te odwołania. Oczywiście wszyscy niezadowoleni piszą skargi później do sądu administracyjnego. I to, co dla nas jest istotne i trudne – orzecznictwo jest niejednolite. Trudno wypracować jakąkolwiek praktykę, ponieważ orzecznictwo jest zmienne i niejednolite. Dlatego wydaje się, że akurat w tym aspekcie, być może ta ustawa wymaga dopracowania. Trochę doszliśmy do ściany i wymaga to zweryfikowania na poziomie wyższym. Nie odstępstwa od samej procedury, czy drogi sądowej, bo nie o to chodzi, ale o doprecyzowanie pewnych przepisów ustawy, żeby docierały do nas odwołania słuszne i uzasadnione, a nie w swej masie gigantyczne. W tej chwili znaczna część pracowników centrali praktycznie nie zajmowała się przez cały rok niczym innym, jak tylko rozpatrywaniem odwołań. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie prezesie, czy jeszcze coś chce pan uzupełnić? Proszę bardzo.

Prezes NFZ Jacek Paszkiewicz:

Tak. Chcę się jeszcze odnieść do współczynników projekcyjnych w podstawowej opiece zdrowotnej – pani poseł pytała o to.

Począwszy od września 2011 r. wzrostowi uległ współczynnik korygujący stawkę kapitałową lekarza POZ dla osób w wieku 0-6 z 1,6 na 2,0 i dla osób powyżej 65 roku życia z 1,8 na 2,0. Począwszy od września 2011 r. wzrostowi uległ również współczynnik korygujący stawkę kapitałową pielęgniarki POZ-u dla osób w wieku 0-6 z 1,3 na 2,0. Skutek finansowy na rok 2012, to 180 mln zł.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Rozumiem, że to tyle. Panie ministrze, czy pan chciał głos jeszcze zabrać? Proszę bardzo.

Sekretarz stanu w MZ Jakub Szulc:

Dziękuję, panie przewodniczący. Tylko dwa słowa i tylko w sprawach, o które pan przewodniczący pytał, a które budzą pewne wątpliwości, bądź stawiają znaki zapytania, tudzież mogą rodzić pewne problemy.

W kwestii rejestru i tej przekładki, o której pan dyrektor mówił. Faktycznie jest kłopot polegający na tym, że dostawca oprogramowania do systemu RZOZ nie dostarczył go do systemu rejestrowego na czas. W tym momencie trwają testy oprogramowania już funkcjonującego na nowych zasadach, czyli zgodnie z wymogami ustawy o działalności leczniczej. Do końca tygodnia powinny się one zamknąć i wtedy powinna być uruchomiona produkcja, a więc możliwość uzupełniania wpisów do rejestrów przez właściwe organy rejestrowe. To jest ta rzecz.

Jeśli chodzi o drugą kwestię, która tu się pojawiała, czyli rozporządzenie w sprawie zawierania umów z aptekami, to ono w tym momencie jest na finalnym etapie prac. Czekają na zwolnienie z komisji prawniczej i zwolnieni do podpisu przez ministra zdrowia. Tak to wygląda w chwili obecnej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z pań i panów posłów oraz zaproszonych gości, chciałby jeszcze zabrać głos?

Proszę bardzo, pan poseł Sprawka, pan poseł Hoc, pan poseł Miller. Prosiłbym również o zabranie głosu zaproszonych gości.

Poseł Lech Sprawka (PiS):

Panie przewodniczący, panie prezesie, jeśli dobrze zrozumiałem – mówię o tym leczeniu jednego dnia – że rozporządzenie z 15 listopada nie zostawia wam innej możliwości i w przypadku, jeżeli świadczeniodawca nie spełnia wymogów, z mocy prawa od 1 stycznia umowa traci moc. Jeżeli takie rozumienie jest prawidłowe, to mam pytanie do pana ministra – czy państwo zdawali sobie sprawę z konsekwencji w stosunku do tych podmiotów, które będą miały 15 dni na dostosowanie się do tych warunków – licząc łącznie ze świętami Bożego Narodzenia – żeby ich umowy wieloletnie nie utraciły mocy? Proszę wczuć się w sytuację podmiotu, który jest po roku realizacji trzyletniej umowy i nagle dostaje informację, że za niespełna miesiąc jego umowa będzie nieważna. Nie ma możliwości... Nie ma kontraktowania. Nie ma konkursu, na przykład w województwie lubelskim, na tego rodzaju świadczenie. Faceta nie ma. Czy państwo tego nie przewidzieliście? Dlaczego nie ma czasu dla tych podmiotów na dostosowanie się do spełnienia wymogów tak, żeby ich umowy nie straciły swojej mocy, z mocy prawa? To po co ten przepis o trzymiesięcznym okresie wypowiedzenia? Proszę państwa, moim zdaniem, będzie masa pozwów sądowych z jakimiś potężnymi odszkodowaniami. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Hoc, proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Bardzo się dziwię, pani ministrze i panie prezesie, że w ogóle nie zwróciliście uwagi na pytanie dotyczące refundacji leków od 1 stycznia 2012 r., przede wszystkim leków onkologicznych i – to, co mówiłem – po przeszczepach itd. W ogóle nie zwróciliście na to uwagi. Tak naprawdę wiele programów terapeutycznych będzie praktycznie w niebycie prawnym, bo nie zdążyliście jeszcze wydać odpowiednich rozporządzeń. Jeśli nawet zdążyte wydać, to już ta refundacja od 1 stycznia raczej na pewno nie zaistnieje. A więc los tak potężnej grupy ludzi, którzy cierpią na bardzo poważne choroby, i którzy mają nadzieję, i którzy cierpią, bo mają nadzieję, że jeszcze dostaną te leki. Nie widzę żadnego usprawiedliwienia, że w ogóle przy tym temacie się nie zatrzymaliście i nie raczyliście na to pytanie odpowiedzieć. To jest po pierwsze.

A po drugie, bardzo bym prosił doprecyzować – czy od 1 stycznia 2012 r. będzie obowiązywać wzór recept i jednocześnie, tak jak to zapowiadacie, drastyczne obwarowania istnienia tej recepty i kontroli przez lekarza wypisującego leki refundowane. Wielu podejrzewa, że w tym szaleństwie jest metoda, że wypisywanie recept chcecie obwarować tak drakońskimi, drastycznymi kryteriami, żeby jak najmniej leków było wypisywanych na recepty refundacyjne. Tym samym, chcecie zmusić pacjentów do kupowania leków ze 100-procentową odpłatnością, co jest bardzo niegodne i nieetyczne. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan poseł Miller chciał zabrać głos. Zaraz pana poproszę. Proszę uprzejmie.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Wróćę jeszcze do tematu, o którym mówiłem. Mam przed sobą zastrzeżenie środowisk lekarskich – Stanowisko Konwentu Prezesów Okręgowych Rad Lekarskich. Jeżeli ustawa nie zostanie dostosowana, to w opiece zdrowotnej będą potężne kłopoty. Panowie mówią, że nie macie jeszcze gotowych rozporządzeń. Myślę, że środowiska izb lekarskich dawno już zgłaszały zastrzeżenia. Jednym z nich jest rezygnacja z kumulowania wobec lekarzy, jak również właścicieli aptek, trzech sankcji przewidzianych w art. 48 ustawy – kary umowne, zwrot kwoty refundacji oraz zakaz zawierania kolejnych umów. Czyli decyzje podejmuje, tak naprawdę, kontroler, który przeprowadza kontrole z ramienia NFZ. Wyobraźcie sobie państwo, że na podstawie tej decyzji właściciel apteki ma zawieszoną działalność na okres trzech miesięcy, a następnie, na przykład, nie będzie mógł prowadzić działalności w ogóle, bo Fundusz nie podpisze umowy. To jest decyzja o ogłoszeniu upadłości takiej placówki. Takich placówek mamy 12 tys. Również lekarze dzisiaj nie wiedzą, jakimi karami zostaną obciążeni w przypadku niekorzystnych decyzji kontrolerów z NFZ.

Proszę państwa, nie są również określone jednoznacznie kryteria uznawania pacjenta za ubezpieczonego lub nie. Nie jest obowiązkiem lekarza – jestem lekarzem – kontrolowanie tego. I tak jesteśmy obciążeni różnymi biurokratycznymi obowiązkami, wpisywaniem numerów czynności, które wykonujemy itd. Niedługo nie będziemy zajmować się leczeniem, tylko wypełnianiem dokumentów.

Czy nie uważają państwo, że odpowiedzialnym za identyfikację pacjenta powinien być Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Powinien on stworzyć taki system, że pacjent przychodzi z kartą, która wkłada do czytnika w przychodni, a nie lekarz. Lekarz ma być jeszcze obciążony karami lub pozbawieniem prawa podpisywania umowy z NFZ.

Proszę państwa, zniesienie nierówności przy podpisywaniu umów na wystawiane recepty. Podkreślam jeszcze raz – jedynym arbitrem jest teraz NFZ. Podmioty, które podpisują umowy nie mają praktycznie żadnych praw. Te wszystkie czynniki muszą zostać zlikwidowane. Naprawdę trzeba wprowadzić do tego poprawki, bo ten system nie będzie działać. Stoimy. Jesteśmy w grudniu, zaczynamy nowy rok, a ja naprawdę, jako lekarz praktyk, czarno widzę możliwości funkcjonowania tego systemu. Będą protesty. Lekarze już zgłaszają, że nie będą podpisywać umów z NFZ, a pacjent stanie wtedy przed dylematem, że nie będzie kto miał wypisać mu leku i będzie za niego płacił 100%. Dziękuję bardzo – nie wiem, czy to jest droga wyjścia.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie doktorze, tu jest Sejm. Pan jest posłem przede wszystkim, a to jest ważna sprawa. To, że pan leczy, to pan się kontaktuje z pacjentem. Pan ma dzisiaj możliwość zgłoszenia inicjatywy ustawodawczej – trzeba zebrać 15 kolegów i odpowiedni wniosek zgłosić. Tędy droga. Rozumiem, że są pewne niepokoje, które się z tym wiążą – zresztą zaraz nam pan minister odpowie na te pytania – natomiast w Sejmie jest tego typu droga, że trzeba po prostu wykorzystywać te inicjatywy, które są.

Proszę bardzo przedstawiciela pracodawców.

Przedstawiciel Pracodawców RP Robert Mołdach:

Robert Mołdach – Pracodawcy RP. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, mam dwa pytania. Pierwsze to prośba o pewne doprecyzowania, drugie ma bardziej charakter refleksji, ale także z dopytaniem, jeżeli pan minister zechciałby odpowiedzieć.

Pierwsze pytanie – ono już tutaj padało, ale bardzo bym prosił pana prezesa o doprecyzowanie pewnego ciągu wydarzeń, który będzie dotyczyć chirurgii jednego dnia. Rozumiem, że w przyszłym roku te ośrodki, które mają trwające kontrakty, jeżeli nie spełniają nowych warunków, to z mocy prawa będą miały kontrakt rozwiązany, ale w takim sensie, że nie spełniają warunków i od 1 stycznia nie prowadzą kontraktów. Natomiast pan prezes powiedział, że ponieważ mamy rozporządzenie ministra opublikowane

15 listopada – nawiasem mówiąc, było ono dostępne dla nas wszystkich dużo dłużej, bo od 3 listopada, ale rozumiem, że zostało ono opublikowane 15, ale można było na nim pracować już od 3 listopada – to, co z tymi ośrodkami? Czy pan prezes zamierza w ciągu jednego miesiąca do końca roku ogłosić i rozstrzygnąć wszystkie kontrakty? Rozumiem, że jest to niewykonalne, zakładając, że jeszcze pan prezes nie ogłosił zarządzenia. Najpierw musi zostać ogłoszone zarządzenie, potem muszą być ogłoszone kontrakty, potem musi być rozegrany konkurs. To jest pewien proces, który będzie trwać – zgaduję – do połowy lutego. Prosiłbym o wyjaśnienie.

Skoro tak, to jak będzie wyglądać zapewnienie opieki zdrowotnej w tych województwach, w których te kontrakty nie będą rozstrzygnięte w styczniu. Czy mam rozumieć, że w styczniu w tych województwach nie będzie świadczona opieka medyczna w ramach chirurgii jednego dnia? Chyba że zamierza pan prezes aneksować umowy na pierwszy miesiąc, czy na kolejne miesiące. To wydaje mi się bardzo mocno niepokojące. Nie potrafię sobie wyobrazić bez aneksowania takiego schematu, w którym w tych województwach byłaby zapewniona opieka, a chirurgia jednego dnia – pozwolę sobie jeszcze raz wszystkim przypomnieć – to nie są li tylko bardzo proste operacje. To są często dość złożone zabiegi, robione w trybie małoinwazyjnym, w ciągu jednego dnia. Z faktu, że zabieg jest wykonywany krótko wcale nie wynika, że jest to prosty zabieg. To jest poważny obszar ochrony zdrowia i nie za bardzo sobie wyobrażam, żeby w tych województwach ta opieka nie była realizowana w styczniu, czy do czasu kontraktowania.

Mam drugie pytanie, czy też refleksję skierowaną do pana ministra. Panie ministrze, to rzeczywiście jest dość nadzwyczajna sytuacja, w której na półtora miesiąca przed terminem, czyli 15 listopada, ogłasza się tak istotne warunki świadczeń. Zawsze ministerstwo, także pan minister w swoich wypowiedziach, podkreślało rolę ciągłości legislacji i zapewnienia pewnego szacunku dla uczestników rynku. Natomiast w tym przypadku Ministerstwo Zdrowia zachowało się w sposób, który zupełnie nie pasuje do dotychczasowej praktyki. Ministerstwo ogłosiło warunki, dało podmiotom, czy to publicznym, czy prywatnym – to już z dzisiejszej perspektywy jest bez znaczenia – półtora miesiąca na dostosowanie. Rozumiem, że z pełną świadomością, że to nie jest możliwe do wykonania, bo ta pełna świadomość jest całkowicie naturalna. Czyli to jest trochę łamanie dobrych zasad, dobrych stosunków, a przede wszystkim, dbałości o pacjenta. Fakt, że te ośrodki wypadną z dnia na dzień, też da określone skutki dla pacjentów w tych regionach.

Mam do pana ministra pytanie – żeby zechciał pan odpowiedzieć – czy byli państwo w trybie gwałtownego niepokoju o zdrowie publiczne, tak że musieliście w trybie nadzwyczajnym złamać wszelkie dobre zwyczaje i obyczaje? Czy po prostu jest jakiś inny powód, którego nie znamy? Bardzo dziękuję, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że pan prezes uzupełni. Chciałbym tylko jeszcze jedno uzupełnić – szczegółowa sprawa – bo w ostatnim czasie zgłosiło się do mnie dość sporo podmiotów z całej Polski, dość specyficznych, które działały do dzisiaj w opiece zdrowotnej, głównie na peryferiach nie takich spektakularnych – są to zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgniarstwa, hospicja itd., prowadzone w ramach działalności charytatywnej przez zakony, zgromadzenia, kościoły. One rzeczywiście prowadzą to w celach charytatywnych, czyli bez elementu komercyjnego.

Dzisiaj jest kwestia oszacowania konkursów, chociażby w województwie dolnośląskim. Od nich żąda się, aby już teraz dokonywali w nowych rejestrach zmiany dotyczącej określenia podmiotu leczniczego. Czy podmiotem leczniczym jest... Myśmymy nad tym dyskutowali w zeszłym roku, mniej więcej w tym samym czasie, i półtora roku temu, i w zeszłym roku, kto jest podmiotem leczniczym, jeśli chodzi o tego typu działalność i jakie będą tego konsekwencje dla prowadzenia działalności charytatywnej, np. hospicjum. Czy będzie to ten sam system podatkowy – tak jak w każdej komercyjnej działalności, czy też nie. Jakie państwo przyjęliście w niektórych województwach zasady kontraktowania świadczeń w zakładach prowadzonych przez zgromadzenia zakonne? Sprawa dotyczy kilkudziesięciu zakładów opieki zdrowotnej w Polsce.

Prezes NFZ Jacek Paszkiewicz:

Panie przewodniczący, chciałbym odnieść się do kwestii zabiegów jednodniowych, która ciągle wracała.

Proszę państwa, jesteśmy na końcowym etapie przygotowywania zarządzenia ze stosownym oprzyrządowaniem umożliwiającym przeprowadzenie konkursów ofert. Przewiduję, że takie oferty będą możliwe do przeprowadzenia w grudniu. Nie widzę gdziekolwiek w Polsce konieczności aneksowania żadnych umów w zakresie chirurgii jednego dnia. W związku z tym chciałbym wyraźnie powiedzieć, że kwestie dotyczące jednodniówek są absolutnym marginesem lecznictwa szpitalnego. Wartość umów w zakresie chirurgii jednego dnia to jest 400 mln zł przy 29 mld zł w lecznictwie szpitalnym. W większości miejsc w kraju będą to albo aneksowanie umów wieloletnich albo kwestia rozpisania rokowań czy też... Wątpię nawet, czy będzie potrzeba stosowania pełnej procedury konkursu ofert. Rokowania są zawsze krótsze. Uważam, że prawdopodobnie uda się przeprowadzić te postępowania w grudniu.

W kwestii dotyczącej działań i intencji ministra zdrowia, w zasadzie nie powinienem się tutaj wypowiadać, bo jest pan minister, ale chciałbym zwrócić uwagę państwa na fakt, że lokalizacje chirurgii jednego dnia, w sensie organizacji świadczeń, znacząco się zmieniła od momentu wprowadzenia jednorodnych grup w opiece specjalistycznej. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej możliwe jest obecnie wykonywanie bardzo wielu zabiegów chirurgicznych, operacyjnych, które do niedawna były tam niemożliwe do wykonania i musiały być przekierowywane na poziom jednodniówek, czyli nie ma lecznictwa szpitalnego.

Ten nurt rozwija się z jakąś tam dynamiką, bo wiadomo, że świadczeniodawcy nastawieni na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną też muszą się przyzwyczaić i przygotować do tego, aby w pełni wykorzystać te możliwości, które dała im zmiana finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Natomiast rola chirurgii jednego dnia, z naszego punktu widzenia, powinna koncentrować się wokół tych świadczeń, które gwarantują bezpieczeństwo pacjenta. Niestety, dotychczasowe praktyki w tej kwestii, jeśli chodzi o chirurgię jednego dnia, były różne. Najważniejszą zmianą, która została wprowadzona rozporządzeniem Ministra Zdrowia, jest wymóg dotyczący bloku operacyjnego w miejscu wykonywania świadczeń, co pozwoli uniknąć finansowania świadczeń, w których rejestruje się jednodniówkę gdzieś tam, a sala operacyjna jest wynajęta na drugim końcu miasta. Takich rzeczy już nie chcemy kontraktować. Mówimy wyraźnie, że taka jakość nam nie odpowiada. Chcielibyśmy, żeby podmiot, który zostanie wybrany do świadczeń jednego dnia, spełniał pewne standardy kompleksowości wykonywania tych świadczeń, czyli miał swój własny sprzęt w rozumieniu – sala operacyjna, sala wybudzeń itd. w miejscu wykonywania świadczeń, w miejscu swojej rejestracji, w miejscu swojej działalności.

W kwestiach dotyczących ustawy refundacyjnej oddaję głos panu ministrowi.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Panie prezesie, jeszcze kwestia tych zgromadzeń zakonnych, bo to jest sprawa, na którą czekają określone środowiska. Chodzi o bardzo delikatną materię, jaką jest kwestia hospicjów. Proszę bardzo.

Zastępca dyrektora departamentu NFZ Dariusz Dziełak:

Panie przewodniczący, przypominam sobie, że ze dwa miesiące temu rozpatrywaliśmy kwestie fundacji i temu podobne kwestie związane z wejściem w życie ustawy. Chodziło o ustalenie – kto jest świadczeniodawcą, czyli dla nas stroną umowy, bo w przypadku kościołów nie jest to czasami takie jednoznaczne i proste. O ile pamiętam – bo nie wiem, czy to jest aktualne – to wyjaśnialiśmy jednej z tych instytucji, że będzie to na zasadzie oświadczenia. Jeżeli jest jakaś nowa kwestia w tym zakresie, to muszę się dowiedzieć, bo nie spotkałem się do tej pory z tego typu problemem. Rozumiem, że dotyczy to Dolnego Śląska. Tak?

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Ogólnie tych terenów, gdzie mamy tak zwane konkursy totalne, bo tam, gdzie jest przedłużenie umowy, jest czas, żeby coś zmienić. Natomiast tutaj powtarza się ten aspekt,

że ogłasza się rozporządzenie dopiero 15 listopada. Pan prezes tłumaczy rzeczy oczywiste, tyle tylko, że przedsiębiorca, albo ktokolwiek inny, nie ma najmniejszych szans, żeby w tym czasie dostosować swoją działalność, bo on musi mieć określone *vacatio legis*. Gdyby ten przepis o chirurgii jednodniowej był ogłoszony pół roku temu, to mówilibyśmy o innych sprawach. Czyli mówimy o tak zwanej porządnej legislacji, panie ministrze. Tylko o to chodzi, a nie o kwestię pomysłów lepszych czy gorszych. Bo to rozwiązanie, o którym mówił pan prezes, że część świadczeń to może być nic innego, jak tylko ambulatoryjna opieka specjalistyczna, a część to jednodniówki z określonymi wymaganiem. Ja się zgadzam, tyle tylko, że przedsiębiorca, który do dzisiaj wykonywał te świadczenia, dostał raptem miesiąc na to, żeby wybudować salę operacyjną. Gratuluję i życzę mu sukcesu.

Proszę bardzo, panie ministrze.

Sekretarz stanu w MZ Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, na pytanie pana prezesa Mołdacha odpowiedział już w zasadzie pan prezes Paszkiewicz. Faktycznie, dyskusja wyglądała w ten sposób, że sugestia dotycząca bloku operacyjnego w miejscu, to była sugestia Narodowego Funduszu Zdrowia, która pojawiła się w trakcie konsultacji. Pan prezes przed momentem przedstawił dokładną argumentację, dlaczego wyglądało to tak, jak wyglądało. Czyli, po pierwsze, przeniesienie części świadczeń z zakresu chirurgii jednego dnia z leczenia szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, po drugie, zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów, żeby nie dochodziło do sytuacji, które nie są sytuacjami powszechnymi, ale się zdarzają, że mamy zakontraktowane świadczenia w jednej lokalizacji, a w kompletnie innej lokalizacji, najczęściej na zasadzie umowy podwynajmu, dzierżawy, dostępności, udostępnienia, mamy zapewniony dostęp do bloku operacyjnego. Nie chcę mówić, co dzieje się z pacjentem w sytuacji, kiedy pojawia się problem. Natomiast nie mówię też, że są to sytuacje nagminne, niemniej jednak – tak, jak powiedziałem – to rozwiązanie zostało wypracowane w toku konsultowania rozporządzenia z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Jeszcze dwa zdania dotyczące refundacji i ustawy refundacyjnej. Jeżeli ktokolwiek zakłada, że absolutną wolą ministra zdrowia i Ministerstwa Zdrowia jest doprowadzanie do tego, żeby ograniczyć dostępność do jakichkolwiek leków refundowanych, to myślę, że, chociażby na podstawie dotychczasowych działań rządu Platformy Obywatelskiej i Polskiego Stronnictwa Ludowego, można powiedzieć tylko i wyłącznie tyle, że przez cztery ostatnie lata lista leków refundowanych rozszerzała się. Rozszerzyła się także o leki drogie, stosowane w chorobach rzadkich, dotychczas niedostępne.

Programy terapeutyczne. Pan poseł Hoc na początku pytał o to, co z programami terapeutycznymi, które w dalszym ciągu są procedowane jako rozporządzenie. Panie pośle, jeżeli dzisiaj procedujemy jakąkolwiek zmianę rozporządzenia do programu terapeutycznego – podkreślam – zmianę do programu terapeutycznego, to oznacza to mniej więcej tyle, że ten program terapeutyczny już funkcjonuje i będzie, na podstawie obowiązujących przepisów, zakontraktowany na kolejne lata. Natomiast, jeżeli mówimy o rozporządzeniach, które powodują wdrożenie nowych programów terapeutycznych – bo nad takimi także pracujemy – to oznacza to, że można je będzie zaimplementować i zakontraktować – mówię także o stronie wykonawczej, czyli o Narodowym Funduszu Zdrowia – w momencie, kiedy wejdą w życie. Nie ma obawy, że – z punktu widzenia pacjenta – pacjent będzie gorzej zabezpieczony niż obecnie. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa, dotycząca prac nad wejściem w życie ustawy refundacyjnej. Nie ukrywaliśmy, jeszcze podczas prac nad samą ustawą refundacyjną, że, po pierwsze, jest to projekt skomplikowany, po drugie, trudny do wdrożenia, aczkolwiek – podkreślaliśmy to na każdym kroku prac legislacyjnych – z perspektywy Ministerstwa Zdrowia i rządu jest to projekt absolutnie kluczowy. Chodzi o to, żeby do zasad polskiej refundacji wprowadzić elementarne zasady porządku prawnego i baczenia nad środkami publicznymi, które są na ten cel łożone. Proszę na to zwrócić uwagę. Mówiłem o tym już nieraz.

Świadczenia z zakresu refundacji leków to były, tak naprawdę, jedyne świadczenia, jedyne wydatki, nad którymi – wydatki z zakresu refundacji – prezes Narodowego Fun-

duszu Zdrowia nie miał kompletnie żadnej kontroli. To znaczy – tyle, ile zostało przepiśane, należy wydać. Nie było żadnego mechanizmu kontrolującego, czy pieniądze, które były na to przeznaczane, były wydawane w sposób właściwy. Niejednokrotnie można by się było na ten temat kłócić i spierać, a niejednokrotnie wydaje się, że w momencie, kiedy pewne dane zaczynały oglądać światło dzienne, to mogliśmy tylko i wyłącznie otwierać usta ze zdumienia, że coś takiego się dzieje w państwie, które uważamy za państwo prawa. Żeby daleko nie szukać – przykład, który w tym momencie jest pokazany i pewnie będzie jeszcze pokazywany – paski do pomiaru cukru. Ich refundacja ma taką skalę, że pozostaje się tylko zastanowić, co diabetycy faktycznie z tymi paskami robią, bo na pewno nie wykorzystują ich do tego, żeby codziennie, po kilka razy dziennie, mierzyć sobie poziom cukru, na co wskazywałoby zużycie tych pasków, jeśli chodzi o wydatki refundacyjne.

Dlatego też byłbym bardzo ostrożny, żeby w momencie, kiedy wprowadzamy do systemu elementarne zasady odpowiedzialności, mówić o tym, że chodzi o to, żeby ten system wysadzić w powietrze. Oczywiście możemy w dalszym ciągu pozostawić Dziką Zachód, ale, z całym szacunkiem, to państwo o tym będą decydować. Za takie rozwiązania odpowiedzialności brać nie chcę i nie wezmę.

Natomiast – pan poseł Miller o tym mówił – cała procedura dzisiejszego udowodnienia jeden drugiemu, kto jest winny i ścigania się na okoliczność formułek, zaświadczeń, wpisów do Centralnego Wykazu Ubezpieczonych i późniejszej weryfikacji wpisów do CWU przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, jest bez sensu. Skutkuje to następnie sytuacją, że kiedy pacjent, który został sprawdzony w CWU w momencie udzielania mu świadczenia i wpuszczony jako ubezpieczony, w momencie, kiedy ZUS dokona zmian w systemie i określi, że ten pacjent jednak nie był ubezpieczony w czasie, kiedy pobierał świadczenie medyczne, to momentalnie jest to podstawa do dochodzenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia roszczeń. Tak mamy, niestety, ustawioną obecnie ustawę o świadczeniach, że dla samego świadczeniodawcy jest to podstawa do regresu. Mamy ganiecie się w kółko, kto jest winny, kto jest ubezpieczony, kto nieubezpieczony, a to wszystko w sytuacji, kiedy tytuł do świadczeń – nie mówię, że ubezpieczonych – posiada ponad 99% Polaków. Generalnie wydajemy pieniądze na to, żeby ścigać coś, co jest kompletnie nieefektywne.

Mogę powiedzieć, że w najbliższym czasie będziemy przedstawiać propozycje zmian prawa w tym zakresie, właśnie w taki sposób, żeby nie trzeba było, żeby pacjent nie musiał udowadniać, że jest ubezpieczony, żeby NFZ nie musiał ścigać ubezpieczonego, który w momencie udzielania świadczenia był ubezpieczony, a następnie, po udzieleniu świadczenia, okazało się, że jednak nie był ubezpieczony, na przykład z winy pracodawcy, czy ze swojej własnej winy. Taka propozycja zostanie przedstawiona Wysokiej Izbie. To znaczy, mam taką nadzieję, bo jesteśmy w tej chwili przed przyjęciem harmonogramu prac rządu, jeśli chodzi o prace legislacyjne. To powinno się zmaterializować do 10-12 grudnia, tak że w momencie, kiedy propozycja takiej zmiany zostanie przez Radę Ministrów zaakceptowana, będziemy wnosić o przyjęcie, między innymi takiej propozycji zmiany w ustawie o świadczeniach.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze chciałby zabrać głos? Myślę, że powoli wyczerpujemy punkt drugi dzisiejszego posiedzenia Komisji.

Panie ministrowie, byłbym bardzo ostrożny – takie deklaracje, jakie pan tu teraz rzucił – tak pan skrytykował te cztery lata swoich osiągnięć, że aż głowa boli, że nie udało się panu zidentyfikować pacjenta i czy jest on ubezpieczony, czy nie. Ale zostawmy to i cieszymy się, że cztery lata mieliśmy ciepłą wodę w kranie, a teraz będziemy mieć gorącą. Dziękuję.

Czy ktoś jest przeciwny przyjęciu informacji pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjętych kryteriów podziału i w sprawie informacji? Jest sprzeciw. W związku z tym musimy przegłosować.

Kto z pań i panów posłów jest za przyjęciem informacji pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie, raz – przyjętych kryteriów podziału środków finanso-

wych z funduszu zapasowego, i dwa – w sprawie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2012? Czy razem za? Myślę, że razem za. Proszę o podniesienie ręki. Dziękuję bardzo. Kto jest przeciw przyjęciu informacji prezesa? Dziękuję bardzo. Kto się wstrzymał od głosu? Dziękuję. Proszę bardzo o podanie wyniku.

Stwierdzam, że oddano 16 głosów za, przeciw 14 i 1 osoba wstrzymała się od głosu. Komisja przyjęła informację Narodowego Funduszu Zdrowia w dwóch konkretnych sprawach. Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, mamy jeszcze dwa punkty do rozpatrzenia. Pierwszy dotyczy propozycji tematów do planu pracy na okres od 1 lutego do 31 lipca. Wyście go wprowadzili jako trzeci? Przepraszam, korekta.

Jest propozycja rozszerzenia porządku obrad o punkt dotyczący rozszerzenia prezydium Komisji Zdrowia. Ta propozycja została uzgodniona w rozmowach międzyklubowych. Kluby wyraziły wolę przyjęcia proponowanych rozwiązań.

Czy ktoś chciałby przedstawić propozycję rozszerzenia prezydium? Proszę bardzo, pani przewodnicząca.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Propozycja jest uzgodnieniem międzyklubowym. Z naszej strony jest propozycja, aby do prezydium dołączył, aby zostało to przegłosowane, pan poseł Jarosław Katulski.

Pan poseł jest z wykształcenia lekarzem, ma doświadczenia menadżerskie. W poprzedniej kadencji również zasiadał w Komisji Zdrowia, a także w licznych podkomisjach. W związku z tym ma pełne kwalifikacje do tego, aby uczestniczyć w pracach naszego prezydium. Rekomenduję pana posła.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie pośle, czy pan się zgadza?

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Tak, oczywiście. Wyrażam zgodę.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy są jakieś uwagi? Nie słyszę.

Czy ktoś jest przeciwny rozszerzeniu składu prezydium Komisji? Nie ma pytań do kandydata. Czy ktoś jest przeciwny rozszerzeniu prezydium Komisji Zdrowia o pana posła Jarosława Katulskiego? Nie słyszę. Stwierdzam, że prezydium Komisji zostało poszerzone. Dziękuję bardzo.

To był punkt trzeci. Teraz punkt czwarty. Proszę państwa, chodzi o propozycje tematów do planu pracy na okres od 1 lutego do 31 lipca. Wszystkie propozycje proszę zgłaszać do sekretariatu. Ustalimy, żeby te propozycje zgłaszać do 14 grudnia br. pisemnie w sekretariacie, budynek K, pokój 249. Przegłosujemy i ustalimy plan pracy Komisji na następnym posiedzeniu Komisji.

Proszę państwa, jest sygnał z Biura Komisji Sejmowych, że dostaliśmy druk dotyczący naszego ustawowego obowiązku – zaopiniowania zmian planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2011, czyli jeszcze na ten rok. Tutaj mamy zaznaczoną ustawowo dość szczupłą ilość czasu, czyli dwa tygodnie. Jutro do państwa skrytek poselskich zostaną dostarczone te materiały, żeby można było się z nimi zapoznać. Najprawdopodobniej posiedzenie Komisji odbędzie się 15 grudnia. Będzie to troszeczkę musztarda po obiedzie, ale znamy takie precedensy. Chyba żeby coś się jeszcze zmieniło.

W każdym razie, propozycje tematów do planu pracy proszę zgłaszać do 14 grudnia do sekretariatu Komisji. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji.