

VII kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

#### **■ KOMISJI ZDROWIA**

**(NR 45)**

z dnia 27 września 2012 r.



---

# Pełny zapis przebiegu posiedzenia

## Komisji Zdrowia (nr 45)

27 września 2012 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

- „**Sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2011**” (druk nr 638);

- „**Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2011**” (druk nr 689).

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Neumann** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Zbigniew Teter** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Lech Rejnuś** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli wraz ze współpracownikami, **Maciej Hamankiewicz** prezes Naczelnej Rady Lekarskiej wraz ze współpracownikami, **Teresa Kuziara** członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Zdzisław Bujas** wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegorzka** i **Małgorzata Siedlecka-Nowak** - z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

W posiedzeniu udział wzięła lobbystka **Anna Kadzikiewicz** z Viewpoint Group.

### **Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Otwieram posiedzenie Komisji. Mamy dzisiaj napięty program. Co prawda temat jest jeden, ale rozbity na dwa punkty i zapewne bulwersujący oraz wymagający, jak zwykle, kiedy jest mowa o potężnych pieniądzach i aktualnej dostępności do świadczeń medycznych. W zбиciu tych dwóch tematów, dyskusja zawsze jest trudna i bulwersująca. Dziękuję bardzo.

Myślę, że będziemy zaczynać. Chciałbym przywitać szanowne panie i panów posłów, pana ministra, zarząd – szefów Narodowego Funduszu Zdrowia z zespołem. Witam zaproszonych gości, głównie z naczelnych rad naszych samorządów zawodowych i związków zawodowych. Witam przedstawiciela Najwyższej Izby Kontroli, bo dzisiaj elementem rozpatrywania jest również wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w aspekcie kontroli Najwyższej Izby Kontroli.

Przystępujemy do procedowania. W sekretariacie zawsze są pewne opóźnienia. Wczorajsze posiedzenie Komisji było długie, rozbudowane, w związku z tym jest dostępny protokół w wersji wideo i audio, natomiast spisywanie wymaga trochę czasu. Myślę, że niebawem będzie gotowy. W każdym razie zachęcam do oglądania protokołów. Są tam bardzo ciekawe rzeczy. Jest to kopalnia wiedzy o pracy Komisji i o tym, co kto powiedział. Zawsze można to później zacytować w różnego rodzaju spektakularnych wystąpieniach. Dziękuję bardzo.

Panie ministrze, proszę uprzejmie o przedstawienie dwóch Sprawozdań – może połączmy to, żeby było jasne. Pierwsze ma zdecydowanie charakter buchalteryjny – jest to Sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2011. W drugim jest więcej opisu, czyli jest mowa o tym, jak to Sprawozdanie finansowe przenosi się na dostępność do świadczeń zdrowotnych w Polsce, w określonych obszarach działalności

polskiej służby i finansowaniu przez płatnika tych obszarów. Panie ministrze, proszę uprzejmie.

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

Dziękuję. Proszę o zabranie głosu pana prezesa Tetera, który przedstawi to Sprawozdanie ze strony NFZ-u.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Rozumiem, że zaczynamy od Sprawozdania finansowego. Panie prezesie, proszę uprzejmie.

**Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Zbigniew Teter:**

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, na wstępie chciałbym przedstawić pana dra Marcina Pakulskiego, który od tygodnia jest wiceprezesem Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw medycznych. Przed objęciem tego stanowiska pan prezes Pakulski był zastępcą dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw medycznych i pełnił obowiązki dyrektora tego Oddziału.

Przystępuję do przedstawienia Sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia a rok 2011.

Art. 130 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mówi o tym, jak tworzy się sprawozdanie z wykonania planu. Składa się ono ze sprawozdań oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, które są skontrolowane i ocenione przez biegłych rewidentów. Rada Funduszu przyjmuje wykonanie planu w ciągu 15 dni od jego otrzymania, a następnie sprawozdanie podlega zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, Komisji Zdrowia oraz Komisji Finansów Publicznych. Na podstawie art. 128 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia sporządził łączne Sprawozdanie finansowe Funduszu za 2011 r. Przedmiotowe Sprawozdanie, na podstawie tego artykułu, podlegało badaniu przez biegłego rewidenta oraz zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia. Badanie Sprawozdania finansowego przeprowadziła firma Biegli Rewidenci i Spółka z. o.o. z siedzibą w Kielcach. Biegli Rewidenci sporządzili opinię niezależnego biegłego rewidenta i raport z badania łącznego Sprawozdania finansowego, jednocześnie opiniując pozytywnie rzetelność, prawidłowość i jasność sporządzonego Sprawozdania finansowego oraz prawidłowość prowadzenia ksiąg rachunkowych.

W dniu 29 czerwca 2012 r. Minister Finansów, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, zatwierdził łączne Sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia, sporządzone za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 r. Sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2011 obejmuje

Sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2011 obejmuje: wprowadzenie do Sprawozdania finansowego; bilans sporządzony na dzień 31 grudnia, który po stronie aktywów i pasywów zamyka się sumą 8.425.000 tys. zł; rachunek zysków i strat za rok obrotowy od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 r. wykazujący stratę netto w wysokości 199.000 tys. zł; zestawienie zmian w kapitale własnym za rok obrotowy od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 r. wykazujące zmniejszenie Funduszu o kwotę 199.900 tys. zł; rachunek przepływów pieniężnych za rok obrotowy od 1 stycznia do 31 grudnia 2011 r. wykazujący zmniejszenie stanu środków pieniężnych o kwotę 338.000 tys. zł, a także dodatkowe informacje i objaśnienia.

Bilans Narodowego Funduszu Zdrowia na dzień 31 grudnia 2011 r. kształtował się następująco. Suma bilansowa na ostatni dzień roku 2011 wynosiła 8.425.000 tys. zł. po stronie aktywów. Aktywa w Funduszu na dzień 31 grudnia obejmują następujące podstawowe składniki. Po pierwsze, wartości niematerialne i prawne w wysokości 30.900 tys. zł, które stanowią 0,4% majątku Funduszu i obejmują licencje na użytkowe programy komputerowe.

Po drugie, rzeczowe aktywa trwałe w wysokości 268.900 tys. zł, które stanowią 3,2% sumy bilansowej. Wartość rzeczowych aktywów trwałych na dzień bilansowy, w porównaniu ze stanem na dzień 31 grudnia 2010 r., ulega zmniejszeniu o 1,3%, co stanowi kwotę 3600 tys. zł.

Po stronie aktywów mamy również należności długoterminowe, które wynoszą 100 tys. zł i stanowią należności z wyroków sądowych, z terminem spłaty określonym na lata późniejsze. Następnym składnikiem aktywów są zapasy, które wynoszą 1600 tys. zł - co stanowi 0,01% sumy bilansowej - a obejmują materiały, towary oraz zaliczkę na dostawy.

Dalej - należności krótkoterminowe, które wynoszą 5.424.000 tys. zł i stanowią 64,4% sumy bilansowej, a obejmują głównie należności z tytułu dostaw, robot i usług wymagalne w okresie 12 miesięcy po dniu bilansowym. Według stanu na dzień bilansowy, należności krótkoterminowe, w porównaniu ze stanem na dzień 31 grudnia 2010 r., wzrosły o 7,2%, to jest o 364.000 tys. zł. Na dzień bilansowy należności od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wynosiły 4.711.000 tys. zł, a należności od KRUS-u stanowiły kwotę 256.000 tys. zł.

Inwestycje krótkoterminowe - to jest 2.695.000 tys. zł, na które w większości składają się bieżące środki pieniężne i stanowią 32% sumy bilansowej. Wycenione zostały w wartości nominalnej, łącznie z odsetkami wymagalnymi na dzień bilansowy. Stan inwestycji krótkoterminowych na dzień 31 grudnia 2011 r., w porównaniu ze stanem na dzień 31 grudnia 2010 r., uległ zmniejszeniu o kwotę 338.000 tys. zł.

Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe - to jest kwota 2700 tys. zł i obejmuje nakłady przewidziane do rozliczenia w następnych okresach sprawozdawczych po dniu bilansowym.

Teraz przystępuję do omówienia pasywów Funduszu na dzień 31 grudnia 2011 r., w skład którego wchodzi następujące składniki. Fundusz własny - to jest 1.606.000 tys. zł - na który składają się: kapitał podstawowy w wysokości 141.500 tys. zł, stanowiący równowartość majątku trwałego, otrzymanego od Skarbu Państwa; kapitał zapasowy w wysokości 1.451.000 tys. zł; fundusz rezerwowy w kwocie 153.000 tys. zł; zysk z lat ubiegłych w kwocie 60.000 tys. zł, strata okresu badanego w kwocie 199.000 tys. zł, która wynika z prawidłowo sporządzonego rachunku zysków i strat.

Dalej są rezerwy na zobowiązania w kwocie 1.305.000 tys. zł, które wynoszą 15,5% sumy bilansowej i obejmują: rezerwy na pewne lub prawdopodobne przyszłe zobowiązania w kwocie 93.300 tys. zł, z czego 71.300 tys. zł przypada na rezerwy na postępowania sądowe za ponadumowne świadczenia zdrowotne, a także bierne rozliczenia międzyokresowe kosztów działalności operacyjnej i kosztów finansowych w wysokości 1.212.000 tys. zł.

Pkt 2.3 - zobowiązania długoterminowe. Wynoszą one 500 tys. zł i stanowią 0,01% sumy bilansowej, a dotyczą wpłaconych przez dostawców zabezpieczeń należytego wykonania umów.

Pkt 2.4 - zobowiązania krótkoterminowe. Wynoszą one 5.506.000 tys. zł i stanowią 65,3% sumy bilansowej, w tym zobowiązania z tytułu dostaw i usług, wymagalne w okresie 12 miesięcy po dniu bilansowym, w kwocie 5.461.000 tys. zł. Natomiast rozliczenia międzyokresowe wynoszą 6600 tys. zł i stanowią 0,1% sumy bilansowej.

Jak wynika z moich danych, przedstawię teraz wynik zysków i strat Funduszu za 2011 r.

Struktura rachunku zysków i strat przedstawia się następująco. Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi. Podstawowymi składnikami przychodów netto ze sprzedaży są: przychody z tytułu składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, które wynoszą 58.238.000 tys. zł, w tym przychody z tego tytułu podzielone na ZUS w kwocie 55.084.000 tys. zł i KRUS w kwocie 3.153.000 tys. zł; koszty działalności operacyjnej, które wynoszą 60.561.000 tys. zł - główny składnik kształtujący wysokość kosztów operacyjnych stanowią usługi obce w kwocie 60.100.000 tys. zł, w tym koszty świadczeń zdrowotnych w wysokości 58.104.000 tys. zł.

Pozostałe przychody operacyjne to 226.700 tys. zł, 99,6% pozostałych przychodów operacyjnych, o których mówię, stanowią inne przychody w kwocie 225.900 tys. zł. Pozostałe koszty operacyjne wynoszą 318.200 tys. zł, stanowią 64,2% pozostałych kosztów operacyjnych, a składają się na nie: koszty lat ubiegłych dotyczące kosztów świadczeń zdrowotnych w wysokości 119.000 tys. zł; koszty sądowe i zastępstwa procesowego - 1400 tys. zł; rezerwy na zobowiązania - 74.300 tys. zł; wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia oraz recept - 1400 tys. zł; pozostałe koszty - 7800 tys. zł. Przychody finansowe

wynoszą 146.200 tys. zł, a koszty finansowe – 42.800 tys. zł. Strata netto zamknęła się kwotą 199.900 tys. zł.

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, proszę o przyjęcie Sprawozdania, które już było prezentowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w dniu 25 sierpnia. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Myślę, że do dyskusji nad Sprawozdaniem finansowym przystąpimy później. W dalszym ciągu poprosiłbym pana ministra, ewentualnie wyznaczoną przez niego osobę, o zwięzłe odniesienie się do Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2011, czyli do informacji zawarte w druku nr 689. Proszę bardzo, panie ministrze.

**Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:**

Będzie to także pan prezes Teter. Proszę bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Proszę uprzejmie.

**Zastępca prezesa NFZ Zbigniew Teter:**

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, proszę państwa, Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, zostało przygotowane i zgodnie z art. 100 zostało przyjęte przez Radę Funduszu. Minister zdrowia ma obowiązek przedstawić Sprawozdanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, po zaopiniowaniu tego Sprawozdania przez ministra właściwego do spraw finansowych. W związku z tym, to Sprawozdanie przedstawiamy.

Na Sprawozdanie składają się następujące rozdziały. Po pierwsze, dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej. Jest to najważniejsza cecha Sprawozdania, bo to jest informacja o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dostępność do świadczeń została w Sprawozdaniu scharakteryzowana na podstawie danych dotyczących wielkości środków finansowych przeznaczonych na poszczególne rodzaje świadczeń, a ponadto informacji dotyczących: liczby świadczeniodawców, zawartych umów oraz świadczeń opieki zdrowotnej i informacji wynikających z list oczekujących.

W poszczególnych rodzajach świadczeń, Sprawozdanie wygląda następująco. W roku 2011 zawarto 13.717 umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, co oznacza spadek ich liczby w stosunku do roku 2010, kiedy Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł 16.549 umów. Pomimo mniejszej liczby umów, plan finansowy w tym zakresie został zrealizowany a poziomie wyższym niż 100% - wynosił 100,04%, czyli 7.334.748 tys. zł. Prawie wszyscy ubezpieczeni są objęci opieką wybranego przez siebie lekarza podstawowej opieki. Dlaczego prawie? Dlatego, że wyboru dokonało 99% ubezpieczonych.

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej liczba podpisanych umów i ich wartość wzrosła z rokiem 2009 o 6,25%, a wynosiła 4.437.000 tys. zł. W efekcie średnia liczba porad przypadających na statystycznego ubezpieczonego wzrosła do 2,12%, przy średniej liczbie wynoszącej w 2010 r. 2,04%. Nakłady na badania kosztochłonne – obejmują one badania z zakresu tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, badania radiologiczne, endoskopowe i angiograficzne – wzrosły o 12%, co pozwoliło na wykonanie liczby badań większej o 288 tys. Jest to wzrost o 11%. Wzrost wartości umów dotyczył także kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą oraz nad pacjentem zakażonym HIV. Wydatkowano na ten cel o ponad 11% środków finansowych więcej niż w roku 2010. Ponadto, w ramach AOS realizowano niektóre profilaktyczne programy przesiewowe, między innymi, etap podstawowy wczesnego wykrywania raka szyjki macicy oraz jaskry.

Należy także wskazać na istotną zmianę dotyczącą finansowania świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, dokonaną w lipcu 2011 r., a polegającą na wprowadzeniu podziału na świadczenia o charakterze zabiegowym i świadczenia o charakterze zachowawczym. Do wykonania świadczeń o charakterze zabiegowym niezbędne jest posiadanie gabinetu diagnostyczno-zabiegowego lub spełnienie szeregu dodatkowych

procedur. Dzięki temu, część procedur z rodzaju leczenia szpitalne może być wykonywana także w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Z informacji dotyczącej list oczekujących wynika, że największa liczba osób w stanie stabilnym oczekiwała na świadczenia poradni okulistycznej – ponad 250 tys., kardiologicznej – 129 tys., neurologicznej – 120 tys., chirurgii urazowo-ortopedycznej – 112 tys. Są to te same poradnie co w latach 2008-2010, przy czym liczba osób oczekujących wzrosła. W tej sytuacji pozytywnym zjawiskiem jest fakt, iż nie wzrosła mediana średniego czasu oczekiwania. W poradniach kardiologicznych kształtuje się ona na poziomie 52 dni, w poradniach okulistycznych – 28 dni, neurologicznych – 26 dni, chirurgii urazowo-ortopedycznej – 24 dni. Jednocześnie duża część poradni informuje, że przyjmuje pacjentów na bieżąco. Dotyczy to około 25% poradni neurologicznych i okulistycznych.

Leczenie szpitalne. Wartość kontraktów wzrosła o 2,6% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego i wyniosła 27.536.621 tys. zł. Liczba świadczeniodawców posiadających umowy w rodzaju leczenia szpitalne wzrosła o 22. Kontrakty większości oddziałów wojewódzkich Funduszu zostały wykonane w 100%. Największa liczba świadczeniobiorców oczekiwała na świadczenia oddziałów: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otolaryngologii, chirurgii ogólnej, okulistyki oraz neurochirurgii. Natomiast mediana średniego czasu oczekiwania wynosiła od 23 dni w przypadków oddziałów chirurgii ogólnej, do 75 dni w przypadku oddziału neurochirurgicznego, przy czym część oddziałów szpitalnych sprawozdaje, że udziela świadczeń na bieżąco. Tak sprawozdaje 39% oddziałów okulistycznych, 32% oddziałów chirurgii ogólnej i 26% oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej.

Chemioterapia, która jest zakresem świadczeń finansowanych w ramach umowy w rodzaju leczenia szpitalne. Należy o niej wspomnieć, dlatego, że Fundusz wydał na te programy o 4% środków więcej niż w 2010 r., czyli 1.361.773 tys. zł. O 5% wzrosły także środki przeznaczone na chemioterapię niestandardową. Łącznie wydano 6346 zgód na łączną kwotę 169.958 tys. zł.

W ramach umów w rodzaju „leczenie szpitalne” finansowane są także terapeutyczne programy zdrowotne. W 2011 r. Fundusz finansował 37 takich programów, z tego 9 programów onkologicznych – wśród nich nowy program dotyczący leczenia raka wątrobowokomórkowego – i 28 programów nieonkologicznych oraz 5 kwalifikacji do programów. Na te programy wydatkowano 12% środków więcej niż rok wcześniej, to jest 1.561.000 tys. zł.

Wartość kontraktów podpisanych na 2011 r. na leczenie psychiatryczne oraz leczenie uzależnień wzrosła o 2,9% w stosunku do nakładów z roku 2010 i wyniosła 2919 tys. zł. Największa liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej przypadek stabilny znajdowała się na listach oczekujących do: poradni zdrowia psychicznego, oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, oddziałów leczenia uzależnień i oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych. Czas oczekiwania, liczony jako mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, w przypadku leczenia stacjonarnego kształtuje się na poziomie 30-38 dni w terapii uzależnienia od alkoholu i 33 dni w przypadku leczenia uzależnień, a w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej mediana średniego czasu oczekiwania nie przekracza w przypadku poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży 16 dni, a poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych 9 dni.

Wartość kontraktów podpisanych na 2011 r. świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej, w stosunku do roku poprzedniego, wzrosła o 4,2% do kwoty 1.831.000 tys. zł. Czas oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji - świadczenia pracowni fizjoterapii, poradni i oddziałów rehabilitacyjnych oraz rehabilitacji narządów ruchu - nadal należy do jednych z najdłuższych. Przykładowo, mediana średniego czasu oczekiwania na przyjęcie na oddział rehabilitacji narządu ruchu wynosi 217 dni. W zakresie zmian zasad kontraktowania warto wspomnieć, że z dniem 1 października 2011 r., w odniesieniu do świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, wprowadzono system rozliczania oparty na Jednorodnych Grupach Pacjentów.

W rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, Fundusz finansuje świadczenia realizowane przez zespoły sanitarne typu „N”. W 2011 r. zawarte zostały 32 umowy, podobnie jak w roku poprzednim, i ich wartość wzrosła o 1,68%. Koszty realizacji świadczeń w roku 2011 wyniosły 36.158 tys. zł.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zadania zespołów ratownictwa medycznego są finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentami są wojewodowie. Wojewodowie przekazują te środki Funduszowi w formie dotacji celowej. W 2011 r. odnotowano wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń o 1%, w porównaniu z rokiem 2010. Koszty realizacji świadczeń opieki zdrowotnej wyniosły 1.758.2472 tys. zł.

Z lecznictwa uzdrowiskowego w 2011 r. skorzystało ponad 350 tys. ubezpieczonych. Osoby, które korzystały z tej formy leczenia, to chorzy z chorobami przewlekłymi w zakresie krążenia, ortopedii, reumatologii i neurologii. Na 2011 r. Fundusz zawarł umowy ze 154 zakładami lecznictwa uzdrowiskowego. Wartość zawartych umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe na 2011 r. wyniosła 570.584 tys. zł. Jest to wzrost o 3,9% w stosunku do 2010 r. W tym rodzaju świadczeń zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej o wartości 98,33%.

Wartość zakontraktowanych umów w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych, realizowanych także w POZ i AOS, wzrosła w porównaniu z rokiem 2010 o 7,5% i wyniosła 173.549 tys. zł. realizowano programy profilaktyki: raka szyjki macicy, raka piersi, badań prenatalnych oraz profilaktyki chorób odtytoniowych. W POZ realizowano dwa programy – profilaktyki chorób krążenia i profilaktyki gruźlicy. W AOS realizowany jest etap podstawowy programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz program badań przesiewowych w kierunku jaskry.

W roku 2011 Fundusz kontynuował monitorowanie czasu oczekiwania na wybrane świadczenia wysokospecjalistyczne, które stanowią istotny problem zdrowotny, oraz te, które charakteryzowały się długimi i średnimi czasami oczekiwania oraz dużą liczbą osób oczekujących na te świadczenia. W latach 2007-2011 nakłady na te świadczenia znacznie wzrosły, co przełożyło się znacząco na liczbę wykonanych świadczeń. Z danych przedstawionych przez NFZ wynika, iż w 2011 r. liczba zabiegów usunięcia wzrosła w stosunku do roku 2007 o 40% i wyniosła 136.683 zabiegi, przy wzroście nakładów o 61% do kwoty 432.155 tys. zł. Jednak, ze względu na proces starzenia się społeczeństwa, zapotrzebowanie na te świadczenia rośnie dynamicznie. Dlatego odnotowano dużą liczbę osób, które oczekują na zabiegi w zakresie soczewki, czyli zaćmy. Według stanu na dzień 31 grudnia 2011 r., oczekiwało 318.044 osób, które były zakwalifikowane do tej kategorii jako przypadki stabilne i 18.367 osób, które były zakwalifikowane jako przypadki pilne. Wzrosły również świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki. Odpowiednio, w przypadkach stabilnych prawie 64 tys. osób oczekiwało średnio ponad rok na endoprotezoplastykę stawu biodrowego oraz ponad 53 tys. osób oczekiwało średnio 54 dni na endoprotezoplastykę stawu kolanowego.

Ile wyniosła refundacja leków w 2011 r.? Na refundację leków w 2011 r. Narodowy Fundusz Zdrowia wydał 8.800.000 tys. zł. Ze struktury wydatków, ze względu na odpłatność, wynika, że 65% ogólnej kwoty refundacji wydawkowano na leki wydawane za opłatą ryczałtową, 14,% - na leki za odpłatnością w wysokości 50% ceny leku oraz 8,4% - na leki wydawane bezpłatnie.

Z analizy wydatków uwzględniającej uprawnienia dodatkowe pacjentów wynika, iż 61% ogólnej kwoty refundacji stanowiły wydatki na leki refundowane pacjentom cierpiącym na choroby przewlekłe, prawie 35% - na leki z listy leków podstawowych i uzupełniających, 3,16% - na leki dla inwalidów wojennych, a 0,47% ogólnej kwoty refundacji przeznaczono na refundację leków dla zasłużonych honorowych dawców krwi. Z przedstawionej w Sprawozdaniu analizy leków generujących najwyższe koszty wynika, między innymi, iż refundacja tylko 7 produktów w 2011 r. pociągnęła za sobą wydatki blisko 12% ogólnej kwoty refundacji.

Jak przebiegały kontrole realizacji umów o świadczenia opieki zdrowotnej oraz w zakresie refundacji leków, czyli aptek i ordynacji lekarskiej?

W 2011 r. oddziały wojewódzkie Funduszu skontrolowały łącznie prawidłowość realizacji 3070 umów o świadczenia opieki zdrowotnej. W wyniku kontroli zakwestionowano środki finansowe na kwotę ponad 50.700 tys. zł oraz nałożono kary w wysokości 23.900 tys. zł.



Jakie nieprawidłowości były stwierdzane najczęściej? Na przestrzeni ostatnich lat one nie ulegają zmianie i dotyczą głównie rozliczeń, w tym: błędnie klasyfikowane hospitalizacje do grup JGP, nieprawidłowe sumowanie świadczeń wykazanych do rozliczeń, wykazywanie jako hospitalizacji świadczeń, które mogły być wykonane w warunkach ambulatorium.

W ramach jednolitego programu kontroli, zgodnie z którym wszystkie oddziały prowadzą koordynowaną kontrolę w przyjętym zakresie, przeprowadzono 422 postępowania kontrolne. Zakończono kontrole koordynowane sprawdzające rozliczanie wybranych świadczeń, prawidłowość zaopatrywania się świadczeniobiorców w wybrane rodzaje wyrobów medycznych i środków pomocniczych, spełnianie wymogów oraz realizację wybranych umów.

Wykonując zadanie w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej, w 2011 r. oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły kontrole 2066 lekarzy – ponad 58% więcej niż w roku 2010 - w sumie, w 546 postępowaniach kontrolnych, które były prowadzone w ramach sprawdzenia realizacji umów na udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej oraz umów indywidualnych na wystawianie recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją. W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości, łączna wartość zakwestionowanych ordynacji oraz kar umownych wyniosła 7500 tys. zł, co stanowi prawie 25% wartości kontrolowanej ordynacji.

Planowane leczenie za granicą. W 2011 r. Prezes Funduszu rozpatrzył 254 wnioski dotyczące leczenia poza granicami kraju i wydał 228 pozytywnych decyzji. Tylko 4 zgody dotyczyły leczenia, które jest wykonywane w kraju, ale ze względu na długi czas oczekiwania wnioskowano o jego wykonanie za granicą. Pozostałe świadczenia, na jakie Prezes NFZ-u wyraził zgodę, nie są udzielane w Polsce. Wartość udzielonych świadczeń, które głównie dotyczyły świadczeń z zakresu genetyki klinicznej, ortopedii, radioterapii onkologiczno-okulistycznej, chirurgii dziecięcej, okulistyki i radioterapii onkologicznej oraz transplantologii klinicznej, oszacowano na kwotę ponad 17.000 tys. zł. Świadczenia te zostały zrealizowane w 12 krajach, przy czym najwięcej – 113 świadczeń – wykonano w Niemczech.

Jak wygląda rozliczanie świadczeń w ramach unijnego systemu koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego?

Jednym z zadań Funduszu jest rozliczanie także kosztów tych świadczeń, które są udzielane na podstawie przepisów o koordynacji. W porównaniu z rokiem 2010, wartość zgłoszonych przez państwa członkowskie Unii Europejskiej i EFTA roszczeń związanych z leczeniem w tych państwach osób ubezpieczonych w Funduszu wzrosła w roku 2011 o 19,6% i wyniosła 240.000 tys. zł. Prawie 56% wszystkich roszczeń zgłosiła Republika Federalna Niemiec. Według stanu na koniec 2011 r., Polska w latach 2004-2011 otrzymała 1851 not na łączną kwotę 1.154.000 tys. zł, z czego zapłacono ponad 863.000 tys. zł. W tym samym okresie Polska zgłosiła roszczenia związane z leczeniem na terenie Polski osób uprawnionych z państw członkowskich Unii Europejskiej i EFTA na łączną kwotę około 337.000 tys. zł, z której zapłacono 166.000 tys. zł.

Czym dodatkowo zajmuje się Fundusz? Centralnym Wykazem Ubezpieczonych. Fundusz stara się poprawiać kompleksowość i rzetelność informacji na temat osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Dane, które są gromadzone w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, pochodzą głównie z zasobów ZUS-u, ale również z zasobów Departamentu PESEL Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i innych źródeł, które są dostępne.

Na koniec 2011 r. uprawnienia z tytułu ubezpieczenia, zgodnie z Centralnym Wykazem Ubezpieczonych, posiadało 37.241.610 osób, w tym tylko około 28 tys. osób z tytułu objęcia ubezpieczeniem dobrowolnym. W grupie ubezpieczonych obowiązkowo, 76,7% osób to ubezpieczeni opłacający składkę lub których składka finansowana jest z budżetu państwa, natomiast ponad 23% to osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu posiadania statusu członka rodziny.

Informatyzacja. W Sprawozdaniu wiele uwagi poświęcono planowanym działaniom z zakresu informatyzacji. Realizowane prace miały na celu, przede wszystkim, zapewnienie bezpieczeństwa informatycznego oraz unifikację stosowanych rozwiązań. Kontynu-

owano prace dotyczące rozbudowy systemu monitorowania bezpieczeństwa Narodowego Funduszu Zdrowia, procedur przebudowy systemów archiwizacji oraz tworzenia systemu EESSI, mającego na celu zapewnienie elektronicznej wymiany danych w ramach koordynacji zabezpieczenia społecznego pomiędzy krajami członkowskimi Unii Europejskiej.

Następną działalnością Funduszu jest gospodarka finansowa, którą przedstawiłem w Sprawozdaniu z działalności finansowej Funduszu za rok 2011.

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, uprzejmie proszę o przyjęcie Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2011. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze coś doda? Na razie nikt. Rozumiem, że powinniśmy jeszcze poprosić przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli, która przeprowadziła kontrolę wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w roku 2011. Jest z nami pan dyrektor Departamentu Zdrowia, Lech Rejnuś. Rozumiem, że pan dyrektor wyznaczy kogoś do krótkiego przedstawienia wniosków z tej kontroli, zawartych w informacji o wynikach kontroli, którą w formie pisemnej mogą państwo uzyskać w naszym sekretariacie. Proszę bardzo, panie dyrektorze.

**Dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli Lech Rejnuś:**

Jeśli można, ponieważ jestem niedysponowany, głos zabierze pan dyrektor Trosiński.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Proszę uprzejmie, panie dyrektorze.

**Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia NIK Marek Trosiński:**

Najwyższa Izba Kontroli, po przeprowadzeniu kontroli wykonania planu finansowego NFZ-u w 2011 r., sformułowała dwie oceny. Pierwsza, dotyczyła *stricte* wykonania planu finansowego, a druga realizacji podstawowego zadania, jakim było zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych.

NIK pozytywnie z zastrzeżeniami oceniła wykonanie planu finansowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2011 r. Ocenę taką uzasadnia utrzymanie w 2011 r. stabilnej pozycji finansowej niewymagającej zaciągania zobowiązań, planowe wykonanie kosztów świadczeń zdrowotnych i przychodów, rzetelne prowadzenie sprawozdawczości.

Zastrzeżenia dotyczyły przekroczenia planu kosztów w wybranych rodzajach świadczeń, przy czym NFZ miał bardzo ograniczony wpływ na realizację niektórych rodzajów kosztów, ponieważ refundacja cen leków, koszty zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne były nielimitowane. Szczególnym przykładem jest refundacja cen leków. O ile w poszczególnych miesiącach koszty kształtowały się w granicach 700.000 tys. zł, o tyle w grudniu wzrosły do ponad 1.000.000 tys. zł. Wynikało to przede wszystkim z obawy przed możliwym wzrostem cen leków w 2012 r. oraz zapowiadany protest lekarzy. Zastrzeżenia dotyczyły również podziału środków Funduszu zapasowego pomiędzy wybrane oddziały wojewódzkie NFZ-u bez stosowania algorytmu, co zniekształcało działanie tego algorytmu podziału środków, o którym mówi rozporządzenie Ministra Zdrowia.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła realizację zadania Fundusz, jakim było zapewnienie równego dostępu do niektórych świadczeń dla osób ubezpieczonych, ustalono bowiem znaczne różnice w dostępie do części świadczeń w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ-u mierzone liczbą jednostek rozliczeniowych przypadających na 10 tys. mieszkańców, a przede wszystkim – co jest istotne dla pacjentów – czasem ich oczekiwania na udzielenie takiego świadczenia. Stwierdzono również nierówne traktowanie świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umów oraz ograniczono wiarygodność danych zawartych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, na co wskazuje różnica między liczbą osób uprawnionych do świadczeń wykazana w Wykazie, a liczbą osób zamieszkujących na terytorium Polski, według danych pochodzących z GUS-u.

Pomiędzy poszczególnymi oddziałami NFZ-u występowały znaczne różnice w dostępie do niektórych świadczeń zdrowotnych. Podam kilka przykładów. W przypadku oddziałów rehabilitacji leczniczej, średnia mediana czasu oczekiwania wynosiła 171 dni, ale w Dolnośląskim Oddziale Wojewódzkim wynosiła 443 dni, a w Podlaskim Oddziale Woje-

wódzkim 59 dni. Czas oczekiwania na rehabilitację neurologiczną wynosił od trzech dni w Oddziale Podkarpackim do 208 w Dolnośląskim. Do poradni ortodontycznych czekało się od zera dni w Oddziałach Lubelskim i Opolskim do 480 dni w Świętokrzyskim. Tak znaczne różnice naruszały art. 65 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Spośród skontrolowanych oddziałów wojewódzkich, w Śląskim Oddziale stwierdzono naruszenie zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, bowiem przeprowadzone dodatkowe postępowania konkursowe w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie onkologii na niektórych obszarach, na podstawie indywidualnych wniosków świadczeniodawców, którzy wcześniej brali udział w postępowaniach głównych, a ich oferty nie zostały wybrane z uwagi na niską punktację uzyskaną w procesie oceny, bez odwołań, przeprowadzono dodatkowe postępowanie i zakwalifikowano do zawarcia umowy. Naruszało to oczywiście przepisy, które określały zasady przeprowadzenia dodatkowych konkursów.

Podobnie jak w latach poprzednich, NFZ nie dysponował kompleksowymi i rzetelnymi danymi o rzeczywistych kosztach poszczególnych procedur. Dopiero we wrześniu 2011 r. Fundusz wprowadził wytyczne i procedury, które mają określić tryb dokonywania zmian wyceny usług medycznych.

Reasumując – nie kwestionując legalności i rzetelności działań Funduszu, należy podkreślić, że podział środków na oddziały wojewódzkie, pomimo, że nie narusza norm prawnych, odbiegał od przyjętego algorytmu, co może spowodować, że w latach następnych, w przypadku niższej dynamiki wpływów, ten podstawowy algorytm nie będzie mógł być zastosowany.

Centralny Wykaz Ubezpieczonych jest jeszcze mało wiarygodny. Brak rzetelnej wiedzy Funduszu o kosztach procedur medycznych. Dostępność do części świadczeń jest zależna od miejsca zamieszkania. Bardzo mocno wzrosła kwota nadwykonań, przy jednocześnie zmniejszającej się kwocie niewykonań. Minimalny wzrost przychodów, który jest przewidywany w przyszłości, może być dużym wyzwaniem dla Funduszu w latach poprzednich. Dziękuję bardzo.

#### **Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że mamy za sobą przedstawienie dwóch Sprawozdań i informacji z kontroli Najwyższej Izby Kontroli.

Zanim otworzę dyskusję, chciałbym poinformować pana ministra, że zamierzam wystąpić do prezesa Rady Ministrów z prośbą o wyjaśnienia, bo powtarza się sytuacja bardzo dziwna. Otóż, dzisiaj dyskutujemy nad sprawą najważniejszą dla Funduszu, czyli swoistym absolutorium, jakimi są finanse i działalność. Mistrzem świata w ignorowaniu i arogancji w stosunku do Komisji był pan prezes Paszkiewicz, ale widać, że ma godną następczynię. Pani prezes nie była w stanie się tu pofatygować. Rozumiem, że jest zafascynowana pobieraniem opłat w Czechach, ale wypadaloby, żeby na tak ważnym posiedzeniu był obecny prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Rozumiem, że państwo posłowie nie muszą podzielać tego zdania, ale ja z takim pismem, w swoim własnym imieniu, zamierzam wystąpić do prezesa Rady Ministrów, bo, proszę państwa, poza planem i realizacją planu nie mamy ważniejszych punktów dotyczących prezesa. Rozumiem, że jest taka możliwość, ale – według mnie – jest to jednak ignorowanie Komisji Zdrowia. Z bólem stwierdzam, że komisje sejmowe są coraz częściej ignorowane. Proszę bardzo, panie ministrze.

#### **Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:**

Panie przewodniczący, dzisiaj Narodowy Fundusz Zdrowia jest godnie reprezentowany w postaciach obu panów prezesów. Jest to wystarczająca reprezentacja. Pani prezes dzisiaj nie ma, ale nie łączyłbym tego z fascynacją Czechami, bo w Czechach nie jest, a polskiego systemu zdrowia też bym do Czech nie porównywał. Pan przewodniczący oczywiście ma prawo takie pismo skierować, ale jestem przekonany, że pani prezes nie lekceważy Komisji Zdrowia i jeszcze wielokrotnie będzie gościem na posiedzeniach państwa Komisji. Myślę, że dzisiaj jest ważne posiedzenie. Ważne, żeby ono było merytoryczne i bez takiego politycznego sznytu. Ze swej strony deklaruję, że zawsze staramy się poważnie podchodzić do Komisji Zdrowia i do innych komisji sejmowych, tak więc dzisiaj jest bar-

dzo silna i duża reprezentacja Narodowego Funduszu Zdrowia, które jest w stanie na wszystkie państwa pytania merytorycznie odpowiedzieć.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję, panie ministrze. Ja nie mam pretensji do pana, ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia jest w zasadzie instytucją autonomiczną. Nie zmiierzam podważać szacunku i umiejętności szanownych panów prezesów - za których obecność dziękuję - i urzędników Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednak pozostaję przy swoim zdaniu, i to - panie ministrze - nie ma nic wspólnego z polityką. Wypadałoby się przynajmniej usprawiedliwić. Tak, jak powiedziałem, najważniejszym corocznym punktem jest Sprawozdanie, czy my go przyjmujemy, czy nie. Dziękuję bardzo. Tyle w sprawach może pozamerytorycznych.

Kto z pań i panów posłów chciałby zabrać głos? Proszę, już zapisuję. Pan poseł Dziuba, proszę.

**Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):**

Panie przewodniczący, ja w nawiązaniu do pana uwagi. Może by zaordynować przerwanie prac Komisji do czasu przybycia pani prezes, bo rzeczywiście wielu z nas podziela opinię, że nieobecność pani prezes nie jest akceptowalna? To, po pierwsze.

Po drugie, chciałbym zwrócić uwagę na to, że posłowie późno otrzymali materiały w wersji pisemnej. To oczywiście utrudnia analizę zarówno działalności, jak i finansów w 2011 r., składam więc propozycję, aby przerwać prace Komisji do czasu przybycia pani prezes.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Ja nie podzielałam tej propozycji - bo na razie jest to propozycja, nie wniosek. Dajmy już pokój tym przepychankom, bo organizowanie pracy Komisji przy tej szczupłości sal jest ogromnym wyzwaniem dla prezydium każdej komisji, nie tylko naszej. Pewnie bez pani prezes sobie poradzimy.

Natomiast, jeśli chodzi o drugą sprawę, którą pan poruszył, dotyczącą materiałów, zostały one dostarczone wcześniej. Mamy ogromny problem bo trwa dyskusja, w jakiej formie mają one być - papierowej czy elektronicznej. Proszę państwa, jest tak, że, z jednej strony... Trzeba trochę uderzyć się w piersi - ja, na pewno. Zazwyczaj gładko posługuję się formą papierową, a tym nieszczęsnym aparacikiem, który mam tu na stole, słabiej. Po pierwsze, jestem do tego przyzwyczajony, a po drugie, sytuacja jest taka, że do tego, aby właściwie obsłużyć nasze portale w iPodzie, jest jeden informatyk, który potrafi wersję papierową albo elektroniczną w innym formacie przełożyć na wersję w iPodzie. Do tego informatyka - jest to pani, zresztą bardzo sympatyczna - jest kolejka. Chyba największe chody ma Komisja Spraw Zagranicznych - oni mają najwięcej wersji elektronicznych. Nam jest to trudno przełożyć. Natomiast materiały - tak, jak powiedziałem - były na czas. Muszę stwierdzić, że regulaminowy termin siedmiodniowy został dotrzymany. Być może jakaś informacja kuleje, ale ten okres pełnego przejścia na system informatyczny bezpapierowy mamy jeszcze przed sobą... Druki są dostępne - mam podpowiedź z sekretariatu.

W związku z tym, żeśmy to rozstrzygnęli - może pan poseł Dziuba nie będzie składać wniosku formalnego - chciałbym wrócić do meritum. Czy ktoś z pań i panów posłów chciałby zabrać głos? Pani posłanka Hrynkiewicz, na początek. Proszę bardzo.

**Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):**

Chciałam bardzo podziękować za to Sprawozdanie. Bardzo żałuję, że nie jest ono dokładniejsze i nie podano zróżnicowań regionalnych, o których mówił pan dyrektor, bo wtedy moglibyśmy rzeczywiście cenić bardzo duże różnice w dostępności różnych usług ochrony zdrowia w poszczególnych regionach. A przypuszczam, że ta analiza, którą ma Narodowy Fundusz Zdrowia, sięga jeszcze głębiej niż w regiony, bo czasami regiony są bardzo duże, rozległe, o złej komunikacji i dostępność pewnych usług jest tym bardziej trudna.

Natomiast mnie zastanawia sposób referowania państwa, jeżeli chodzi o czas oczekiwania. Tutaj wymieniono rehabilitację... Czy mógłby pan nie rozmawiać, bo mi to przeszkadza? Przepraszam... Podawano tu różne przykłady. Zainteresowała mnie stomatologia dziecięca. Wszystkie badania - mówię o badaniach wykonanych przez Wydział

Stomatologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – pokazują, że ponad 90% dzieci w wieku 12-15 lat ma próchnicę. Tu dowiadujemy się, że te poradnie są dostępne całkowicie, a jeśli chodzi o czas oczekiwania, mediana wynosi zero. Myślę, że to jest zupełnie nadzwyczajne. Zatem albo te dzieci już zrezygnowały z leczenia zębów, albo po prostu tych poradni nie ma, albo nie mają zębów... Nie wiem, może myją, może nie myją...

To samo dotyczy czekania na leczenie psychiatryczne. Jesteśmy sobie w stanie wyobrazić sytuację w rodzinie, gdzie jest dziecko... A problem leczenia psychiatrycznego dzieci i młodzieży jest znany i występuje od bardzo wielu lat. Tu okazuje się, że ten problem też jest nierozwiązany. Niesłychanie trudno wyobrazić sobie bardzo długie oczekiwanie na leczenie psychiatryczne.

To samo dotyczy leczenia osób uzależnionych od alkoholu – chciałabym zapytać pana ministra, jak zamierza ten problem rozwiązać. W Polsce, według różnych ocen, jest około 2 mln osób uzależnionych od alkoholu. Kilka lat temu zmieniły się zasady tego leczenia, i jest ono po prostu nieskuteczne. Dlaczego się zmieniło? Dlatego, że te środki, które pochodzą z akcyzy, przeznaczane są przez samorządy niekoniecznie na pomaganie osobom uzależnionym od alkoholu. Mam świeże dane ze sprawozdań finansowych. Okazuje się, że one są przeznaczane przez samorządy przede wszystkim na sport. Przeznacza się mniej więcej 80-90%, bez względu na to, czy to jest jakiś wybitny sport, czy pozaligowa drużyna, jak na przykład w Grodzisku Mazowieckim. Tam idą ogromne pieniądze. Myślę, że to jest do zmiany, może nawet nie przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pan minister powinien przyjrzeć się temu, jak te środki są używane.

Następna sprawa. Z dużym zainteresowaniem przeczytałam, w jakich sprawach Narodowy Fundusz Zdrowia podejmuje indywidualne decyzje, jak te sprawy się toczą się w sądach. Dlatego chciałabym zapytać przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, jakie zmiany powinny nastąpić w prawie regulującym te kwestie, które są rozpatrywane w decyzjach indywidualnych. Bo widać, że jest tam dużo takich spraw, które powinny być uregulowane systemowo.

Jeszcze jedna sprawa. Jestem posłanką z województwa podkarpackiego, które pod koniec tego Sprawozdania wykazane jest jako to, które ma bardzo duże należności i nierozstrzygnięte sprawy finansowe związane z niezakończonymi postępowaniami sądowymi. Tak się składa, że byłam u pani dyrektor, ponieważ wpłynęła do mnie bardzo poważna skarga z wojewódzkiego szpitala pulmonologicznego dotycząca niezapłacenia za świadczenia ratujące życie. Muszę powiedzieć, że wtedy pani dyrektor powiedziała, że tam nie ma żadnych problemów. Przyjęłam to z dobrą wiarą. Natomiast w Sprawozdaniu widzę, że obok lubelskiego, region podkarpacki jest właśnie tym, gdzie jest dużo takich spraw, które są przekazane do sądu.

I ostatnia sprawa, o której chciałam tu powiedzieć. Dotyczy ona liczby osób ubezpieczonych. Otóż, pamiętają państwo, jak przed wakacjami minister Boni poinformował nas, że za 100.000 tys. zł przygotowuje taki system, gdzie wszyscy ubezpieczeni będą uwzględnieni. Pytałam wtedy, jak dużo jest osób nieubezpieczonych. Okazuje się, że z 38.511.800 osób – taką liczbę podaje Narodowy Spis Powszechny 2011, są to dane z czerwca, więc przypuszczam, że to jest średnia roczna – ubezpieczonych jest 37.241.000. Tyle się stwierdza, ale 2.060.000 przebywa za granicą. To są dane podane przez Główny Urząd Statystyczny kilka dni temu, zweryfikowane o wyniki Narodowego Spisu Powszechnego. Z tego wynika, że ubezpieczona jest także część osób, które przebywają za granicą – przypuszczam, że opłacają składkę, czy z innego tytułu mają uprawnienia do świadczeń. Pytam natomiast, jaki jest sens budowania za 100.000 tys. zł systemu, który stwierdzałby, czy ktoś jest ubezpieczony, czy nie. Moje pytanie do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jest następujące. Ile państwo wydali w roku 2011 na leczenie osób nieubezpieczonych, w stosunku do których nikt nie był zobowiązany do zapłacenia należności? Ile takich osób było i jakie to były koszty związane z samym leczeniem? Nie mówię o postępowaniach sądowych, o całej procedurze administracyjno-finansowo-sądowej, która przy tej okazji być może się toczyła. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pani posłanka Skowrońska.

### **Posel Krystyna Skowrońska (PO):**

Mam do poruszenia trzy tematy w zakresie wykonania planu finansowego. Po pierwsze, mam generalną uwagę, którą podnosi również Najwyższa Izba Kontroli w swoim badaniu. Jest to sprawa funkcjonowania algorytmu w skali kraju. W związku z podziałem środków na poszczególne oddziały, po uruchomieniu rezerwy, w dalszym ciągu pozostały dysproporcje pomiędzy oddziałami Funduszu. W województwie mazowieckim wypadało na jednego ubezpieczonego 1729 zł 84 gr., w województwie śląskim – 1589 zł 44 gr., przy średniej krajowej 1563 zł w województwie podkarpackim 1448 zł 48 gr., i nic nie zmienimy. Możemy dzisiaj tylko opiniować, czy poprawnie został zrealizowany plan finansowy i czy odpowiednio wydatkowano pieniądze, czyli zapłacono za procedury. Wydaje mi się, że to wszystko, co Komisja może zrobić. Może powiedzieć „tak” lub „nie”. Jeżeli pieniądze odpowiednio zostały przeznaczone na procedury i wydatkowane, nie mamy innej możliwości niż powiedzieć, że zrealizowano plan finansowy.

Jednak na tej podstawie chciałabym zapytać, czy na rok 2013 – bo i na 2012 r. przeznaczono dodatkowe środki poza pierwotnym podziałem algorytmem – jest również przewidziana tego typu praktyka, bo jeżeli tego rodzaju praktyka i propozycja będzie utrzymywana, to, tak naprawdę, pomimo że ustawa będzie funkcjonować, jej przepisy będą martwe, bo znajdzie się taką protezę i bokiem wprowadzi się dodatkowe pieniądze. To nie jest rozwiązanie, które zdarza się incydentalnie i można by powiedzieć, że funkcjonuje tylko w jakimś miesiącu czy roku. Takie działanie łamie i ducha, i literę ustawy. W tym zakresie chciałabym zapytać przede wszystkim pana ministra, w kontekście planu finansowego - czy zaobserwowana praktyka w dzieleniu pieniędzy na poszczególne oddziały będzie w dalszym ciągu stosowana, bo że była stosowana i jakie skutki spowodowała, to wiemy?

Ponadto, chciałabym zapytać – jakie są powody wyniku finansowego poszczególnych oddziałów i Funduszu ogółem? Zgoda, że w niektórych przypadkach wynik finansowy oddziałów poprawił się w stosunku do roku 2010, bo deficyt zmniejszył się o 300% - z deficytu w wysokości 1.500.000 tys. zł przeszliśmy do deficytu wynoszącego 454.000 tys. zł - niemniej jednak w dalszym ciągu istnieje dysproporcja pomiędzy oddziałami. Ten wskaźnik zmniejszenia deficytu poszczególnych oddziałów nie jest równomierny. W niektórych oddziałach wynik finansowy jest dodatni, a w niektórych ujemny. Poprosiłabym więc o podanie powodów tego stanu i przekazanie nam informacji o dwóch największych oddziałach, a jednocześnie dwóch najwyższych ujemnych wynikach finansowych. Oddział Mazowiecki ma stratę w wysokości prawie 300.000 tys. zł, a Oddział Śląski 154.000 tys. zł, podczas gdy oddziały, dla których przeznaczono mniej pieniędzy na pacjenta, mają wynik finansowy dodatni.

Chciałabym również zapytać o to - bo dysproporcja pomiędzy liczbą ludności podawaną przez Główny Urząd Statystyczny a liczbą pacjentów, którym są udzielane świadczenia, wynosi w skali kraju na rok 2011 około 1,5 mln osób. Pytam więc - jakie są tego powody i czy gdyby nie było tej różnicy, jak by to wpływało na dzielenie pieniędzy dla poszczególnych oddziałów, i czy zmiana byłaby duża? Nam jest to trudno określić, ale czy centrala Narodowego Funduszu Zdrowia nie pokusiła się o przeprowadzenie takiej akcji nie tylko informacyjnej, ale żeby pokazać, jak wygląda rzeczywistość.

I ostatnia sprawa, którą chciałam poruszyć, dotycząca egzekucji zajętych wierzytelności świadczeniodawców. Rozumiemy, że w tym zakresie trwa postępowanie dotyczące zwrotu niesłusznie pobranych środków na wykonywanie określonych procedur. Wartość tej egzekucji to około 270.000 tys. zł. Rozkłada się ona również dla poszczególnych oddziałów. Chciałabym zapytać, po pierwsze – jak długi jest okres odzyskiwania zajętych wierzytelności świadczeniodawców? Po drugie – bo w bilansie musi się zapisać, w jakim okresie – czy z lat poprzednich, czyli sprzed roku 2010, są niewyegzekwowane wierzytelności?

Takie są moje pytania. Najważniejsze, dotyczące litery, ducha i praktyk związanych z ustawą dotyczącą algorytmu - to pytanie do pana, panie ministrze - i dotyczące tej praktyki, która, niestety, niewiele zmieniła. W 2012 również mieliśmy specjalnie uruchomione środki dla Mazowsza. Nie będę mówić o innych konsekwencjach różnicy nakładów

na jednego pacjenta, ale to powoduje, że w tym zakresie naprawdę niestosuje się obowiązującej ustawy. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę, pan przewodniczący Latos, a później pani posłanka Kłosin.

**Poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, panie prezesie, częściowo chcę pójść tokiem wypowiedzi pani poseł Skowrońskiej.

Oceniamy wykonanie planu finansowego za rok 2011. W roku poprzednim, czyli 2010, również dzielono środki z rezerwy, w wysokości około 1.000.000 tys. zł, które są w tym Sprawozdaniu uwzględnione. Dzielono nierównomiernie – wówczas dostało je 6 województw, a 9 nie dostało ani gorsza. W roku ubiegłym dokonano podziału tych pieniędzy na ten rok – około 800.000 tys. zł – z czego około 400.000 tys. zł przypada na województwo mazowieckie.

Teraz mamy następującą sytuację. Z jednej strony, podzielono tę rezerwę, a z drugiej strony, jest brak pieniędzy w kasie Narodowego Funduszu Zdrowia. Mówił pan wczoraj o tym, że w okresie do końca sierpnia brakuje 806.000 tys. zł. Zobaczymy, co będzie dalej.

Trzeba, po pierwsze, wyciągnąć wnioski na przyszłość odnośnie do podziału poza algorytmem kwoty rezerwy w sytuacji, jaką obserwujemy w tym roku. Po drugie, nasuwa się pytanie – jak będziemy ten niedostatek dzielić? Najprawdopodobniej do końca roku będzie brakować pieniędzy w kasie. Oby ten dług dalej nie narastał, ale jednak trzeba założyć, że to będzie kwota około 1.000.000 tys. zł. Jak rozumiem, tę rezerwę podzielono już w zeszłym roku – bo była taka propozycja podziału nieuwzględniająca, siłą rzeczy, tego niedoboru. Co państwo mają zamiar z tym zrobić? Czy państwo będą proporcjonalnie zmniejszać podział środków na poszczególne oddziały i zostawią wszystkich z proporcjonalnym deficytem środków, czy też wycofają się państwo ze swojej ubiegłorocznej decyzji i przy pomocy tych zadeklarowanych wcześniej środków, które zostaną uruchomione, będą pokrywać ten deficyt?

Pytam o to również w kontekście informacji Najwyższej Izby Kontroli. Najwyższa Izba Kontroli jako jeden z głównych zarzutów stawia państwu - może nie tyle to nie jest zarzut, ile stwierdzenie faktu, z którym trzeba umieć sobie poradzić teraz i w przyszłości - nierównego dostępu do świadczeń medycznych na terenie Polski. Oczywiście, mam świadomość tego, że nie wszystko da się rozwiązać, bo nie da się przenieść instytutów, klinik, obdzielić nimi równo całą Polskę. Pewnie będzie tu nierównowaga, ale to, co się dzieje, jeśli chodzi o nierównomierną dostępność do świadczeń medycznych wynika, między innymi, po pierwsze, z algorytmu, a po drugie, z uruchamiania dodatkowych środków. Dodatkowo ma to związek z nadwykonaniami. Chciałbym też na ten temat dowiedzieć się czegoś więcej od pana. Oczywiście państwo de facto nie uwzględniają nadwykonań, bo podpisują umowę na określone świadczenia – są też świadczenia nielimitowane czy ratujące życie, które wymagają innego rozliczenia. Państwo zawsze mówią, że nadwykonania w jakimś sensie was nie obchodzą, ale jednak z problemem nadwykonań wciąż się zderzamy, a to z kolei, panie prezesie, wpływa na zadłużanie się placówek medycznych, czy to funkcjonujących poza planem ratunkowym, czy w ramach planu ratunkowego, tego, który państwo wprowadzali czy wcześniejszych planów, w systemie, który obowiązuje teraz, po wprowadzeniu ustawy o dzielności leczniczej, zgodnie z którą zadłużenie szpitali będzie rodzić określone konsekwencje. Jak rozumiem, to zadłużenie i jego konsekwencje też będą nierównomierne w całej Polsce, bo – zgodnie z tym, co powiedziałem na początku – są województwa lepiej lub gorzej wyposażone w środki finansowe przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jak ta sprawa wygląda? Jak państwo chcą sobie z tym poradzić? I jak państwo chcą płacić za jeszcze cały czas nierozliczone do końca – już nie mówię nadwykonania za rok 2011 - procedury ratujące życie czy procedury nielimitowe, na które zabrakło pieniędzy? A wiemy, że nie za wszystko zostało zapłacone. Posługuję się tu przykładem województwa kujawsko-pomorskiego, gdzie taki problem był, i były przepychanki pomiędzy dyrekcją Oddziału a dyrekcjami szpitali, zwłaszcza jednego, odnośnie do zapłaty za wspomniane świadczenia. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, pani posłanka Kłosin.

**Posel Krystyna Kłosin (PO):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, panowie prezesi, ja też chciałam zapytać o te nadwykonania, o które pytał pan poseł Latos i o sposób ich rozliczenia. Jednak w tej sytuacji, zapytam o proces alokacji środków. Czy centrala monitoruje ten proces w poszczególnych oddziałach i czy są rozporządzenia zalecające dyrektorom dokonywanie tej alokacji po zakończeniu każdego kwartału? To by bardzo udrożniło płynność finansową poszczególnych oddziałów. Wiemy, że w czasie realizacji umów poszczególni świadczeniodawcy wykonują część świadczeń w większej ilości, generują nadwykonania, a niektórych świadczeń nie wykonują, z różnych powodów. W związku z tym, warto byłoby przyjrzeć się procesowi wewnętrznej alokacji środków w oddziałach, które są dysponentami tych środków, żeby najpierw alokować środki, a potem brać się za rozliczanie nadwykonań.

Druga sprawa. Chciałabym zapytać, jak wygląda zawarcie ugód pozasądowych w poszczególnych oddziałach i w poszczególnych rodzajach świadczeń. Czy centrala dysponuje takimi danymi i czy ten proces został już zakończony?

Trzecie pytanie nie dotyczy finansowania świadczeń zdrowotnych, tylko wewnętrznej działalności centrali. Chodzi o działalność szkoleniową. Na str. 15 Sprawozdania czytamy, że zostały zarezerwowane środki na podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników Funduszu. Są trzy pule środków. Pierwsza pula, to kwota przeznaczona na szkolenia indywidualne pracowników oddziałów. Druga, to kwota przeznaczona na szkolenia centralne, w których uczestniczyli pracownicy oddziałów i centrali, a trzecia, to kwota przeznaczona na szkolenia i kursy indywidualne pracowników pionów centrali, czyli tak zwanych pionów zarządczych – prezesów, zastępców itd. Chciałabym się dowiedzieć, jakie kwoty były zaplanowane, jak zostały wykorzystane i jakiego rodzaju szkolenia zostały zorganizowane w ramach tego planu.

Druga rzecz – szkolenia audytorów, które były organizowane również z puli centrali. Jak one przebiegały? Audytor wewnętrzny to jest bardzo ważna osoba, która realizuje pierwsze zadania kontrolne wewnątrz poszczególnych oddziałów. W tym materiale, który państwo przedstawiają, jest informacja, że w Oddziałach Lubelskim i Mazowieckim nie sporządzono żadnych sprawozdań z audytu wewnętrznego, ponieważ nie było pracownika. Co było powodem tego, że nie było osoby wyznaczonej na zastępstwo na tak ważnym i newralgicznym stanowisku? W Oddziale Opolskim do dzisiaj brak audytora, bo zdają się, że nie udało się zorganizować konkursu. Prosiłabym o wyśnienie tego.

Trzecia sprawa. Centrala NFZ-u realizowała duży projekt unijny, którego część została zakończona po trzyletnim okresie jego prowadzenia, w roku 2011 r. Tam były przewidziane szkolenia zarówno dla pracowników centrali i pracowników oddziału, jak i pracowników świadczeniodawców. Z tego, co wiem, dla świadczeniodawców zorganizowano tylko jedno szkolenie pod koniec grudnia 2011 r. Moje pytanie, w związku z tymi projektami, jest następujące – jakie to były środki, które państwo pozyskali? Jak one zostały wydatkowane i na co zostały przeznaczone? Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Na razie nie widzę więcej chętnych do zabrania głosu. Pewnie będą chętni zaproszeni goście. Wcześniej jednak chciałbym zadać swoje pytania.

Dzisiejsze posiedzenie mamy podzielone na dwa tematy. Oczywiście, najpierw chciałbym zapytać o wykonanie planu finansowego, bo to jest pierwsza sprawa. Nikt tu nie zarzucił łamania prawa. I dobrze. Natomiast były zastrzeżenia, które – moim zdaniem – wymagają wyjaśnienia.

Pierwsza sprawa, która wymaga wyjaśnienia, to stosowanie algorytmu. W tym zakresie padło tu wiele głosów. Algorytm przyjęty na jesieni 2009 r. miał być wspaniały, natomiast on dalej nie działa. Z raportu NIK-u – str. 24 – wynika jedna bardzo dziwna rzecz, że 17 sierpnia 2010 r. przyjęto plan, który zmienił się o kwotę 3.660.000 tys. zł do dnia 26 sierpnia. Czyli wystarczyły dwa tygodnie, żeby 6% środków globalnych „spod dużego palca” rozprowadzić po systemie, bo wtedy już algorytm nie działał. Rozumiem, że nie



złamano prawa, ponieważ rozwiązanie rezerwy tym właśnie skutkuje, ale tak sugeruje NIK. Chciałbym więc usłyszeć wyjaśnienie, dlaczego jest to 6,5%, bo 3.500.000 tys. zł to potężna kwota, a jest rozporządzana niezgodnie z założeniami algorytmu.

Druga sprawa dotyczy tego, czy strona przychodowa została dobrze zabezpieczona. NIK również sugeruje, że na skutek różnego rodzaju błędów przynajmniej 150.000 tys. zł nie wpłynęło do Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu źle pobranej lub źle rozliczonej składki. Rozumiem, że częściowo jest to sprawa ZUS-u, ale państwo z ZUS-em współpracują i mają te same systemy danych, co więcej, oparte na PESEL-u, można więc to było sygnalizować wcześniej i te 150.000 tys. zł pozyskać. A 150.000 tys. zł – żeby nie być gołosłownym – to łączna kwota zobowiązań sądowych albo przesądowych na rzecz świadczeniodawców, które zapłacił Narodowy Fundusz Zdrowia w roku 2011. Takie dane podajecie, więc nie jest to sprawa bagatelna. Oczywiście, wynik finansowy jest ujemny. Jest on lepszy niż zakładano – i chwała Bogu! – ale nadal jest ujemny. Co prawda, nie zagraża to w żadnym wypadku stabilności finansowej Funduszu – nie są potrzebne żadnego rodzaju gwarancje czy kredyty. I to jest pierwsza część, dotycząca spraw finansowych.

Następna sprawa dotyczy drugiej części Sprawozdania, i pierwszej. Jest to kwestia bałaganu, który mamy. I tu pytanie do ministra zdrowia, bo ostatnio bardzo dużo debatowaliśmy nad tak zwanym Centralnym Wykazem Ubezpieczonych. Pamiętają państwo, pozmienialiśmy to - pan minister Boni był u nas gościem – a teraz wszystko ma być cacy. A jakie są dane? Dane są takie, że Centralny Wykaz Ubezpieczonych wykazuje 37.213.000 osób objętych ubezpieczeniem. Spis powszechny wykazuje, że w Polsce jest 38.549.000 osób. Zgubiło się gdzieś 1.200.000 ludzi. A żeby było jasne, deklaracje w tak zwanej podstawowej opiece zdrowotnej opiewają na liczbę 36.800.000, czyli znowu wypada 500.000 ludzi. Świadczy to o tym, że mamy bałagan. Wiem, jakie to ma skutki – dość długo jestem w Komisji Zdrowia, jeszcze przed tym systemem. Bo to ma skutki, proszę państwa, głównie odnośnie do liczenia algorytmu, bo algorytm jest liczony na ubezpieczonego – na głowę. Zatem, któryś wykaz musicie brać pod uwagę. Czy wykaz GUS-owski, czy wasz wewnętrzny z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, czy z POZ-u? Jakiś musicie wziąć. Wszystkie się różnią, i to wielotysięczną liczbą albo nawet milionową. A to jest potrzebne do algorytmu, bo jest to pierwszy podział - na głowę. Potem są różnego rodzaju wagi. W związku z tym, jeśli mamy nieprecyzyjne dane, to niedługo dojdzie do sytuacji, jak w schyłkowym kresie Kas Chorych, kiedy ubezpieczeniem było objętych 42.000.000 ludzi, podczas gdy w Polsce było 39.000.000 ludzi. Takie były przekłamania. Zatem, w związku z tym, że jest na to taki nacisk i że dużo się mówi o cyfryzacji, jak można obliczyć algorytm, skoro nie ma dobrego punktu wyjścia. To są uwagi dotyczące spraw finansowych.

Mam jeszcze inne uwagi. Pierwsza sprawa. Nie byłbym w opozycji, gdybym nie zapytał – dlaczego zwiększacie zatrudnienie w administracji Narodowego Funduszu Zdrowia, bo, jak zwykle, rok do roku wzrosło? Czy pojawiały się nowe zadania – jeżeli tak, to jakie – które wymagały takich działań? Ten wzrost zatrudnienia był różny. W poszczególnych oddziałach różnie to wyglądało, ale wzrost był. Jeżeli był wzrost zatrudnienia, to należałoby oczekiwać określonych skutków tego wzrostu. Czy coś lepszego się stało? Musielibyśmy, w związku z tym, zobaczyć, jak wyglądają kontrole. Jak egzekwujecie kontrole? W zasadzie taką kontrolę Narodowy Fundusz Zdrowia prowadził, jeśli chodzi o ordynację recept lekarskich. I wiecie, co stwierdził? 24% recept w tej części ordynacji, która była objęta kontrolą, jest wypisanych wadliwie. To jest skandal. Jeżeli co czwarta recepta w Polsce, w 2011 r., kiedy obowiązywała inna ustawa refundacyjna, nie spełniała standardów prawidłowego wypisania, to już widzimy, jak jest w tym roku, co się dzieje dzisiaj. Widzimy absolutny wzrost współpłacenia pacjentów za lek w aptecce, ponieważ generalnie leki są wypisywane na 100% z powodu strachu, żeby tę kontrolę ominąć. Nie wiem tylko, dlaczego w dwóch oddziałach kontrole działały, a w innych, jeśli chodzi o kontrolę aptek i recept lekarskich, kontrolerzy w ogóle się nie pojawiali albo kontrolowali zdawkowo. Kontroler mazowiecki został określony jako fanatyk kontroli - wiadomo, że zasiał tu popłoch. Kontrola działała w jeszcze innym oddziale, a w innych prawie nie działała. Tam nikt się nie pofatygował. A jeśli tak, to czy wyciągnięto z tego jakieś

wnioski, czy tylko ukarano zamiast, być może, uprościć procedurę wypisywania recept, żeby tych błędów uniknąć.

Następne sprawy, które z tym wszystkim się wiążą, dotyczą kolejek – bo dostępność do świadczenia zdrowotnego to też kolejka. Państwo bardzo sprytnie w tym Sprawozdaniu – gratuluję państwu prezesom pomysłowości – zastosowali medianę, czyli średni czas oczekiwania w Polsce. Okazuje się, jeśli chodzi o tę medianę, że – gdybyśmy spojrzeli na str. 120-128 w tym Sprawozdaniu, a ja sięgnę do jednej z ostatnich stron – na przykład, w stomatologii, wygląda ona nienajgorzej, tylko że w niektórych powiatach stomatologia w pewnych zakresach, takich jak ortodoncja czy protetyka, jest niedostępna. To, po co mi mediana? Czy ktoś widział, żeby ktoś z Kołobrzegu leczył się stomatologicznie na Śląsku albo odwrotnie? Nie. To znaczy, że są białe plamy, a ta mediana, która wygląda nienajgorzej, wcale nie mówi o tym, jaki jest normalny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach czy częściach województw.

Pacjent leczy się zdecydowanie najczęściej - w 95-96% - blisko miejsca zamieszkania. Taka jest tendencja światowa, w tym ogólnopolska. Migrantów nie jest aż tak dużo. Migranci, to osoby ciężko chore, w przypadku których nie ma do dyspozycji różnego rodzaju sprzętu, aparatury i kadr medycznych, żeby ich leczyć, albo – bo tacy też są – hipochondrycy lub ludzie roszczeniowi, którzy zwiedzają całą Polskę ze swoim schorzeniem. Jednak to jest margines. Generalnie, pacjent leczy się w miejscu zamieszkania. Zatem, z tej mediany nic nie wynika, proszę państwa. Bo wynika z niej, że okres oczekiwania do poradni zdrowia psychicznego wynosi średnio 9 dni, na badania okulistyczne 28 dni, w przypadku kardiologii – 62 dni, a ja wiem, że w 200-tysięcznym mieście na południu Polski do poradni kardiologicznej czeka się 2 lata. Po co komu wizyta w poradni kardiologicznej za 2 lata? To jest pytanie, panie ministrze, do organizatorów opieki zdrowotnej – czytaj, rząd. Bo jeżeli ktoś ma kłopoty z sercem i wyznacza mu się termin wizyty za 2 lata, to jest nieporozumienie, mimo iż mediana wygląda fajnie. Mediana – 52 dni, ale w skali ogólnopolskiej, a nie w skali poszczególnych województw. Gdybyśmy z tą medianą poszli na Podkarpacie – posłanka Skowrońska – to mielibyśmy z nią jeszcze większe kłopoty z powodu braku zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych. Zatem pytam – jak z tymi kolejkami zamierza sobie poradzić Narodowy Fundusz Zdrowia?

I jeszcze jedna sprawa. Takich spraw mam wynotowanych więcej, ale skupię się na jednej – koordynacji. Jest to słynna sprawa, bo nie umiemy się rozliczyć z Europą. Podobno jesteśmy w Europie, a te rozliczenia są takie, że na podstawie tych danych nie wiem, dlaczego są jakieś faktury, część z nich jest kwestionowana, część spłacona, a część nie. Czy w 2011 r. wreszcie się nam udało uporządkować sprawę koordynacji? Ta sprawa od początku była zła – nikt nie widział, jakie faktury i kiedy przyjdą itd. Najczęściej planowano około 250.000 tys. zł na tę koordynację. Raz się to pokrywało, innym razem nie. Z tym, że koordynacja – jak myślę – policzona jest na dwa sposoby, bo część z tej koordynacji należy się również naszym świadczeniodawcom z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych obywatelom innych państw Unii Europejskiej. Czy udało się te sprawy doprowadzić do końca?

Na zakończenie, najstarsza kwestia – nadwykonania. Rozumiem, że nadwykonania nie są przedmiotem tego oto Sprawozdania z oczywistego względu – przecież jest umowa, która obowiązuje dwie strony. W związku z tym, jeżeli ktoś świadczył więcej usług niż zakontraktował, czyli podpisał umowę, to sam jest sobie winny. Jednak toczą się różnego rodzaju postępowania, w tym sądowe. A te postępowania sądowe dotyczą tego, co tu było podkreślane, czyli tak zwanych świadczeń ratujących życie.

Czy zmieniła się definicja świadczenia ratującego życie? Przyznam się, że niedawno rozmawiałem z panem ministrem na ten temat. Czy naświetlanie onkologiczne jest zabiegiem ratującym życie, czy nie? Rozumiem, że zawał serca czy ostra niewydolność wieńcowa dla „druciarzy” – przepraszam za wyrażenie – czyli tych, którzy drutami operują w naszych naczyniach krwionośnych, jest wskazaniem do ratowania życia, ale czy naświetlanie onkologiczne, nie paliatywne – podkreślam - jest zabiegiem ratującym życie, czy nie. Bo z tego, co wiem, ta definicja określa, że w żadnym wypadku nie jest świadczeniem ratującym życie. Czy ta definicja się zmieniła w roku 2011, czy nadal obowiązuje ta definicja?

I jeszcze jedno pytanie dotyczące nadwykonań. Czy wszystkie nadwykonania – dzisiaj mamy połowę roku 2012 – które były kwestią sporną, czyli przedmiotem postępowań sądowych w roku 2010, w roku 2011 zostały zapłacone? Czy Narodowy Fundusz Zdrowia ma jeszcze niezapłacone, kwestionowane, różnego rodzaju postępowania z lat wcześniejszych niż 2011, czyli, czy ma jakieś nadwykonania, odnośnie do których jest spór za rok 2010, 2009 czy 2008? Pytam, ponieważ nie pan minister, ale ktoś inny, mówił tu, że wyjdziemy na prostą i będziemy mieć wszystkie te sprawy systematycznie załatwione. Tym bardziej, że – przypomnę – większość nadwykonań jest regulowana w postępowaniu ugody pozasądowej albo przesądowej. To nie są sprawy rozstrzygnięć sądowych, bo według rozstrzygnięć sądowych, generalnie, za nadwykonania w 2011 r. było to 136.000 tys. zł, a w 2010 r. – 174.000 tys. zł. To były sprawy sądowe, natomiast pozasądowe są regulowane w inny sposób. Chciałbym usłyszeć jasną deklarację – czy sprawa nadwykonań za lata 2009 i 2010 jest załatwiona, i jak wygląda sprawa dzisiaj, pod koniec września, za rok 2011? Dlaczego o tym mówię? Dlatego, że zbliżamy się do przełomowej daty, kiedy istnienie części szpitali stanie pod znakiem zapytania, ponieważ w przypadku niezrównoważonego budżetu i niemożności pokrycia go przez jednostkę samorządu terytorialnego, będą musiały przekształcić się w spółkę prawa handlowego – powiem od razu – zadłużoną spółkę prawa handlowego albo – o czym rozmawiałem ze starostami z województwa mazowieckiego, co im chodzi po głowie – na poczet zabezpieczenia się przed komornikiem stworzą „spółki wydmuszki”, które będą się nazywać samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w likwidacji, z jedną działalnością – prawnicy już nad tym pracują, pani przewodnicząca – jak, na przykład, żywienie pozajelitowe dwóch pacjentów. Czy da się to zrobić, czy nie? Jest to wyzwanie, przed którym stoi Narodowy Fundusz Zdrowia. Sądzę więc, że Narodowy Fundusz Zdrowia powinien przede wszystkim załatwić jedno – nie mieć problemu z nadwykonaniami. Dyrektorzy szpitali mówią – dwa tygodnie temu omawialiśmy temat centrum Zdrowia Dziecka – że wszystko byłoby cacy, gdyby nie Narodowy Fundusz Zdrowia, który nie płaci za nadwykonania. tyle z mojej strony.

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

**Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz:**

Panie przewodniczący, szanowni państwo, jeśli można, odniosę się do wypowiedzi pani prezes Agnieszki Pachciarz, która ostatnio w mediach powiedziała, że w roku 2011 Narodowy Fundusz Zdrowia nie dysponował policzonymi kosztami świadczeń. Również Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że kontraktowanie nie było oparte na rzeczywistych kosztach świadczeń medycznych, a zatem nie było zgodne z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wyrażam więc zaniepokojenie, czy rzeczywiście kontraktowanie w 2011 r. było zgodne z prawem, skoro nie było zgodne z rozporządzeniem ministra.

Mimo wielu lat, nie policzono tych kosztów, a kontraktowanie dla poszczególnych dziedzin – jak należy sądzić z tej wypowiedzi – było po prostu wzięte z sufitu, nieoparte o jakiegokolwiek obliczenia. Dlatego wyrażamy tę wątpliwość. Zresztą stąd wynika większość kłopotów tych szpitali publicznych, które mają szerszy zakres świadczeń niż kardiologia inwazyjna lub dializoterapia. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, panie przewodniczący.

Chciałbym jeszcze tylko krótko sprostować, odnośnie do sprawy kontroli ordynacji recept lekarskich, że pytałem, czy to nie jest sygnał do tego, że należy system uprościć, bo gdybyśmy dokładnie prześledzili to, co twierdzi NIK i kontrolerzy, że przecinek powodował nałożenie kary. Przecież to jest absurd. Dziękuję.

Proszę bardzo, panie przewodniczący.

**Wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Zdzisław Bujas:**

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowny panie ministrze, panie prezesie, szanowni państwo posłowie, ja trochę wpiszę się w wypowiedź pana przewodniczącego Piechy.

Chciałbym się odnieść do dwóch elementów. Chodzi o hospicja stacjonarne i opiekę paliatywną oraz zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i opieki długoterminowej.

Wiemy – cały czas trwa dyskusja na ten temat – że społeczeństwo się starzeje, wzrasta liczba zachorowań na choroby nowotworowe i jakby była tendencja – taką wypowiedź miał pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w poprzednim roku – że zwiększa się środki na hospicja i opiekę długoterminową. To, czego brakuje w tym Sprawozdaniu, a co by pokazało to, o czym mówił pan przewodniczący Piecha, to są właśnie te białe palmy.

Proszę państwa, dzisiaj w Polsce są województwa, w których nie ma stacjonarnych hospicjów. Chciałbym wiedzieć, jak to wygląda, bo generalnie pisze się, że czas oczekiwania jest niemal zerowy, natomiast proszę mi wierzyć, że ci pacjenci zalegają na oddziałach onkologicznych, bo nie ich gdzie przesyłać. Ustala się przejęcie takiego pacjenta z innym województwem lub oddziałem medycyny paliatywnej na krótki okres. Tego elementu brakuje. A więc dobrze by było, żeby jednak w Sprawozdaniu pojawiła się taka informacja, jak to wygląda w skali poszczególnych województw. To pokazywałoby rzeczywisty okres oczekiwania.

Następna sprawa to zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i opieki długoterminowej. Proszę państwa, gros problemów, które wynikają z generowania kosztów na oddziałach internistycznych lub geriatrycznych, polega na tym, że są to pacjenci, którzy powinni znaleźć się w tych zakładach. Tu jest pokazany minimalny czas oczekiwania. Mogę podać państwu przykład z kilku województw. Weźmy województwo łódzkie, gdzie czas oczekiwania na miejsce w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym trwa od 4 do 5 miesięcy. A więc nijak się to ma do informacji, którą państwo tu przekazują.

Gorąca prośba. Jeżeli Sprawozdanie ma mieć charakter obrazowy i pokazywać strategię państwa w stosunku do tego, jak ci świadczeniodawcy są rozlokowani w Polsce, to powinno się to w tych sprawozdaniach znajdować, bo da pełny obraz tego, w których województwach te białe palmy rzeczywiście są. Dziękuję bardzo.

#### **Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Może pan minister, panowie prezesi i urzędnicy Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia spróbują odpowiedzieć na te pytania. Proszę bardzo.

#### **Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:**

Dziękuję bardzo. Jedna generalna uwaga – jest to Sprawozdanie z 2011 r. Jeżeli mówimy o medianach, to za 2011 r. Jeśli chodzi o wskazywanie dzisiaj, że w jednym z województw, jest inny czas oczekiwania – rozumiem, że są to pana obecne dane – być może tak jest, ale dane Narodowego Funduszu Zdrowia są wiarygodne. Należy do nich podchodzić z dużym szacunkiem, bo są pobierane z informacji, do których nawet prasa nie ma pełnego dostępu, natomiast pewne przekłamania w prasie powodują niekiedy niepotrzebną dyskusję, zupełnie obok danych, które są prawdziwe, czasami twarde i niesatysfakcjonujące – to jest prawda.

Są białe palmy. Mamy tego świadomość. Tak pewnie będzie zawsze, bo nikt z nas – ani rząd, ani Narodowy Fundusz Zdrowia – nie wybuduje w danym miejscu kliniki czy hospicjum, jeżeli tam go nie ma. Możemy generować taki projekt poprzez wskazywanie przez płatnika, że być może będzie tam kontraktować usługę, ale musi znaleźć się ktoś, kto by chciał takie hospicjum otworzyć.

To jest też rola zarządzających jednostkami służby zdrowia, żeby trochę szerzej spojrzeli na swoją działalność, bo być może niektóre oddziały, które mają u siebie, nie rokują na przyszłość – bo epidemiologia pokazuje, że w danym miejscu nie ma potrzeby, żeby istniał duży oddział specjalistyczny – natomiast, być może, jest wielka potrzeba istnienia hospicjum lub oddziału opieki długoterminowej. Rolą płatnika jest zabezpieczenie środków na leczenie i dostępności dla wszystkich pacjentów, natomiast płatnik nie będzie w stanie – i nie ma tego w zadaniach, podobnie jak minister zdrowia – budować takich jednostek. To jest ogólna uwaga odnośnie do białych plam, bo to jednak po drugiej stronie – świadczeniodawców – trzeba szukać rozwiązań.

Odnośnie do wypowiedzi pana prezesa Hamankiewicza – czy znane są koszty? Szanowni państwo, koszty były szacowne przy procedurach i wynikały one z analiz, które prowadzili specjaliści. Natomiast to nie były koszty – i o tym mówiła pani prezes Pachciarz,

więc dobrze byłoby tego nie przeinaczać... Mówiła o tym, że Narodowy Fundusz Zdrowia występuje do świadczeniodawców o wykazywanie realnych kosztów dzisiaj. To spotyka się jednak z niewielkim odzewem ze strony świadczeniodawców, bo świadczeniodawcy – i jest to zrozumiałe podejście – boją się tego, że chwając się swoimi kosztami, które czasami są znacząco niższe od procedur, za które płaci Narodowy Fundusz Zdrowia, mogą się spodziewać innej wyceny procedur. To jest naturalne. Dlatego następny ruch, jaki planujemy, czyli podział Narodowego Funduszu Zdrowia i wydzielenie wyceny świadczeń do innej jednostki, spowodowane jest właśnie tym, żeby nie było połączenia płatnika i tego, kto wycenia te procedury. Optymistyczne jest to, że przynajmniej ze szpitali zaczynają spływać takie dane, więc są szanse, żeby realnie wyceniać te procedury. A mamy świadomość tego, że postęp w medycynie powoduje też to, że procedura, która kiedyś była znacznie wyżej wyceniana, dzisiaj jest tańsza w związku z tym, że są odkrycia naukowe i nowe metody, które powodują, że można lepiej i taniej leczyć...

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Nowe metody zawsze są droższe...

**Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:**

Nie wszystkie. Doskonale wiemy, że niektóre wyceny... Rozmawialiśmy kilka tygodni temu o zaćmie i o tym, że można to leczyć taniej. To pierwsza sprawa.

Odnośnie do Centralnego Wykazu Ubezpieczonych - mówił o tym pan przewodniczący - nad którym pracuje pan minister Boni, on będzie funkcjonować w wersji, o której mówiliśmy, od 1 stycznia przyszłego roku. Wiadomo też, że są różne bazy danych w Polsce, skore różnią się ilościowo z wielu przyczyn, najczęściej bardzo obiektywnych. Narodowy Spis Powszechny, który mieliśmy w Polsce, nie jest jednoznaczny ze spisem ubezpieczonych. Mamy tego świadomość. Dla nas istotny jest Centralny Wykaz Ubezpieczonych, bo obejmuje on osoby, którym gwarantujemy świadczenia. To jest wykaz, na którym będziemy się opierać. Ten wykaz budujemy...

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Algorytm ma być na tym oparty?

**Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:**

Na Centralnym Wykazie Ubezpieczonych. Natomiast, jeśli chodzi o kolejną poruszoną kwestię – niższe wpływy, o których pan przewodniczący wspominał – to rzeczywiście – nie chcę przerzucać odpowiedzialności, sam pan mówił, że jest to sprawa ZUS-u – wpływy nie dotyczą bazy PESEL. Jak stwierdziła Najwyższa Izba Kontroli, one dotyczą pracowników zagranicznych, obcokrajowców pracujących w Polsce. Zatem PESEL nie ma tu nic do rzeczy – to dotyczy obcokrajowców. Z tego, co wiem – zresztą potwierdzą to pewnie panowie prezesie – były na ten temat rozmowy z ZUS-em, żeby bardziej aktywnie ściągać te składki.

I główny kłopot, który podnosiło tu wielu z państwa, czyli algorytm. Ja naprawdę w tej mojej krótkiej misji w Ministerstwie Zdrowia, na razie półtoramiesięcznej, nie usłyszałem jeszcze dobrego słowa o algorytmie z żadnego z regionów. Wydaje mi się, że jakkolwiek by on nie był, zawsze będzie wywoływał głosy, że nie satysfakcjonuje nikogo. Jest to raczej wynik tego, że tych pieniędzy jest mało – mamy tego świadomość – i ta krótka kołdra wszystkim doskwiera. Sposób liczenia i filozofia, jaką mamy, polega raczej na zmniejszaniu dysproporcji w kraju właśnie po to, żeby ujednoczyć te stawki. Oczywiście, można ortodoksyjnie uznać, że dzielimy to dokładnie na każdą głowę, jak należałoby podzielić wprost, ale doskonale wiemy, że są różne uwarunkowania i migracja nie wszystko potem załatwi. Natomiast, żeby dać państwu obraz tego, jakie były plany Narodowego Funduszu Zdrowia – potem przejdę do kwot – powiem, że w 2008 r. w planie pierwotnym było to 24,6% różnicy między najwyższą i najniższą stawką na ubezpieczonego, w 2009 r. było to 29%, w 2010 – 27%, w 2011 – 15,5%, a w 2012 – 8,5%. Plan na 2013 r., to jest 7,4%. To, według planów. Oczywiście, one się zmieniły w wykonaniu, bo potem doszły kwestie rozwiązania rezerw, ale, tak naprawdę – chciałbym, żeby państwo mieli tego świadomość... Obiektywna przesłanka liczona w złotówkach też się zmniejszała. Różnica w 2010 r. wynosiła 349 zł, w 2011 r. wykonanie wynosi 301 zł – spada, plan na

2012 r. wynosi 137 zł. W 2011 r., mimo rozwiązania rezerw, spadło. Jeśli popatrzymy na dane, to tę stawkę maksymalną śrubuje Mazowsze. Tę świadomość też trzeba mieć.

Przypomnę dyskusję na posiedzeniu tej Komisji chyba sprzed dwóch tygodni, kiedy rozmawialiśmy o Centrum Zdrowia Dziecka i o tym, że o 20% należy zwiększyć finansowanie w niektórych instytutach badawczych czy klinikach. Szanowni państwo, to jest ten fenomen, o którym już wielokrotnie rozmawialiśmy, i pewnie będziemy rozmawiać. Jeżeli jest tak, że są regiony w Polsce, które mają znacznie więcej instytutów naukowych i klinik wysokospecjalistycznych niż wynosi średnia krajowa, to finansowanie też jest zaburzone, jak w regionach, które nie posiadają takich jednostek, i trudno jest ujednoczyć stawkę dla wszystkich. Jeżeli potem rozmawiamy, że chcielibyśmy, aby te kliniki rzeczywiście zajmowały się leczeniem wysokospecjalistycznym i miały płacone za wysokospecjalistyczne procedury, to uzyskujemy odpowiedź – także tu, na tej sali – że to jest świetny szpital, więc może leczyć wszystko, i za wszystko powinien mieć płacone więcej. To niestety jest dylemat, który musi rozstrzygnąć Narodowy Fundusz Zdrowia, a w przyszłości, także właściciele poszczególnych placówek medycznych, żeby dostosować swoją działalność i organizację pracy do tego, jak jest finansowane świadczenie.

Mam takie, może na razie zbyt generalne, spostrzeżenie. Też uważam, że Mazowsze dzisiaj, poza wielkim działaniem lobbingowym, mówiąc delikatnie, bo po ogłoszeniu planu na 2013 r. do Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, do premiera, a pewnie i do państwa, płyną setki listów od samorządowców z Mazowsza, od świadczeniodawców z Mazowsza, ma wrażenie, że jest za każdym razem krzywdzone, mimo że dostaje więcej niż średnia w kraju. I to znacznie więcej. Jest to pewna kwadratura koła...

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dlatego właśnie jest pan ministrem...

**Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:**

Tak, żeby to rozwiązać... Ja uczciwie mówię tym wszystkim, którzy na Mazowszu decydują o jakości tych jednostek, także tych, które podlegają Ministerstwu Zdrowia, że o ile w innych regionach jest to dość daleko zaawansowane, o tyle zmiany i dostosowanie w jednostkach na Mazowszu są daleko w polu. Mówię także samorządowcom, którzy odpowiadają za szpitale na Mazowszu, że powinni się bardziej zaangażować w naprawę swoich jednostek – bijąc się również w swoje piersi, bo mówimy także o jednostkach Ministerstwa Zdrowia.

Rzeczywiście, jest tak, że, z jednej strony, Mazowsze uważa, że ma zdecydowanie za mało środków, a z drugiej strony, cała reszta kraju uważa, że Mazowsze ma za dużo. Zatem, my musimy zabezpieczyć te świadczenia, które są. Ponadto, jest przepis, który mówi, że nie mogą one być mniejsze niż w roku ubiegłym, co trochę wiąże ręce i nie powoduje chęci do wprowadzania zmian u siebie. Świadomość tego też mamy. A wszystko to wynika z tego, że tych środków po prostu jest za mało. Gdyby było ich więcej, łatwiej byłoby obdzielić nimi wszystkich, chociaż pewnie i wtedy dałoby się słyszeć głosy krytyczne.

O szczegółowe odpowiedzi na poszczególne pytania poproszę przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia – pana prezesa lub osoby przez niego wskazane. Proszę, panie prezesie.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Proszę uprzejmie.

**Zastępca prezesa NFZ Zbigniew Teter:**

Panie przewodniczący, proszę państwa, przede wszystkim chciałbym podziękować przedstawicielom Najwyższej Izby Kontroli, którzy reprezentują NIK na obecnym posiedzeniu Komisji Zdrowia Wysokiego Sejmu. Dziękuję za rzetelne i dogłębne zbadanie zarówno finansów, jak i działalności Narodowego Funduszu Zdrowia. Odpowiedź na problemy, które Najwyższa Izba Kontroli zgłosiła, podpisywałem w poniedziałek. Działalność kontrolna Najwyższej Izby Kontroli bardzo pomaga w regulowaniu kwestii, którymi również zajmuje się Narodowy Fundusz Zdrowia. Za ocenę nie dziękuję, albowiem jest to ocena

obiektywna, czyli NIK bardzo prawidłowo oceniła rzetelność i prowadzenie gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, a za działanie NIK-u dziękuję.

Przedmiotem naszych rozważań jest rok 2011. Państwa uwagi skupiły się wokół dwóch grup – algorytmu i nadwykonań. Pan minister szeroko omówił zastosowanie algorytmu i jego skutki, do roku 2013 łącznie, natomiast chciałbym przypomnieć, że nadwykonania w roku 2011 stanowiły tylko 3,13% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Jak słusznie pan przewodniczący Piecha zaznaczył, de facto nie są to nadwykonania. Są to świadczenia ponadumowne, które zawarł w umowie świadczeniodawca i płatnik - obojętne, czy będzie to Narodowy Fundusz Zdrowia czy ktoś inny. W umowie są zawarte również koszty świadczeń, tak zwanych ratujących życie, albowiem, jak wszyscy siedzący w tej sali, i nie tylko, wiemy, że definicji świadczeń ratujących życie nie ma nigdzie w świecie, w Europie i w Polsce też.

Wszystkie świadczenia ratujące życie, które są płacone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zawsze są opłacone w pierwszej kolejności, bowiem do tego zobowiązują nas wszystkie przepisy prawne, na czele z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W związku z tym, nawet jeżeli popatrzymy na statystyki, to te nadwykonania ratujące życie w województwach, które liczyliśmy już na rok 2012, wynoszą tylko od 5 do 15%. I one są w takiej wysokości wykazywane, dlatego, że od świadczeniodawców, od szefów szpitali zależy, jak oznaczą te świadczenia. Jeżeli są prawidłowo oznakowane, oflagowane – obojętne, jak to nazwiemy – są opłacane w pierwszej kolejności.

Pamiętajmy, że Fundusz będzie płać za wszystkie świadczenia, które są wykonane, również za ponadumowne, ale do wysokości przychodów, jakie Narodowy Fundusz Zdrowia ma, bo – jak wszyscy wiemy – Fundusz musi się zbilansować po stronie przychodów i kosztów. I nie ma takiej sytuacji, że Fundusz chowa środki, że ich nie wydaje.

Odpowiadając na pytanie pana przewodniczącego Piechy, czy są jakieś zaległe świadczenia, za które jeszcze nie zostało zapłacone, powiem, że tak. Są to świadczenia z tytułu migracji, które po posiedzeniu Rady Narodowego Funduszu Zdrowia – bo to Rada będzie decydować o przeznaczeniu środków – które odbędzie się 3 października, będziemy wyrównywać za migracje za rok 2009. Natomiast, jeżeli chodzi o migracje, zdyscyplinowaliśmy oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia – oddziałom, do których migracja jest największa, a więc dodatnia, czyli Oddział Mazowiecki i Oddział Śląski, środki są płacone na bieżąco, w cyklach miesięcznych.

Oczywiście, musimy też pamiętać, że są oddziały, które z tytułu rozliczeń migracyjnych mają bilans ujemny, dlatego, że nie posiadają wyspospecjalistycznych ośrodków, do których pacjenci najczęściej zmierzają.

Pytanie o minusowy przychód w wysokości 150.000 tys. zł w roku 2011. Otóż, jest to składka należna do ZUS-u, która jest niewpłacona przez płatników składek. Oczywiście, Narodowy Fundusz Zdrowia monituje, natomiast ZUS dokonuje egzekucji. Po wykonaniu egzekucji te należności zostaną zwrócone... Tak jest, postępowanie egzekucyjne prowadzone jest przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Jeżeli chodzi o koordynację świadczeń w ramach ubezpieczenia społecznego, Narodowy Fundusz Zdrowia – o czym była mowa w Sprawozdaniu – wprowadził, zgodnie z przepisami unijnymi, rozliczenia elektroniczne. Ponieważ wysokość kosztów świadczeń w krajach unijnych jest różna – w Polsce jest niższa niż w krajach za naszą zachodnią granicą – ten bilans jest taki, że Narodowy Fundusz Zdrowia ponosi większe koszty za leczenie obywateli polskich w ramach systemów ubezpieczania społecznego w pozostałych krajach Unii Europejskiej niż za to, co się dzieje na terenie Polski.

Unia Europejska zdyscyplinowała również kraje unijne do tego, żeby te rozliczenia od bywały się w okresie krótszym, bowiem jeszcze niedawno, bo do ubiegłego roku, nie było granicy czasowej, w jakiej kraje unijne powinny się rozliczać. W tej chwili jest to granica trzech lat, i w tych trzech latach wszystkie kraje muszą się zmieścić. Jeżeli nie, to Unia Europejska będzie dyscyplinować, nawet karząc. Tyle odnośnie do pytań szczegółowych pana przewodniczącego Piechy.

Było pytanie o dochodzenie należności. Jak już wspominałem, są to potrącenia z bieżącej należności, z realizacji umowy. A gdy brak umowy, są do zapłaty w terminie 14 dni po wystąpieniu pokontrolnym. Tak się dzieje z tą egzekucją.

Szczegółowe pytanie pani poseł Krystyny Kłosin. Jeżeli chodzi o audytorów, w Opolu jest audytor od 1 sierpnia. Na Mazowszu też już jest nowy audytor. W zachodniopomorskim postępowanie jest w toku, dlatego, że poprzedni audytor zmarł. Nie, to są wakaty. Uzupełniając powiem, że nie ma możliwości zastępstwa audytora. Audytorzy działają w ramach innej ustawy – audytorskiej, w związku z tym, musi to być osobny nabór.

O powstaniu i stosowaniu algorytmu już mówiliśmy. O Centralnym Wykazie Ubezpieczonych powiedział już pan minister, że od 1 stycznia CWU będzie działać i Narodowy Fundusz Zdrowia zrobił wiele w systemach, żeby ten system od 1 stycznia był dostępny dla lekarzy.

Kiedy zostaną wyliczone ewentualne nadwykonania? Otóż, zawsze się to dzieje po okresach bilansowania i na poszczególnych etapach – najpierw szpitale. Czyli, szpital musi zbilansować nadwykonania i niewykonania – jeśli już używamy tego słownictwa. Potem bilansują się oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia. Bilanse oddziałów trafiają do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. Na tej podstawie wiemy, jakie środki można przeznaczyć na świadczenia opieki zdrowotnej.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Rozumiem, panie prezesie, że na bardziej szczegółowe pytania, odpowie pan pisemnie, bo pewnie bardzo trudno będzie się odnieść do pytania o szkolenia. Poza tym, są to niewielkie środki pieniężne..

**Zastępca prezesa NFZ Zbigniew Teter:**

Możemy odpowiedzieć.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Proszę bardzo, jeżeli można.

**Zastępca prezesa NFZ Zbigniew Teter:**

Jeśli chodzi o zakres szkoleń – jest o nich mowa na str. 16 Sprawozdania. Szkolenia dotyczyły aplikacji, takich jak Excel, Word, Power Point 2007, szkolenia informatyczne, w tym ITiL na poziomie Foundation, warsztatowe szkolenia serwisowe, szkolenia z zakresu nowelizacji prawa zamówień publicznych, prawa pracy, najnowszych zmian w postępowaniu cywilnym, warsztatowy cykl szkoleniowy obejmujący tematykę prawidłowego opracowania pism, szkolenia z rachunkowości itd., itd. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Proszę bardzo, pani przewodnicząca.

**Poseł Krystyna Skowrońska (PO):**

Poprosiłabym o odpowiedź na moje generalne pytanie na piśmie, bo celem mojego pytania nie było uzyskanie odpowiedzi o dogadaniu poszczególnym oddziałom, tylko o pewnej filozofii. Mimo wszystko oczekuję na tę odpowiedź, bo rokroczne informacje i sprawozdania finansowe wskazują, że ustawa w tym zakresie nie funkcjonuje. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że pan minister odpowie...

**Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:**

Chodzi o funkcjonowanie algorytmu. Czy tak?

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Chodzi o odpowiedź w sprawie wadliwie działającego algorytmu i wyrównywania szans.

Pozwolę sobie zauważyć, że jest pewien błąd logiczny w myśleniu pana ministra i tej ekipy, bo to nie rynek, a potrzeba zdrowotna jest tym, co to gwarantuje, i da się ten algorytm ucywilizować, pani przewodnicząca. Zdradzę to jednak wtedy, kiedy przejmie rząd. Dziękuję.



**Poseł Krystyna Skowrońska (PO):**

Panie przewodniczący, końcówka roku 2007 świadczy o tym, że Podkarpacie wyjątkowo zostało pokrzywdzone. Ja bym nie chciała...

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Podkarpacie tak, ale cała Polska była w dobrej sytuacji...

**Poseł Krystyna Skowrońska (PO):**

I nie cała Polska. Chcę panie przewodniczący powiedzieć, że nie chciałabym takiego pomysłu, jaki był w roku 2007, który krzywdził połowę województw. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

Niestety, wtedy też mieliśmy rząd koalicyjny, i dlatego było tak, a nie inaczej. Jest to proste, bo błąd logiczny polega na czymś innym. Nie da się wszędzie zrobić ośrodków wysokospecjalistycznych. To jest niemożliwe. A wprowadzenie *fifo-service* za każdą usługę tak zwiększy koszty administracyjne, że też to jest niemożliwe...

**Poseł Krystyna Skowrońska (PO):**

Chciałabym, żeby państwu to nie groziło.

**Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):**

W każdym razie, rządy przejmemy i naprawimy. Dziękuję bardzo.

Myślę, że muszę wystąpić z wnioskiem o przyjęcie tego Sprawozdania. Będziemy głosować nad dwoma Sprawozdaniami - Sprawozdaniem finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2011 – druk nr 638 i Sprawozdaniem z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2011 – druk nr 689.

Jako że mamy to w jednym punkcie, a jeżeli stanie to na posiedzeniu Sejmu, pewnie też będzie w jednym punkcie, proponuję, żeby Komisja wyraziła opinię wspólną dla tych dwóch Sprawozdań. Chyba że trzeba to podzielić – pytam prawników, bo nie jestem pewny. Myślę, że będzie jeden punkt.

Kto z pań i panów posłów jest za przyjęciem Sprawozdania finansowego i Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2011? Proszę o podniesienie ręki. Dziękuję bardzo. Kto jest przeciwny? Dziękuję bardzo. Kto wstrzymał się od głosu? Dziękuję bardzo.

„Za” głosowało 10 posłów, „przeciw” - 5, nikt nie wstrzymał się od głosu. Stwierdzam, że kworum w głosowaniu zostało stwierdzone i Komisja przyjęła te dwa Sprawozdania.

Pozostaje nam jeszcze jedna rzecz – wyznaczenie posła sprawozdawcy. Była propozycja ze strony prezydium, żeby sprawozdawcą była pani posłanka Krystyna Kłosin. Czy pani posłanka się zgadza? Dziękuję bardzo. Czy są inne propozycje? Nie. W związku z tym, stwierdzam, że Komisja Zdrowia powierzyła sprawozdawanie tych Sprawozdań przed Wysoką Izbą pani posłance Krystynie Kłosin. Dziękuję bardzo.

Zamykam dzisiejsze posiedzenie Komisji.