

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 84)

z dnia 25 lipca 2013 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 84)

25 lipca 2013 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i posła **Macieja Orzechowskiego (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- zaopiniowanie projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 r. –kontynuacja;
- zaopiniowanie Sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r.;
- rozpatrzenie odpowiedzi na dezyderat nr 2 w sprawie przeprowadzenia zmian w Programie Szczepień Ochronnych – kontynuacja;
- sprawy bieżące.

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Neumann** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marek Posobkiewicz** p.o. głównego inspektora sanitarnego wraz ze współpracownikami, **Mirosław Stasiak** zastępca dyrektora Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej Ministerstwa Finansów, **Anna Wierzowiecka** naczelnik wydziału w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, **Marek Trosiński** dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Wiesława Kłos**, **Marcin Pakulski** i **Zbigniew Teter** - wiceprezesi Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Alicja Maliszewska** specjalista w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Zdzisław Bujas** wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Bożena Janicka** prezes Zarządu Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Justyna Socha** sekretarz Zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepionkach STOP NOP, **Joanna Walewander** sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Katarzyna Wępieć** ekspert Pracodawców RP oraz lobbyistka **Anna Kadziewicz** z Viewpoint Group.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegorzka** i **Maria Taurogińska-Kopec** - z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Witam ponownie członków Komisji, pana ministra, państwa prezesów NFZ i wszystkich zaproszonych gości. Przypominam, że dzisiaj najpierw będziemy kontynuować wczorajsze przerwane posiedzenie Komisji, a w następnej kolejności będziemy realizować porządek dzisiejszego posiedzenia.

Przerwaliśmy wczorajsze posiedzenie na wystąpieniu pani prezes. Przypominam, że chodzi o zaopiniowanie projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 r. Proszę teraz o wypowiedź pana ministra. Bardzo proszę.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:

Pani prezes precyzyjnie i dokładnie przedstawiła plan, myślę więc, że możemy przejść do dyskusji. Nic nowego nie można dopowiedzieć, bo dokładnie zostało to przedstawione.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

W takim razie, rozpoczynamy dyskusję. Jak wczoraj zapowiedziałem, pani poseł Szczyńska zabierze głos jako pierwsza. Bardzo proszę.

Posel Jolanta Szczypińska (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, pani prezes, panie ministrze, chciałabym otrzymać odpowiedź na trzy krótkie pytania dotyczące budżetu. Ten budżet planowany jest na 2014 r. i jest mniejszy od budżetu w 2013 r. o około 1 mld zł. Chciałabym zapytać – dlaczego? Dlaczego, szczególnie teraz, kiedy sytuacja w ochronie zdrowia jest dramatyczna, kiedy zadłużenie szpitali rośnie z prędkością światła, kiedy zamyka się placówki służby zdrowia, a dostępność do świadczeń ochrony zdrowia jest tragiczna, aczkolwiek, według informacji szefowej Narodowego Funduszu Zdrowia, które otrzymaliśmy wczoraj, jest dobra?

Drugie pytanie również dotyczy budżetu, na cel – szpitale. Otóż, szpitale też dostaną o 2 mld zł mniej niż w tym roku. Pytanie – czy nie potrzebują tych środków, czy same się zrzekły, czy nie ma takich potrzeb, czy może te szpitale też mają zniknąć, a wówczas faktycznie tych środków nie będą potrzebować?

I jeszcze jedno pytanie, ostatnie, dotyczące leczenia cytostatykami, chemioterapią. Narodowy Fundusz Zdrowia również zaplanował mniejsze wydatki na ten cel. Pytanie - dlaczego? Czy to oznacza, że chorych onkologicznie z różnych powodów ubywa, czy, że odstępujemy od leczenia chemioterapią? Z moich informacji wynika – a uzyskałam je również z urzędu statystycznego – że chorych onkologicznie przybywa z miesiąca na miesiąc, a leczenie chemioterapią również jest coraz częstsze. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan przewodniczący Hoc.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, pani prezes, Wysoka Komisjo, od razu zaznaczę, z całym szacunkiem do planu finansowego, do Narodowego Funduszu Zdrowia i do państwa - bo tak krawiec kraje, jak mu materii staje - ale na wstępie muszę wyrazić słowa wielkiej krytyki, a nawet żalu i dramatu, bo ten plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2014 jest dramatem dla polskiej służby zdrowia – zaraz to wytłumaczę – a nawet – jak to zresztą określiłem na konferencji – jest to budżet *survivalowy*. *Survival*, czyli sztuka przetrwania w warunkach ekstremalnych, dla szpitali, dla pracowników i dla pacjentów. Zaraz wytłumaczę, dlaczego.

Proszę państwa, wiadomo, że ten budżet - co triumfalnie ogłosiliście - jeśli chodzi o nakłady we wszystkich rodzajach świadczeń zdrowotnych, jest taki sam jak w 2013 r., czyli praktycznie nie dołożyliście ani złotówki. Już sam ten fakt to żaden triumf. To porażka, dlatego, że tak naprawdę realny jest spadek nakładów. To, po pierwsze.

A po drugie, dokonaliście pewnej manipulacji informacyjnej, zresztą dozwolonej, ale – tak uważam – w kontekście służby zdrowia niedozwolonej w sensie etycznym, bo dokonaliście porównania z budżetem z dnia 14 sierpnia 2012 r., a powinniście porównać z budżetem z dnia 17 października 2012 r. - z takim budżetem wchodziliście w 2013 r. De facto, gdy zaczniemy porównywać z budżetem z 17 października 2012 r. – bo z takim budżetem wchodziliście w 2013 r. – to wyłoni się właśnie ten budżet *survivalowy*, czyli będący sztuką przetrwania dla pacjentów, szpitali i ich pracowników.

Oto, co zachodzi. W 2013 r. – mówię to z pamięci – zaplanowaliście na leczenie szpitalne 29 mld 700 mln zł, natomiast na 2014 r. zaplanowaliście 27 mld 200 mln zł, czyli odjęliście ponad 2 mld zł na lecznictwo szpitalne. Gdybyśmy wiedzieli, że lecznictwo szpitalne w Polsce ma się tak dobrze, że mieliście prawo – również moralne – zdjąć ponad 2 mld zł, to można by przejść nad tym do porządku dziennego, ale jest dramat w lecznictwie szpitalnym, a wy go ogromnie pogłębiacie.

Przechodzę do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wiemy, co się dzieje w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. I o to na 2013 r. programujecie 5 mld 289 mln zł, a na 2014 r. – 5 mld 120 mln zł, czyli na 2014 r. dajecie o 169 mln zł mniej na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Jak to nazwać, jeśli wiemy, że jest dramat, jeśli chodzi o kolejki? Są wydłużone, ludzie mdleją, tracą przytomność, ustawiają się w kolejce o 4.00 rano, a wy, mimo to, na 2014 r. zmniejszacie o 169 mln zł środki w planie finansowym.

Dalej. Chemioterapia – to, co mówiła pani poseł Szczypińska. Chemioterapia na 2013 r. 1 mld 490 mln zł, a na 2014 r. – 1 mld 151 mln zł, czyli o 340 mln zł mniej. W kategoriach aksjologicznych jest to bardzo zły znak.

Przytoczę jeszcze jeden przykład – zresztą interpelowałem w tej sprawie do Ministerstwa Zdrowia w ostatnich dniach. Na zaopatrzenie w wyroby medyczne, czyli w wyroby pomocnicze, takie jak pieluchy, pieluchomajtki, środki absorpcyjne, poduszki przeciwo-drażniny dla osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych, planujecie w 2014 r. 835 mln zł, podczas gdy w 2013 r. – 866 mln zł. Jest to o 30 mln zł mniej. Zatem, zabieracie też pieniądze dla najbardziej potrzebujących, niepełnosprawnych, podczas gdy konstytucja w art. 68 ust. 3 mówi, że władze publiczne zapewniają szczególną opiekę kobietom w ciąży, dzieciom, osobom niepełnosprawnym i ludziom w starszym wieku. Pytam więc o to, mając na względzie to, co powiedziałem na początku, że wiem, jaka jest sytuacja, wiem, co mogliście, ale musicie też mieć świadomość tego, że po drugiej stronie jest szpital, pracownik, a przede wszystkim pacjent.

Teraz powiem o szpitalach. Proszę państwa, mógłbym powiedzieć panu ministrowi Arłukowiczowi – nie ma tu pana ministra Arłukowicza, ale panu premierowi Tuszkowi mógłbym powiedzieć – frazę z komedii Moliera: „Sam tego chciałeś Grzegorz Dyn-dało”, bo tak kombinowaliście przy tych różnych ustawach, tak je przygotowywaliście, że wreszcie wyprodukowaliście ustawę z 11 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która teraz wydaje zgniłe owoce i będzie zmuszać do przekształcenia w spółki prawa handlowego. Ale, co się dzieje? Ten budżet dla szpitali powiatowych to jest pogrom. Szpitale wojewódzkie, kliniczne jeszcze mogą się utrzymać, bo mają wysokospecjalistyczne świadczenia, zresztą nielimitowane, ale szpitale powiatowe będą padać jak muchy. A jeśli nie będą padać, to będą prowadzić tak zwaną kreatywną księgowość.

Czy wiecie, co się teraz robi w szpitalach powiatowych? Jest sprawozdanie finansowe. Dług – założmy - wynosi 12 mln zł. Ukrywa się ten dług w amortyzacji, ale on w rzeczywistości jest. Bo boją się przekształceń. A dlaczego boją się przekształceń? Bo wiadomo, że jeśli jest taki budżet w Narodowym Funduszu Zdrowia, to jako spółki będą padać jak muchy. Wszyscy będą zgłaszać upadłość i wtedy żaden powiatowy zarząd nie przetrwa, zginie w wyborach, bo za psi pieniądz zostanie sprzedany majątek narodowy, majątek publiczny... Ale sami do tego dążyliście, sami to wysmażyliście. Sami wyprodukowaliście ustawę, która ma teraz tak dramatyczne konsekwencje, o których zresztą cały czas mówiłem.

Teraz powiem o pracownikach. W mojej ocenie - chociaż mogę się mylić - prawdopodobnie - nie chcę być potem ciągnany po sądach - działając według starorzymskiej anty-solidarnościowej zasady „*divide et impera*” – „dziel i rządź” - doprowadziliście do skłócenia załóg, dlatego, że rozwarstwiliście płace do kosmicznych rozmiarów. W większości szpitali, nawet powiatowych, lekarz na kontrakcie zarabia około 35 tys. zł miesięcznie, a pielęgniarka zarabia 2 tys. zł miesięcznie... Oczywiście, praktycznie w całej Polsce. Są takie szpitale. W większości szpitali tak zarabiają lekarze... No dobrze, niech będzie 20 tys. zł. A pielęgniarka zarabia 2 tys. zł... Ale, proszę państwa, do czego dochodzi. Dochodzi do tego, że teraz będziecie zmuszać pielęgniarki do zawierania umów cywilnoprawnych. Każda pielęgniarka będzie teraz zmuszona do pracy na podstawie umowy cywilnoprawnej, a nie na podstawie umowy o pracę. To jest właśnie konsekwencja ustawy o działalności leczniczej.

I wreszcie, pacjent. *Survival* dla pacjenta - ratuj się, kto może! Wiadomo, że w 2014 r. wymusicie współpłacenie, bo pacjent tak będzie mieć dość wszystkiego, że sam będzie chciał zapłacić, sam będzie chciał wprowadzić jakiś regulator. Ale, to nie jest polityka, to żadna strategia. Wprowadziliście taką strategię, którą doprowadziliście do dramatu, rozpadu, demontażu, demolki całego systemu ochrony zdrowia. Teraz będą rozwijać się tylko zabiegi wysokospecjalistyczne, które dają zyski, a więc kardiologia, kardiologia inwazyjna, dializa, operacje jednodniowe itd. Natomiast, kto weźmie pacjenta z niewydolnością krążenia, z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, ze stopą cukrzycową, z cukrzycą itd.? Nikt. Taki pacjent będzie wręcz intruzem... Tak, panie pośle Hok, tak właśnie będzie. I pan, między innymi, przyczynił się do tego... To, czy ja mówię prawdę, okaże się z dwa lata, bo pacjenci rozliczą dokładnie państwa z tej działalności.

Konkludując, jeszcze raz powiem - doskonale zdaję sobie sprawę z tego, jakie są warunki ekonomiczne, jaka jest dziura budżetowa, natomiast to, że sięgnęliście po pieniądze pacjentów, a szczególnie naruszyliście godność ludzi niepełnosprawnych zabierając chociażby świadczenia pielęgnacyjne, zaopatrzenie w środki pomocnicze...

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie pośle, proszę mówić na temat...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam bardzo...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Czy ja się zagalopowałem, to rozstrzygnie za dwa lata społeczeństwo. Natomiast wy się zagalopowaliście i powinniście poddać się szczególnej i głębokiej refleksji i zrozumieć, że są pewne wartości, których nie należy naruszać. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan przewodniczący Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, szanowni goście, jest taka maksyma, że papier jest cierpliwy i zniesie wszystko. Wydaje się, że w przypadku wypowiedzi mojego przedmówcy mogłaby obowiązywać maksyma, że eter jest cierpliwy i zniesie wszystko, ale posiedzenia Komisji Zdrowia, na szczęście, są protokołowane. Łatwość, z jaką mój kolega przeszedł z wysokości zarobków lekarzy z 30 tys. zł na 20 tys. zł – czyli o 30% - jest zdumiewająca, zwłaszcza, że mówiąc o nierównościach w wynagrodzeniach służby zdrowia, tego typu przykłady podawane przez członka prezydium Komisji Zdrowia, który w ciągu jednej minuty zmienia tę wartość o 30%, budzą zastanowienie, dlaczego takie słowa są wypowiedzane.

Przy przeglądaniu projektu planu finansowego na rok 2014 moją uwagę zwróciły następujące dane. Na str. 12 i 13 jest pkt 2.6. „Dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy”. I tu, w projekcie planu na rok 2014, mamy kwotę dotacji z budżetu państwa, która ponad trzykrotnie przekracza dotychczasową i z 217 mln zł rośnie do 942 mln zł. Oczywiście, na str. 13 znajduję częściową odpowiedź, mówiącą o tym, że system eWUŚ przyczynił się do tego, że status osoby ubezpieczonej został zweryfikowany. Jest również mowa o wzroście przychodów z tytułu dotacji z budżetu państwa na realizację zadań, o których mowa w tym punkcie, wynikających ze zwiększenia zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane na podstawie decyzji prezesa Funduszu poza granicami kraju. Chciałbym dopytać przedstawicieli Funduszu, czy te dwa punkty, to główne odzwierciedlenie i skąd różnica wynosząca 434%, co przy tych korektach rządu 1-2% wydaje się jedną z największych różnic w tym planie finansowym. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, teraz pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, przeczytałam dokładnie ten projekt planu i chciałabym zapytać państwa o szacowane dochody. Jeżeli słyszę od ministra finansów, podczas debaty w sali plenarnej, o tym, że zmieniają wartości makroekonomiczne, że musimy zmienić ustawę związaną z progami dochodowymi, że wali się budżet państwa w roku 2013, a w planie finansowym NFZ-u czytam, że właściwe wszystko jest dobrze, to chciałabym spytać panią prezes Pachciarz, czy w NFZ-ie nie ma konsultacji z Ministerstwem Finansów. Czy Ministerstwo Finansów przyjmuje z dobrodziejstwem inwentarza to, co pani prezes Pachciarz przygotowała dla Sejmu, czy też muszą tu nastąpić jakieś zmiany? Bo my możemy mówić o tym, że jest mniej na to, czy na tamto – i oczywiście jest mniej, bo przecież tu nie uwzględnia się inflacji, która w tej chwili jest niska, ale była wysoka. Ceny podstawowych usług i produktów związanych przykładowo z utrzymaniem szpitali rosną bardzo poważnie. Nie jest więc tak, że te wydatki nie będą rosły. Ja to wszystko rozumiem, tylko, zanim zaczniemy mówić o tych podziałach – oczywiście,

podzielał wszystkie te uwagi, które zostały wygłoszone – chciałabym usłyszeć od szefa Narodowego Funduszu Zdrowia... Jak to nie ma? To z kim rozmawiamy dzisiaj?

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani poseł, Narodowy Fundusz Zdrowia - jak pan minister chyba raczył przedstawić - reprezentuje troje wiceprezesów. Są to osoby upoważnione przez panią prezes. Pani prezes była wczoraj na posiedzeniu naszej Komisji. Jednak ze względu na obszerną dyskusję, w której pani profesor także brała udział i „skromność czasową sali”, posiedzenie zostało przełożone i dzisiaj Fundusz reprezentują wiceprezesi, myślę, że osoby równie kompetentne.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Ja nie wiem, czy są kompetentne, czy nie są kompetentne. Wiem tylko tyle, że w tak ważnej sprawie jak pieniądze, jak budżet, to przychodzi nawet minister Rostowski – przychodzi nawet na posiedzenia komisji sejmowych. Wobec tego wydaje mi się, że obecność pani prezes jest tu co najmniej obowiązkowa. Może pani prezes ciężko zachorowała, to rozumiem, że została zastąpiona, ale zwykły urlop nie jest wymówką, żeby była nieobecna w czasie omawiania...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani profesor, ja bym tylko prosił...

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Zwracam na to uwagę, panie przewodniczący... Proszę mi nie przerywać...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Po wyjściu pana przewodniczącego Latosa, który przekazał mi prowadzenie obrad, zachęcałbym państwa do nieużywania argumentów *ad personam*. Bo ja mogę przypomnieć pani profesor, że pani nie dalej niż na poprzednim posiedzeniu Komisji zadała pytania i nie czekając na odpowiedź wyszła.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Musiałam wyjść na posiedzenie innej Komisji. Miałam tam szczególne zadania. I bardzo mi przykro, że...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Proszę kontynuować pytania...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie przewodniczący, dobrze by było, gdybyśmy nie komentowali...

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Przepraszam bardzo, ja nie jestem prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia i nie przyszłam tutaj omawiać planu finansowego. Plan finansowy jest podstawowym dokumentem dla funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia i moje zdziwienie dotyczące nieobecności tutaj szefa, jest zasadne. Być może pana przewodniczącego to nie interesuje. Mnie to interesuje.

Wracając do mojego pytania, prosiłabym, aby państwo zechcieli wyjaśnić podstawowe wskaźniki makroekonomiczne, które przyjmujecie tu na lata 2013-2014. I mam nadzieję, że jest przedstawiciel Ministra Finansów na dzisiejszym posiedzeniu i powie nam, że Ministerstwo Finansów akceptuje te wskaźniki. O to tylko chodzi, panie przewodniczący, żebyśmy wiedzieli, że jest to zaakceptowane przez Ministra Finansów.

I jeszcze jedna sprawa. W sprawozdaniu Najwyższej Izby Kontroli – Departament Zdrowia – za rok ubiegły, na str. 4 czytamy o ujawnionej w toku kontroli w Ministerstwie Zdrowia nieprawidłowości polegającej na finansowaniu bez podstawy prawnej świadczeń zdrowotnych. Ja wczoraj zadawałam to pytanie ministrowi finansów – chcę panu powiedzieć, że właśnie w tej sprawie się udałam. Czy ta nieprawidłowość została wyeliminowana z działalności Ministerstwa Zdrowia? I czy ta nieprawidłowość nie będzie stosowana także w finansowaniu procedury *in vitro*? Prosiłabym o odpowiedź i prosiłabym też przedstawiciela Ministra Finansów o ustosunkowanie się do tego zagadnienia.

I jeszcze jedna sprawa, szczegółowa, o której chcę powiedzieć. Prosiłabym, aby na nią mi odpowiedziano. Na str. 37 mamy do czynienia z kosztami finansowymi. Tu widoczna jest gigantyczna dynamika wzrostu w latach 2012-2013 na należności dla świadczeniobiorców, zgłoszone do sądów. Chciałabym się dowiedzieć, jaki jest stan tych należności, które dzisiaj są zgłoszone przez świadczeniodawców do sądów, i jakie jest zabezpieczenie w NFZ-cie środków na to, żeby wywiązać się z zobowiązań wobec szpitali, jak rozumiem, głównie za nadwykonania? Prosiłabym też, żeby państwo powiedzieli, z jakich lat, bo ta dynamika dotyczy przede wszystkim tego, że państwo płacą jeszcze odsetki i - co wiem z mojej pracy poselskiej - często te procesy w sądach świadczeniodawców z NFZ-tem ciągną się przez wiele lat. Nie sprzyja to dobrej współpracy ani relacjom pacjent-świadczeniodawca. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Bardzo dziękuję pani poseł. Pani poseł Zalewska, a następnie pani poseł Gądek.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Dziękuję bardzo. Państwo przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, państwo prezesi, ja chcę zwrócić uwagę na kilka kwestii – od ogółu do szczegółu. Natomiast chcę tylko pogratulować panu przewodniczącemu sformułowania „skromność czasowa sali” – zapisałam to sobie, bo to świetny neologizm.

Pierwsze pytanie jest kontynuacją myśli pani prof. Hrynkiewicz. Rzeczywiście, jeśli chodzi o wskaźniki makroekonomiczne – odnoszę się do tej strony, gdzie porównano dynamikę roku 2013 i roku 2014 – w większości ta dynamika spada w roku 2014 od kilku do kilkunastu procent, co wiąże się ze wzrastającym bezrobociem, inną strukturą emerytalną, innymi uprawnieniami emerytalnymi. Natomiast, dla mnie, taka analiza jest niewystarczająca. Chciałabym, żeby postawiono znak równości pomiędzy tymi spadkami a pieniędzmi. Chcę usłyszeć odnośnie do tych spadających wskaźników, ile to jest pieniędzy, bo można to wyliczyć. To jest zdaje się na str. 7 albo 8.

Drugie pytanie też jest związane z planem oszczędnościowym rządu, bo na kolejnych stronach, kiedy przenosi się w poszczególnych rozdziałach i działach kwoty z roku 2013 na rok 2014, widać, że to są te same kwoty. Czyli, jest to absolutny brak planu. To jest przepisanie wykonania z 2013 r. na rok 2014.

Wiąże się z tym jedna wątpliwość i jedna sugestia, i stąd moje pytanie. Państwo czekają na rozmowy z rządem, który nakazał szukanie oszczędności. To nie jest plan finansowy – jak powiedziałam – bo co do złotówki nie są państwo w stanie tak bezmyślnie przepisywać poszczególnych rozdziałów i działów, nawet o 2 zł to się nie zmienia. Chcę więc zapytać - z czego to wynika i czy rzeczywiście odbyły się już spotkania dotyczące planów oszczędnościowych rządu? 8,5 mld zł to dużo do znalezienia w poszczególnych ministerstwach i w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Następna kwestia. W tak skonstruowanym planie finansowym nie mogę się tego doczytać, natomiast jestem po wielu rozmowach z przedstawicielami szpitali i przychodni. Proszę powiedzieć, w jaki sposób państwo uwzględnili w kalkulacji na rok 2014 nową ustawę „śmieciovą”, która drastycznie podniosła koszty funkcjonowania przede wszystkim szpitali. Jest powszechny alarm w Polsce. Czy w kontraktowaniu świadczeń państwo widzą możliwość dyskusji na ten temat?

Pani profesor pytała już o nadwykonania, ale ja chcę zapytać o konkretne liczby, to znaczy - ile postępowań toczy się, na jaką kwotę i czego spodziewają się państwo w roku 2014, bo rzeczywiście trudno to wyczytać? Jednocześnie, ponieważ budżet się nie zmienia, a realnie się zmniejszy - wszyscy o tym wiemy - powstaje pytanie, o jakie pieniądze, bo nie można tego w żaden sposób przeanalizować. Tak jak powiedziałam, to jest za mało obszerny dokument, żeby dokonać analizy i nie zadawać tych pytań.

Zatem, kolejne pytanie. Jak do realnego spadku będą się mieć procedury związane z funkcjonowaniem SOR-ów w szpitalach? Większość szpitali powiatowych – jestem po spotkaniu na Ogólnopolskim Kongresie Regionów w Świdnicy – będzie zamykać SOR-y, na które - przypominam - poszły potężne pieniądze, w tym fundusze strukturalne, jeżeli chodzi o wyposażenie SOR-ów. Będą się odbywać przekształcenia w izby przyjęć, bo z wyceny procedur wynika, że nie wystarczy środków na utrzymanie SOR-ów.

Ten realny spadek, to są te szczegółowe kwestie, z którymi mam do czynienia, i w związku z którymi podejmuję interwencję – na przykład, dla pacjentów ze stomią... Nie wiem, czy państwo wiedzą, czy wie to Narodowy Fundusz Zdrowia, że tym pacjentom zabrano wszystko. Zostawiliście im tylko woreczki. Nie dość, że jest to upokarzająca choroba, upokorzenie to zostało podwojone. Nie stać ich na właściwą higienę. Skazaliście ich na przebywanie w domu.

To samo, jeśli chodzi o funkcjonowanie POZ-ów – nie rokuje to dobrze. Tak dalece skomplikowali państwo funkcjonowanie POZ-ów, że lekarz pierwszego kontaktu, choć nie jest lekarzem pierwszego kontaktu – już dawno o tym wszyscy wiemy – może zdiagnozować grypę i zapalenie płuc, bo na wszystko inne potrzebuje określonych zaświadczeń, i to systematycznych, co roku, nawet w przypadku chorób długotrwałych, jak cukrzyca. Co roku musi być zaświadczenie od diabetologa, co, szczególnie w przypadku osób starszych, jest skomplikowane.

Nie wiem, czy państwo o tym wiedzą, bo to też nie wynika z państwa budżetu – na tym pomału będę kończyć, zdając sobie sprawę z cierpliwości potrzebnej do słuchania szczegółów – że lekarz co miesiąc musi osobiście zdiagnozować, czy pieluchomajtki nadal należą się pacjentowi, czy nie, mimo że Narodowy Fundusz Zdrowia zadeklarował, że przez rok to refunduje. Nie może tego załatwić pacjentowi leżącemu w domu jego córka, jego żona. Osobiście musi to zdiagnozować lekarz co miesiąc, systematycznie.

Na koniec, pokazując dramatyzm tego, co się dzieje w szpitalach, sytuacja z ostatniego tygodnia. Pacjentka we Wrocławiu, z rocznym dzieckiem chorym na białaczkę, które jest leczone w świetnym szpitalu, jeżeli chodzi o fachowców i wiedzę, w Klinice Hematologii pani prof. Chybickiej – chociaż szpital jest ruiną, wygląda jak lazaret, należałoby zabezpieczyć środki na wybudowanie nowego szpitala – została odesłana do szpitala położonego kilka przecznic dalej po to, żeby temu rocznemu dziecku zrobić dodatkowe badania i zaszczepić go, bo miał mieć podawaną chemię. Przez kilkanaście godzin, z głodnym dzieckiem, bez leków, które trzeba było podać, pacjentka nie mogła doprosić się pomocy w celu przewiezienia jej i głodnego dziecka – przyjechała bez telefonu komórkowego. Po kilkunastu godzinach musiała wezwać taksówkę i zabrała dokumenty - bo nikt nie chciał nawet ich wziąć. Zero reakcji. I tak funkcjonują szpitale w dużym mieście, jakim jest Wrocław. Musiałam o tym powiedzieć, dlatego, że to przekroczyło granice mojego wyobrażenia, że tak to może funkcjonować.

Podkreślając to, proszę o odpowiedzi na pytania ogólne – te szczegółowe pokazują dramatyzm sytuacji, który pogłębi się po realnym spadku nakładów. Dziękuję za wysłuchanie.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję, pani poseł. Pani poseł Gądek. Następnie pan przewodniczący Katulski.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo. Państwo przewodniczący, panie ministrze, państwo prezesi, koleżanki i koledzy, po pierwsze, mam krótkie pytanie do pana przewodniczącego – gdzie w szpitalu powiatowym na kontrakcie lekarz zarabia 35 tys. zł? Chciałabym wiedzieć...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani poseł Zalewska, nie udzieliłem pani głosu. Chwileczkę, pani poseł Gądek...

Poseł Lidia Gądek (PO):

Ale ja prosiłam o odpowiedź pana posła i niepublicznie możemy się spotkać. Teraz wracam do tematu.

Szanowni państwo, jakie są fakty i liczby, dostaliśmy informację. Możemy oczywiście bardzo wiele chcieć, i na pewno chcielibyśmy bardzo wiele, ale prawdopodobnie nie jesteśmy w stanie tego dzisiaj zmienić. Natomiast, mam pytanie do państwa z NFZ-u i do pana ministra...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Gratuluje rozbawienia pana ministra...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani poseł Zalewska, bardzo panią proszę, po raz ostatni, o niekomentowanie... Pani poseł, odwołuję się do pani wyczucia miejsca i czasu.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Czy już mogę kontynuować? Rozumiem, że tak. Dziękuję państwu bardzo.

Wzorem innych krajów, gdzie zostało już przepracowane i przeliczone, co się opłaca najbardziej dla systemu, ale przede wszystkim, co najbardziej się opłaca pacjentowi, chciałabym zwrócić uwagę na fakt, że od pewnego czasu stale spadają nakłady na podstawową opiekę zdrowotną, AOS i rehabilitację. Wprawdzie w prognozie na 2014 r. ten spadek nie jest drastyczny – na szczęście, i cieszymy się z tego niezmiernie – jednak te działy medycyny powinny być dofinansowywane w stopniu coraz większym, a ich kompetencje powinny być rozszerzane, aby przejmować tę najbardziej kosztowną i najbardziej traumatyczną dla pacjenta formę terapii, jaką jest szpitalnictwo. W związku z tym, rozumiem, że jeśli chodzi o plan, musimy się poruszać w pewnych ramach, ale czy jednak perspektywicznie nie należałoby zwrócić uwagi na rozszerzanie kompetencji lecznictwa otwartego, aby pacjent mógł być zabezpieczony jak najtańszym kosztem, w jak najlepszy sposób i w jak najszerszym zakresie, oczywiście, ze zwróceniem uwagi na dostępność.

Nie jest tak, że dzisiaj lekarz rodzinny może rozpoznać tylko grypę i zapalenie płuc - bo żeby rozpoznać grypę, to trzeba zrobić pewne badania itd. Potrafimy rozpoznawać wiele innych schorzeń, rozpoznajemy je i skutecznie leczymy, natomiast, faktycznie, trzeba zwrócić uwagę na rozszerzenie kompetencji przy przekazaniu odpowiednich nakładów finansowych. To jest może bardziej wniosek, ale też pytanie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Dziękuję. Zanim udzielę głosu panu przewodniczącemu Katulskiemu, jeszcze *ad vocem* pan przewodniczący Hoc, który został wywołany do odpowiedzi przez panią poseł Gądek. Krótko, bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Szczerze dziękuję za to pytanie, po pierwsze, dlatego, że ja tak uważam, że lekarze powinni zarabiać 35 tys. zł za swoją ciężką i ofiarną pracę. Oczywiście, te 35 tys. zł zarabiają niektórzy w stu procentach, łącznie z dyżurami. Czy pani doktor wie, ile kosztuje dyżur na SOR-ze w niedzielę?

Poseł Lidia Gądek (PO):

Wiem, panie przewodniczący, bo dyżuruję.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

2800 zł...

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Pani poseł, proszę nie wchodzić w słowo...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

2800 zł za jedną niedzielę - za ciężką, ofiarną pracę. I tyle powinni dostawać. Ja mówię tylko to, że pielęgniarka w tym szpitalu powinna zarabiać relatywnie więcej, chociaż 8-10 tys. zł, jeśli lekarz wystawia rachunek na 35 tys. zł ciężko pracując, bo on wlicza w to również dyżury. Tak jest w wielu szpitalach polskich. Czy wie pani o tym? Wystarczą trzy dyżury, i już jest około 10 tys. zł.

Przewodniczący poseł Maciej Orzechowski (PO):

Proszę bardzo, pan przewodniczący Katulski.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, Wysoka Komisjo, postaram się nie uczestniczyć w tym jazgocie i postaram się zadać bardzo merytoryczne pytania. Jednak, na początek, zwrócę uwagę na pewną rzecz. Otóż, odnośnie do projektu rocznego planu finansowego, który dostaliśmy jako załącznik, na str. 1, gdzie jest mowa o przychodach, chciałbym po raz kolejny zwrócić uwagę na to – wydaje mi się, że co roku zwracam na to uwagę – jaka jest struktura przychodów, jeśli chodzi o składkę.

Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymuje z ZUS-u 60 mld 233 mln zł, a z KRUS-u – 3 mld 245 mln zł. Jednak dodatkowe, bardzo ciekawe informacje są dalej. Dowiadujemy się, że koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS, to zaledwie 119 mln zł w stosunku do tych 60 mld zł, natomiast koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS-u wynoszą 2 mln 768 tys. zł w stosunku do 3 mld 245 mln zł. Wydaje się, że proporcja nie jest taka sama.

Następne moje uwagi dotyczą tego, że przy kosztach administracyjnych funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia widnieje kwota 702 mln zł, co stanowi nieco ponad 1% całkowitego budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia. Chciałbym zadać pytanie prezesom NFZ-u, jak to się ma do kosztów obsługi w innych instytucjach finansowych obracających tak znacznymi środkami.

I pytanie dotyczące kilku liczb, które są podane dalej. Jest rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych, która jest przewidziana na 240 mln zł. Moje pytanie – czy to nie jest zbyt skromna kwota, i czy ona wynika z tego, jak były rozstrzygane postępowania na niekorzyść Narodowego Funduszu Zdrowia, i jest to ekstrapolacja na przyszłość zobowiązań, które trzeba będzie ponieść? Obawiam się, że ta kwota może rosnąć w stosunku do tego, co było poprzednio, chociażby, jeśli chodzi o tak zwane świadczenia ratujące życie, odnośnie do których sądy chyba coraz częściej rozstrzygają na korzyść świadczeniodawców. Proszę rozwiać moje wątpliwości w tym zakresie. Chciałbym również dowiedzieć, co to za kwota 5 mln 248 tys. zł opisana jako „inne rezerwy” i 17 mln z tysiącami, opisane jako „inne koszty”. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Na koniec jeszcze ja chciałbym zabrać głos. Panie ministrze, rozumiejąc, środków jest mało, mamy kryzys, natomiast trudno dziwić się tym głosom oburzenia – pewnie najostrzej przestawił to pan przewodniczący Hoc. Przy tak dużych ubytkach, w sytuacji zadłużających się placówek medycznych, wielu problemów, jakie mamy - nadwykonań, kończących się wcześniej limitów, co dotyczy zarówno szpitali, jak i AOS-u – przy czym największe różnice dotyczą onkologii – trudno tych spraw nie podnosić. Takie, niestety, są fakty. Pamiętajmy, oczywiście, co z czym porównujemy – czy porównujemy dane z planem z sierpnia, czy z nowelizacją z października – ale tak to w tej chwili wygląda.

Dlatego, chciałbym otrzymać od państwa wyjaśnienia, dlaczego w taki, a nie w inny sposób dokonano tego podziału. Prosiłbym o nakreślenie scenariusza na przyszły rok pod kątem ewentualnych zmian – oby tak było – bo pamiętajmy, że drugi rok działamy w systemie niepełnego spływu składki i niewykonywania planu, który był założony. Przypominam – w ubiegłym roku było to około 1 mld 200 mln zł, a w tym roku, już w pierwszych miesiącach, było to kilkaset milionów złotych. Należy założyć, niestety, że do końca roku będzie to kwota dużo większa. W związku z tym, co z przyszłym rokiem? Ja rozumiem, że pewnie państwo w jakiś sposób to dyskontują – i stąd po raz pierwszy niezwiększony budżet w stosunku do poprzedniego roku – natomiast my mamy prawo, a wręcz obowiązek oczekiwać wyjaśnienia, jakie państwo zakładają scenariusze, również pesymistyczne - że sytuacja nieściągnięcia zakładanej składki będzie się powtarzać również w przyszłym roku, a w związku z tym, nawet ten plan, który mamy dzisiaj przyjmować, również będzie zagrożony. Tyle z mojej strony.

Jeszcze pytam - czy ktoś spośród zaproszonych gości chciałby zabrać głos? Proszę, pani prezes.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Uwaga techniczna. Każdą osobę, która zabiera głos, prosiłbym o przedstawienie się. Dziękuję.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Oczywiście. Już się przedstawiam. Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia. Reprezentuję przede wszystkim podstawową opiekę zdrowotną i lecznictwo otwarte.

Panie przewodniczący, panowie ministrowie, państwo prezesi, szanowni posłowie i zaproszeni goście, jak zwykle – mówię „jak zwykle”, bo państwo wiedzą, że bywam tu często – głównym problemem, który zawsze jest podnoszony, jest zadłużenie szpitali, problem publicznych placówek. Ja chcę, i muszę, podjąć temat podstawowej opieki zdrowotnej, bo inflacja i wzrosty kosztów tak samo dotyczą szpitali, jak i podstawowej opieki zdrowotnej. Środki finansowe podobno są takie same, ale nie te same, dlatego, że – niestety – inflacja i wzrosty kosztów powodują, że środków do bezpośredniego użycia na zabezpieczenie świadczeń jest zdecydowanie mniej. Chcę, żeby to jasno zabrzmiało.

Tak samo w podstawowej opiece zdrowotnej, w której... Dziękuję pani poseł Gądek – myślę, że następne posiedzenie Komisji było powodem, że pani poseł musiała opuścić salę, ale praca tutaj tak wygląda – która jako jedyna podniosła tutaj problem podstawowej opieki zdrowotnej. Chcę wskazać, że w POZ-ie są niby te same środki finansowe. Przez kolejne lata nie spowodowano ani wzrostu środków, chociażby o wartość wskaźników inflacyjnych, ani nie wzięto pod uwagę kosztów, które wszystkich nas dotyczy. W podstawowej opiece zdrowotnej – podkreślam – to nie są te same środki finansowe. A co nam się funduje na przyszły rok, zresztą po raz kolejny?

Chcę podkreślić – co tu również nie zabrzmiało – że są nowe zadania, na które środków finansowych nie ma. Nie zapominajmy, że nakłada się obowiązek wynikający z ustawy dotyczącej dokumentacji elektronicznej. Nie wiem, jak sobie z tym poradzą szpitale – może mają środki finansowe z innych źródeł – ale podstawowa opieka zdrowotna, którą pan przewodniczący w dniu wczorajszym wymienił - za co dziękuję - to przede wszystkim 90% niepublicznych podmiotów, które będą zmuszane do realizowania ustawowego obowiązku ze środków świadczeniodawców. Trzeba to zrealizować, a to nie jest tylko kwestia tego, że się dokupi jeden komputer. Dokumentacja medyczna w dniu 1 sierpnia 2014 r. staje się faktem. Stawiają nam to państwo jako zadanie - i Wysoka Izba również - bo ta ustawa weszła z określonym czasem obowiązywania.

Oczywiście, jeśli mówimy o dodatkowych zadaniach, to problemem podnoszonym od lat - myślę, że w Wysokiej Izbie i Komisji wielokrotnie o tym mówiono - jest polityka senioralna. Rośnie liczba osób starszych. Osoby starsze, niezależnie, czy nam się to podoba, czy nie, leczą się przede wszystkim w podstawowej opiece zdrowotnej. To tu wymagają więcej diagnostyki, więcej wizyt domowych i większego poradnictwa. To tu, niestety, jest to podstawowy problem. Jak wiemy, polityka senioralna nie znalazła żadnego odzwierciedlenia zarówno w planie, jak i w propozycjach na kolejny rok.

Jeśli już mówimy o podstawowej opiece zdrowotnej, to częstym problemem - czego nie jesteśmy w stanie udowodnić - jest tak zwana nadwykonalność różnych świadczeń i wykonywanie zadań dodatkowych, która w podstawowej opiece zdrowotnej wynika wprost z tego, że jest stawka kapitacyjna, w której ponoć da się zmieścić wszystko. Może i da się zmieścić wszystko, ale problem jest taki, że jeżeli jest kolejka w AOS-ie czy w szpitalnictwie, to gdzie się leczy pacjent, niezależnie od wszystkiego? W podstawowej opiece zdrowotnej, wyczekując swoich terminów. To są dodatkowe wizyty, dodatkowe badania, dodatkowe porady. Nie mówi się u nas o nadwykonaniach, ale one są.

W podstawowej opiece zdrowotnej, w takiej sytuacji, kiedy mamy do czynienia z kryzysem, kiedy będziemy mieć do czynienia ze zwalnianiem ludzi i będzie narastać ich liczba, będzie to powodować, niestety, wzrost świadczeń w POZ-ie. Na przyszły rok nie przewidziano dla POZ-u w tym zakresie nic.

Tyle, jeśli chodzi o stan, jaki mamy, natomiast problem leży zupełnie gdzie indziej. Kryzys, który nas osiąga – i, niestety, sięgnie – nie jest żadną nowością. Od lat mówi się o tym, że trzeba przeszacować polski system ochrony zdrowia, żeby środki finansowe służyły przede wszystkim świadczeniom tam, gdzie są one możliwie najtańsze. W ochronie zdrowia nie ma nic taniego, ale podstawowa opieka zdrowotna jest najtańsza. Niestety, nie robi się nic. Apelowaliśmy, również w tej Izbie, przekazywaliśmy stanowiska do Ministerstwa Zdrowia i do Narodowego Funduszu Zdrowia o przemodelowanie, danie

pacjentom możliwości szerszego diagnozowania się w podstawowej opiece zdrowotnej. To zmniejszy koszty i da możliwość efektywniejszego wykorzystania tych środków na szczeblach wyższych, a może i wypłynie na kolejki – nie mówię, na pewno. Niestety, ten projekt planu nie przewiduje niczego dla POZ-u.

Kończąc powiem – państwo te wiedzę mają, bo te sprawy były podnoszone wielokrotnie – że podstawowa opieka zdrowotna dostaje środków mniej, a oczekuje się od niej na przyszły rok zdecydowanie więcej. Chcę to podkreślić i apelować zarówno do Ministerstwa Zdrowia, jak i do Narodowego Funduszu Zdrowia, o podjęcie rozmów w tych sprawach i w tych zakresach. Jest to bardzo ważne, żeby zabezpieczyć Polakom możliwość i bezpieczeństwo leczenia, najszerze w podstawowej opiece zdrowotnej, bo to będzie również gwarantem dla rządzących i dla naszego społeczeństwa. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze? Proszę bardzo, pani sekretarz.

Sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Joanna Walewander:

Joanna Walewander, sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Szanowny panie przewodniczący, panie ministrze, ze strony społecznej padło już dzisiaj wiele słów dotyczących niezadowolenia z projektu planu budżetu na rok 2014. My również, jako środowisko pielęgniarek i położnych, zwracamy uwagę, proszę państwa, na świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej, w opiece długoterminowej i w leczeniu szpitalnym.

Przy tak przyjętym budżecie nie ma możliwości poszerzenia zakresu świadczeń dodatkowych, które od dwóch lat proponujemy i zachęcamy Narodowy Fundusz Zdrowia do współpracy w tym zakresie, jeśli chodzi o objęcie opieką przez pielęgniarkę, pielęgniarkę rodzinną, położną rodzinną i pielęgniarkę w środowisku nauczania i wychowania. Narastają również problemy, jeśli chodzi o świadczenie opieki w opiece długoterminowej domowej. Tu również brak zwiększenia dostępności do pielęgniarskiej opieki długoterminowej wiąże się z tym, że pacjenci bardzo długo oczekują w kolejkach. Oczekują w kolejkach do pielęgniarskiej opieki długoterminowej i do zakładów opiekuńczo-leczniczych czy pielęgnacyjno-leczniczych.

W związku z tym, proszę państwa, jeżeli w szpitalach jest opieka krótkoterminowa, skróciliśmy pobyt pacjenta w szpitalu i oddajemy go w stanie, w którym powinien podlegać specjalistycznej opiece długoterminowej w środowisku swojego zamieszkania, to musimy dać tam środki, żeby ta opieka faktycznie była sprawowana prawidłowo, ponieważ nie ma współpracy pomiędzy momentem wypisania pacjenta z lecznictwa szpitalnego do środowiska zamieszkania. Często po długiej, ciężkiej operacji, w wyniku której wielu lekarzy specjalistów, pielęgniarek i położnych pracuje przy tym pacjencie w szpitalu, po wypisaniu go w takim stanie, że nie ma wsparcia ze strony podstawowej opieki zdrowotnej - bo nie jest to zabezpieczone - i opieki długoterminowej, dochodzi do zaniedbań i taki pacjent wraca w bardzo ciężkim stanie, albo w ogóle nie wraca, bo kończy się jego życie w bardzo ciężkich warunkach, w środowisku domowym.

Tak więc, jako środowisko pielęgniarek i położnych apelujemy – są takie pieniądze, jakie są, ale, proszę państwa, należy szukać, gdzie jeszcze można podnieść te środki finansowe, by zwiększyć świadczenia w opiece długoterminowej.

A wracając jeszcze do lecznictwa szpitalnego – przy niepodwyższeniu i niezabezpieczeniu świadczeń w szpitalach, znikoma liczba... Proszę państwa, musimy to powiedzieć wprost – na tym minimum zapotrzebowania na świadczenia opieki pielęgniarskiej są zatrudniane pielęgniarki i położne. Może w oddziałach neonatologicznych, ginekologicznych i położniczych, zatrudnienie położnych jest dość dobre, natomiast poza tym, jeśli chodzi o zatrudnienie pielęgniarek i położnych, jest ono znikome. Wiemy, że przy takiej obsadzie bardzo często będzie dochodzić do zdarzeń niepożądanych, a wynikiem zdarzenia niepożądanego jest dodatkowa opieka i nieszczęście tego pacjenta i jego rodziny. Dlatego wnosimy, jeśli są jakiegokolwiek możliwości, o zwiększenie środków finansowych na leczenie szpitalne. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Ponieważ nie widzę innych zgłoszeń, bardzo proszę pana ministra czy kogoś z wiceprezesów Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielenie odpowiedzi. Proszę bardzo, panie ministrze.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

W kilku zdaniach odniosę się do ogólnych kwestii, a później – jak rozumiem – pani prezes będzie przedstawiać szczegółowe odpowiedzi.

Warto, żebyśmy mieli wiedzę, rozmawiając o planie Narodowego Funduszu Zdrowia, że Ministerstwo Finansów ma świadomość tego planu i tych wskaźników, że plan budowany jest na podstawie wskaźników przesłanych przez ministra finansów. Jeżeli więc ktoś ma wątpliwość, jak on jest konstruowany – czy minister finansów wie o tym, jakie wskaźniki zostały przyjęte – to chcę państwa uspokoić, że to są wskaźniki podane, między innymi, przez Ministerstwo Finansów. Zatem, ten przyszłoroczny plan opiera się na skorygowanych przez ministra finansów wskaźnikach i one nie muszą być konsultowane, są po prostu przez niego przekazywane do Narodowego Funduszu Zdrowia. Inne wskaźniki przekazuje również minister pracy i polityki społecznej.

Jeszcze jedna rzecz. Muszę się odnieść do dość emocjonalnej wypowiedzi pani poseł Zalewskiej, ale naprawdę warto byłoby nie mylić tematów, na które rozmawiamy, bo są to rzeczy poważne i istotne, a szczególnie w tak emocjonalnych wypowiedziach. One mogą powodować różne niepokoje pacjentów. Pani poseł, 8,5 mld zł, o których pani mówiła, a których pan minister Rostowski szuka, szukane są w tegorocznym budżecie, a nie w planie przyszłorocznego Narodowego Funduszu Zdrowia. To, po pierwsze.

Po drugie, Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest częścią budżetu, i tam nie szuka się oszczędności. On jest niezależny od budżetu. Prosiłbym więc tylko, żeby w taki sposób nie prowadzić dyskusji, bo ona jest zupełnie pozbawiona sensu, dotyczy bowiem zupełnie innych kwestii. Chcę więc uspokoić panią, że minister finansów...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

A ja później się do tego odniosę.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Minister finansów ani w tym roku nie szukał oszczędności w NFZ-cie, ani w przyszłym, bo jest to poza budżetem. To dla porządku, abyśmy wiedzieli, o czym rozmawiamy. Natomiast, jeśli chodzi o szczegóły dotyczące planu, głos zabierze pani prezes Kłos.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Bardzo proszę, pani prezes, o udzielenie odpowiedzi.

Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw finansowych Wiesława Kłos:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, pytań było dużo. Staralam się je skrupulatnie notować. Jeżeli jakieś mi umknęło, bardzo chętnie wrócę do tematu.

Pierwsze pytanie, które zadała pani poseł Szczypińska – dlaczego budżet jest mniejszy o 1 mld zł, szpitale mają mniej o 2 mld zł i dlaczego w mniejszym zakresie zaplanowaliśmy sfinansowanie chemioterapii na rok przyszły? Proszę państwa, gwoli wyjaśnienia, powiem, jak należy czytać te dane, które przedstawiliśmy państwu w planie finansowym, bo to będzie również dotyczyć odpowiedzi na pytanie, które zadał pan przewodniczący Hoc.

Zasadą jest, że porównujemy ze sobą dane, które możemy porównać, czyli plan pierwotny z planem pierwotnym. To jest ogólna zasada. Natomiast, chciałabym państwu powiedzieć, że w tym planie finansowym mamy dwie rubryki, które, może bardziej rzetelnie z państwa punktu widzenia, będą odnosić się do poszczególnych wielkości planistycznych na rok przyszłych.

Po pierwsze, mamy rezerwę, tak zwaną migracyjną, która wynosi 3 mld 593 mln 843 tys. zł. Przypomnę, że ta rezerwa migracyjna jest dzielona w trakcie roku pomiędzy poszczególne oddziały, proporcjonalnie do liczby pacjentów i liczby udzielonych świadczeń. Następuje zbilansowanie wpływów i wy wpływów z poszczególnych tytułów. A więc, do wszystkich pozycji tego budżetu, który w tej chwili państwu prezentujemy, musimy

dodać kwotę ponad 3,5 mld zł, która sukcesywnie zasili wydatki w poszczególnych rodzajach świadczeń.

I teraz, proszę państwa, ponieważ wszystkie rodzaje świadczeń zostały przez państwa wymienione w formie zapytania, dlaczego mamy mniej środków na przyszły rok, jeśli chodzi o te kwoty, które będą protokołowane – przecież jest to nagrywane – będę państwu podawać, jak to będzie wyglądać z punktu widzenia uwzględnienia migracji oraz w porównaniu nie z planem pierwotnym, a z planem aktualnym, czyli tym, którym obecnie oddziały wojewódzkie dysponują.

Odpowiem teraz na pytanie pierwsze - dlaczego budżet jest mniejszy o 1 mld zł? Proszę państwa, tak się składa, że 98% wpływów do Funduszu to są składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Niestety, wskaźniki makroekonomiczne, które otrzymaliśmy w maju roku bieżącego, a które mają wpływ zarówno na wykonanie budżetu tegorocznego, jego prawdopodobną korektę, jak i na budżet przyszłoroczny, powodują, że przychody z tytułu składek będą mniejsze w stosunku do planu pierwotnego na rok bieżący o kwotę 759 mln zł i będą stanowić 98,82% tegorocznego spływu składki. Jednak, proszę państwa, istotą jest to – i myślę, że to jest warte zapamiętania - że ogółem przychody w Narodowym Funduszu Zdrowia w roku 2014 będą większe o 100 mln zł w stosunku do aktualnego planu – nie tylko planu, który traktujemy jako ostateczny. A więc, ten, skorygowany *in minus* w związku z nowymi wskaźnikami makroekonomicznymi, plan otrzymaliśmy od ministra finansów i ministra pracy i polityki społecznej.

Drugą istotną informacją, która oczywiście nie jest satysfakcjonująca – jak myślę - zarówno dla państwa, jak i dla Narodowego Funduszu Zdrowia - ale jednak jest pozytywna - jest to, że pomimo mniejszej składki, nakłady na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych oddziałach pozostaną na poziomie aktualnego planu. Wszystko inne, to co się wydarzy – o tym za moment będę mówić przy okazji odpowiedzi na pozostałe pytania – będzie uzależnione od ukształtowania się proporcji, zarówno w tegorocznym budżecie, jak i w rzeczywistym spływie składki w roku przyszłym.

Przechodząc do poszczególnych odpowiedzi, powiem tak. Zacznę od POZ-u, bo pytania odnośnie do POZ-u padały ze strony dwóch pan posłanek. Proszę państwa, wskaźniki, które będę wymieniać – jeszcze raz powtarzam – uwzględniają inflację i odnoszą się do budżetu nie pierwotnego, ale aktualnego.

W POZ-ie będziemy mieć więcej o 36 mln 055 tys. zł. Jest to niewielki przyrost, około 0,5 punktu procentowego, ale w stosunku do planu pierwotnego jest to wzrost o 60 mln zł, a w stosunku do wykonania 2012 r. – o 140 mln zł.

Jeżeli chodzi o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, będzie wzrost w stosunku do planu aktualnego o 30 mln 470 tys. zł, a więc prawie o 0,6 punktu procentowego.

Jeżeli chodzi o szpitale, proszę państwa, to muszę pewną rzecz wyjaśnić. Otóż, oczywiście, koszty związane z finansowaniem świadczeń w lecznictwie szpitalnym – w tych danych, które państwo mają – są na poziomie 99%, a więc wydawałoby się, że są mniejsze aniżeli w planie aktualnym. Natomiast, tam jest sytuacja tego typu - jak państwo popatrzą na dane - że to jest zachowana ta sama wielkość świadczeń w stosunku do aktualnego planu w poszczególnych oddziałach, oprócz Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego. Tam brakuje 256 mln zł. Gwoli przypomnienia - państwo zapewne pamiętają - kiedy fundusz zapasowy był dzielony w roku 2012, to mieliśmy taką oto sytuację, że dla wszystkich oddziałów podzieliliśmy na rok 2012, czyli zwiększyliśmy budżet na 2012 r., a dla oddziału mazowieckiego pozostawiliśmy kwotę 256 mln zł z przeznaczeniem na zwiększenie budżetu roku 2013. Teraz mamy sytuację jakby podobną, czyli brakuje nam w budżecie oddziału mazowieckiego do aktualnego planu 256 mln zł i ta kwota będzie przeznaczona na dodatkowe sfinansowanie świadczeń. Czyli, zasilimy budżet oddziału mazowieckiego o tę kwotę, po to, żeby ten oddział zrównał się w sytuacji finansowej z pozostałymi oddziałami. I w momencie, kiedy z funduszu zapasowego uruchomimy 256 mln zł, praktycznie budżet przyszłoroczny będzie na poziomie aktualnego budżetu w lecznictwie szpitalnym, jaki mają poszczególne oddziały.

Jeżeli chodzi o chemioterapię, proszę państwa, to, oczywiście, mamy taką sytuację, że jest spadek o 96 mln zł, ale równocześnie chcę zwrócić państwa uwagę na to, że jeśli chodzi o dysponowanie środkami, jest duży wzrost środków w programach lekowych.

Jakby zmieniła się proporcja, ponieważ – jak państwo wiedzą – budżety na rok przyszły proponują dyrektorzy oddziałów wojewódzkich. Na podstawie wykonania budżetu w zakresie chemioterapii z roku bieżącego, ale także na podstawie doświadczeń roku 2012, dyrektorzy zaproponowali przesunięcie środków pomiędzy chemioterapią a programami lekowymi. Jeżeli te dwa budżety ze sobą złączymy, to będziemy mieć sytuację wzrostu o 1,5%, czyli przekłada się to na kwotę 57 mln 180 tys. zł. Tyle, jeżeli chodzi o odpowiedź na pytania pani poseł Szczypińskiej.

Jeżeli chodzi o odpowiedź na pytania pana posła Hoca, dlaczego porównujemy plan pierwotny z planem pierwotnym, starałam się to już wyjaśnić. Jeżeli chodzi o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, posiłkując się tymi danymi, o których mówiłam, będziemy mieć taką sytuację, po uwzględnieniu migracji, w stosunku do planu aktualnego, że będzie wzrost o 30 mln 470 tys. zł, czyli, o prawie 0,6 punktu procentowego. To, po pierwsze.

Po drugie, jeżeli chodzi o zaopatrzenie w wyroby medyczne, po uwzględnieniu migracji będziemy mieć do dyspozycji kwotę 835 mln 544 tys. zł, a więc będzie to wzrost o 12 mln 672 tys. zł w stosunku do aktualnego planu, a w procentach będzie to 1,54 punktu procentowego.

Jeżeli chodzi o zapisy związane z ustawą o działalności leczniczej, pozwoli pan, że nie będę się wypowiadać, bo Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest w tym momencie stroną właściwą.

Odpowiadam na pytanie pana posła Orzechowskiego – co się dzieje z tą dotacją? Otóż, rzeczywiście, mamy taką sytuację, że w roku bieżącym, w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia mamy zapisaną kwotę 217 mln zł. W przyszłym roku planujemy kwotę 942 mln zł i to planowanie jest wynikiem aktualnej realizacji świadczeń udzielanych na rzecz osób uprawnionych, ale niezgłoszonych do ubezpieczenia. Jak państwo wiedzą, art. 67 ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych wyraźnie mówi, że zgłoszenie warunkuje uzyskanie prawa do świadczeń ze składek, a członkowie rodziny uzyskują prawo do świadczeń od dnia zgłoszenia. Od momentu, kiedy wprowadziliśmy i uporządkowaliśmy Centralny Wykaz Ubezpieczonych – nie ukrywam, że przyczynił się do tego sławetny eWUS – mamy możliwość identyfikacji poszczególnych grup osób, które, w sposób zgodny z zapisami ustawy, mają prawo do świadczeń, natomiast równocześnie musimy zidentyfikować, z jakich źródeł te świadczenia powinny być sfinansowane. A ponieważ za okres pięciu miesięcy mamy obecnie ponad 450 mln zł udzielonych świadczeń z tego tytułu, estymacja tych kwot wskazuje, że zaplanowanie kwoty 942 mln zł będzie równoważnością tego, co planujemy wykonać w roku bieżącym.

Odpowiadając na pytanie pani poseł, dlaczego u nas jest OK. w przychodach, skoro w budżecie jest dziura, chcę powiedzieć, że już na podstawie tego, co powiedziałam wcześniej, trudno się zgodzić z tym, że plan finansowy Funduszu może kogokolwiek satysfakcjonować, natomiast prawdą jest, że ochrona zdrowia nie jest „zieloną wyspą”. Niestety, także wskaźniki makroekonomiczne skłaniają nas do tego, aby w sposób właściwy, perfekcyjny, na tyle, na ile możemy, wyszacować stronę przychodową.

Chciałabym powiedzieć, że przychody szacujemy na podstawie wskaźników, które są nam przekazywane przez Ministerstwo Finansów oraz przez Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej w zakresie osób prowadzących działalność gospodarczą. Jeżeli pani poseł sobie życzy, powiem, oczywiście, jakie to są wskaźniki... Czyli, nie muszę tego mówić... Rozumiem...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo przepraszam. Proszę nie prowadzić dyskusji na stronie. Pani prezes skończy, a ja oddam pani głos, pani poseł. Czy coś jeszcze, pani prezes, czy na razie to wszystko?

Zastępca prezesa NFZ do spraw finansowych Wiesława Kłos:

Oczywiście, że to nie wszystko, bo pytań było bardzo dużo. Zatem, jeżeli wskaźniki są znane, chcę potwierdzić, że na ich podstawie były przeprowadzane symulacje, natomiast efekt tych symulacji – bo takie pytanie padło – jest następujący. Pracownicy, w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, w stosunku do roku bieżącego, będą stanowić 99,69%, co będzie skutkowało zmniejszeniem składki o ponad 104 mln zł.

Osoby prowadzące działalność pozarolniczą, będą stanowić 81,19% w stosunku do roku bieżącego, co będzie skutkowało zmniejszeniem przychodów o prawie 1 mld 273 mln zł. W przypadku osób pobierających renty, emerytury lub uposażenie będzie wzrost o ponad 2 punkty procentowe, co przełoży się na wzrost przychodów o kwotę 376 mln zł. Jeżeli chodzi o służby mundurowe, też jest wzrost o 1,38%, co przełoży się na wzrost o kwotę 18 mln zł. Osoby wykonujące umowy zlecenia, umowy agencyjne – wzrost o 2 punkty procentowe, co przełoży się na wzrost o kwotę 29 mln zł. W przypadku osób bezrobotnych pobierających zasiłki jest wzrost o 9,86%, co przełoży się na wzrost składki o 148 mln zł, a w przypadku osób pobierających zasiłek przedemerytalny lub świadczenia przedemerytalne – wzrost o 19,29%, co przełoży się na wzrost składki o 27,29 mln zł. I to są te najistotniejsze grupy, które wynikają ze wskaźników. Jeżeli trzeba będzie podać metodologię wyliczenia, jesteśmy oczywiście gotowi.

Jeżeli chodzi o stan należności, które wynikają z postępowań sądowych, od razu odpowiem na pytanie, dlaczego utworzyliśmy tak małe rezerwy. Według stanu na 31 marca 2013 r., postępowania sądowe z zakresu świadczeń zdrowotnych łącznie ukształtowały się na poziomie 270 tys. zł. Jest to mniej, aniżeli było na dzień 31 grudnia 2012 r., bo wtedy było to 904 mln 700 tys. zł, i również mniej, jeżeli chodzi o rok 2011, kiedy była to kwota ponad 874 mln zł.

Odpowiadam na pytania pani poseł Zalewskiej. Ile to jest pieniędzy, kiedy spadają wskaźniki – to jest właśnie to, co przeczytałam. Jeżeli chodzi o ustawę „śmieciovą”, jest ona zapewne istotna dla świadczeniobiorców, chociaż chyba nie do końca, dlatego, że w ramach tej ustawy nie mówimy o odbiorze odpadów medycznych. Ta ustawa nie obejmuje odpadów medycznych. Natomiast, jeżeli chodzi o nasz budżet – budżet Narodowego Funduszu Zdrowia – nie ma ona jakiegokolwiek wpływu.

Jeżeli chodzi o SOR-y, trwają prace nad zmianą wyceny ryczałtu dobowego. Podobnie Fundusz podjął prace nad innymi procedurami, w ramach JGP. Mamy nadzieję, że prace, które się obecnie odbywają, umożliwią zmiany stawki tego ryczałtu od 1 stycznia 2014 r.

Ta przykładowa sytuacja chorego dziecka, którą pani poseł była uprzejma przywołać, w ogóle nie powinna się zdarzyć. Dlatego mam gorącą prośbę do pani poseł. Jeżeli ma pani możliwość kontaktu z tą osobą, bardzo proszę, żeby napisała i złożyła oficjalną skargę na ręce prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta. Jeżeli byłoby to napisane szybko, to bardzo proszę o skierowanie jej na moje nazwisko. Zajmę się tą sprawą, żeby skontrolować, jak to się stało, że do takiej sytuacji doszło. To jest niedopuszczalne.

Jeżeli chodzi o pytania pani poseł Gądek, powiem, że potrzebę rozszerzenia kompetencji w rehabilitacji, w rodzaju AOS i POZ, również dostrzega Narodowy Fundusz Zdrowia. Zgłosiliśmy taką uwagę odnośnie do „rozporządzenia koszykowego” do ministra zdrowia.

Z tego, co wiem, jest to pozytywnie rozpatrywane w ramach prac „koszykowych” przez Ministerstwo Zdrowia.

Jeżeli chodzi o koszty poboru składek – to było pytanie zadane przez pana posła Katulskiego – są one niezależne od Narodowego Funduszu Zdrowia. Reguluje to art. 80 ustawy o świadczeniach. Są one ustalone na poziomie 0,2 osiągniętych przychodów, jednolite dla składek pobieranych przez ZUS i przez KRUS, a wysokość kwoty jest uzależniona od wielkości składek, które wpływają do tych dwóch instytucji.

Pytanie pana posła Latosa - dziękuję za to pytanie - jakie scenariusze na przyszłość, na rok 2014, przewiduje Narodowy Fundusz Zdrowia? Proszę państwa, to jest bardzo ciekawe pytanie, dlatego, że już rok 2013 pokazuje nam, że wskaźniki, na podstawie których opieramy przede wszystkim stronę przychodową - a przecież do strony przychodowej musimy dopasować stronę kosztową, czyli to, ile umów i na jaką wartość zawrą poszczególne oddziały - ulegają znacznym zmianom.

Przypomnę, że wskaźniki, na podstawie których stworzyliśmy plan roku 2014, również wpływają na to, w jaki sposób wykonamy plan roku 2013. Nie są one zachęcające, dlatego, że po stronie przychodowej w bieżącym roku powinniśmy mieć dość drastyczny spadek. Oczywiście, nie ma problemów ani żadnych negatywnych skutków dla szpitali, oprócz tego, że pod dużym znakiem zapytania stoją możliwości renegotjacji umów, nato-

miast kontrakty, które są zawarte, absolutnie nie będą podlegać obniżeniu. Jednak jest też pierwsza jaskółka zwiastująca, że te wskaźniki makroekonomiczne, na podstawie których był tworzony plan 2014 r. i jest realizowany plan bieżący - miejmy nadzieję - nie będą aż tak pesymistyczne. Mówię to na podstawie aktualnego spływu składki.

Według wskaźników, w tym roku powinniśmy mieć przychody mniejsze o 2,5 mld zł, tymczasem na koniec czerwca, zgodnie z trendem, jaki Narodowy Fundusz Zdrowia wylicza, mamy niedobór składki tylko na poziomie niewiele ponad 145 mln zł. To jest dobra zapowiedź. Miejmy nadzieję, że ten trend się utrzyma, że nie sprawdzą się czarne wizje Ministerstwa Finansów, które przełożyły się na te wskaźniki makroekonomiczne i że Narodowy Fundusz Zdrowia będzie mieć większe przychody aniżeli zakłada w planie finansowym. I to jest pierwsza informacja, jeżeli chodzi o przyszłe scenariusze.

Druga informacja jest taka, że jesteśmy w bardzo ścisłym kontakcie z Ministerstwem Zdrowia, jeżeli chodzi o całkowity budżet na refundację leków. Jak państwo pamiętają, w zeszłym roku było to dość istotne. Mieliśmy niewykonany budżet refundacyjny w kwocie 1 mld 800 mln zł. I nie dlatego, że nie potrafimy planować tego budżetu, tylko dlatego, że ustawa refundacyjna nakłada na nas to, że trzy lata z rzędu musimy planować budżet taki, jak w roku 2011.

Teraz mamy sytuację taką. Ponieważ w zeszłym roku mieliśmy niewykonany budżet refundacyjny na poziomie 1 mld 800 mln zł, to nas ratuje – mówiąc szczerze. Dzięki temu – jak państwo wiedzą ze Sprawozdania finansowego – jeżeli chodzi o wynik finansowy, mamy na plusie 285 mln zł. Wynik ten – dzisiaj zebrała się Rada Funduszu – został przeznaczony na zasilenie funduszu zapasowego, a fundusz zapasowy to nasz bufor bezpieczeństwa, dzięki któremu, na przykład, będziemy w stanie zwiększyć środki dla Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego czy pokryć niedobór przychodów w stosunku do koniecznych do poniesienia kosztów o 240 mln zł. Jak państwo zapewne sobie przypominają - pani prezes Pachciarz w dniu wczorajszym zwracała na to uwagę - przychody są mniejsze o 240 mln zł i to właśnie będzie zasilone z funduszu zapasowego.

Jeżeli chodzi o opiekę długoterminową – bo o POZ-ie powiedziałam – mamy taką sytuację. Nie są to duże wzrosty, proszę państwa, ale mamy tyle pieniędzy, ile mamy. Miejmy nadzieję, że będzie ich więcej w ciągu roku. Środki w opiece długoterminowej wzrosną o 10 mln 066 tys. zł - przypomnę, że mówię o kwotach po uwzględnieniu inflacji, ale w stosunku nie do planu pierwotnego, tylko do planu obecnego – i jest to wzrost prawie o 1 punkt procentowy.

Czy można zwiększyć środki finansowe na opiekę długoterminową i szpitale? Proszę państwa, bardzo byśmy chcieli. Mam nadzieję, że lepsza realizacja budżetu, aniżeli przewiduje ten czarny scenariusz, pozwoli dyrektorom na renegotjacje umów.

Natomiast, proszę państwa, chcę zwrócić uwagę na jedno. Dyrektorzy oddziałów bardzo skrupulatnie śledzą realizację poszczególnych umów – są do tego zobligowani i na pewno będą to kontynuować w roku przyszłym. Proszę mi wierzyć, myślę, że Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Finansów mają już dość Funduszu, ponieważ przynajmniej dwa razy w miesiącu występujemy z wnioskiem o zmianę planu finansowego, po to, żeby nie zamrażać środków finansowych, tylko dostosować te środki, którymi dysponuje oddział, i żeby środki w ramach podpisanych umów były jak najlepiej wykorzystywane. Chodzi o to, żeby niedow wykonania nie były duże w stosunku do wykazywanych nadwykonań.

Tyle z mojej strony. Tyle pytań zdążyłam zapisać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Zanim oddam głos osobom, które zgłaszają się *ad vocem* odnośnie do wystąpienia pani prezes i pana ministra, chciałbym dopytać o jeszcze jedną rzecz i zwrócić na to uwagę.

Jeżeli mówimy o onkologii i o przesunięciach środków, choćby z chemioterapii, to rozumiem, że takie postulaty zgłaszano, i stąd taki plan, jeżeli chodzi o stronę dyrektorów oddziałów. Natomiast ze strony dyrektorów poszczególnych placówek medycznych zgłaszano inne postulaty, dotyczące przesuwania środków z chemioterapii na radioterapię. Tak więc, prosilibym ewentualnie nie odpowiadać teraz na pytanie w tej sprawie,

ale zwrócić uwagę na to, żeby te zmniejszenia nie skutkowały dysproporcją, która się jednak pojawiła, przynajmniej w niektórych szpitalach. Wydłużająca się kolejka na radioterapię i - owszem - relatywnie krótka kolejka na chemioterapię, choćby z tego powodu – potwierdzam – że są programy lekowe. Tyle z mojej strony.

Teraz, jeszcze pani poseł Hrynkiewicz i pani poseł Zalewska. Bardzo proszę.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Bardzo dziękuję za te wyjaśnienia. One jeszcze bardziej poprawiły mi humor niż wczorajsza informacja ministra zdrowia o dostępności porad specjalistycznych. Naprawdę, jest to wspaniałe, pani prezes... Nie wiem, czy pani dyrektor, wszystko jedno...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani prezes.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Tak. Jeżeli przy spadku wynagrodzeń – co wykazuje Główny Urząd Statystyczny – a także przy spadku zatrudnienia, trudnościach z pobieraniem podatków, pani tak dobrze zbiera składkę, to naprawdę pójdę jutro do pana ministra Rostowskiego i poproszę, żeby przeniósł panią do Ministerstwa Finansów...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam bardzo, pani profesor. Pani poseł, bardzo prosiłbym odnieść się do kwestii merytorycznych...

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Przepraszam, to jest kwestia merytoryczna...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bo to jest istotne w naszej dyskusji...

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczy, to jest naprawdę kwestia merytoryczna. Jeżeli na tak dużą kwotę - kilkadziesiąt miliardów złotych - jaką pobiera Narodowy Fundusz Zdrowia ze składek przez pół roku brakuje tylko 145 mln zł w stosunku do tego, co zaplanowano, to są to fantastyczne wyniki. I ja chciałam pani pogratulować, jeśli tak rzeczywiście jest. I będę mówić moim wyborcom, że w Narodowym Funduszu Zdrowia jest bardzo dużo pieniędzy, nie ma żadnego kryzysu i żeby dyrektorzy szpitali, a także szefowie NFZ-u nie narzekali na to, że operacje będą za cztery lata, jeśli chodzi o zaćmę, jak jest w wielu oddziałach, tylko trzeba to robić natychmiast, bo są na to pieniądze.

Wydaje mi się, że przeniesienie środków z chemioterapii na programy lekowe, to bardzo dobry pomysł, ale nie dla pacjentów. Co, jeśli pacjent nie będzie w programie lekowym? Ma zapłacić? Co, jeśli nie znajdzie się w programie lekowym, a pieniędzy na chemioterapię nie będzie dość? To jest bardzo trudna decyzja. Ja bym chciała wiedzieć, że krajowy konsultant w dziedzinie chemioterapii potwierdzi taką decyzję, bo jest to bardzo ważne.

Dlaczego państwo trzymają fundusz zapasowy, który potem, przy wielkiej awanturze, jaka się odbywa także na posiedzeniu Komisji Zdrowia, przekazują do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego? Jeżeli te koszty są tak łatwe do zaplanowania, jeżeli to planowanie jest tak precyzyjne, jak pani wykazała, bo wreszcie przy tak dużych dochodach, jakie ma Narodowy Fundusz Zdrowia – oczywiście, kwotowo, nie odnoszę tego do potrzeb – jest to tylko 145 mln zł mniej za pół roku, to są to fantastyczne wyniki.

Teraz muszę powiedzieć, że również fantastycznym wynikiem jest to, że państwo mają 734 tys. zł roszczeń ze strony tych, którzy zgłosili się do sądów. Czy może są to miliony? Miliony. To przepraszam, nie składam gratulacji.

I jeszcze jedna sprawa, która jest wyjątkowo smutna. To jest kwota 1 mld 800 mln zł zaoszczędzona na refundacji leków. Biorąc pod uwagę to, że zaoszczędzili to państwo głównie na osobach chorych na choroby przewlekłe i na osobach starszych, to zdaje się, panie ministrze, że warto się nad tym głębiej zastanowić. Jeżeli tak nakazuje ustawa, to trzeba, panie ministrze, wystąpić z propozycją zmiany tej ustawy, bo wiele osób nie jest

w stanie tych leków kupić, o czym wiem najlepiej, bo do mnie bardzo wiele osób zgłasza się, często także indywidualnie, z prośbą, aby uzupełnić ich braki.

Mam jeszcze prośbę do pani prezes. Proszę nie namawiać do tego, żeby ludzie zgłaszali się indywidualnie ze skargami, bo odmawiają mi tego także dyrektorzy szpitali. Kiedy mówię, że jeśli nie płacą za nadwykonania, to niech zgłoszą się ze skargą - zgłaszają się do mnie, ja mówię, że tę skargę zgłoszę, a oni proszą, żeby tego nie robić, dlatego, że czekają ich za to bardzo przykre konsekwencje. Myślę więc, że może te sprawy mogą kończyć się bardzo źle dla osób skarżących się. Znam wiele takich przypadków, bo przecież to się dzieje w konkretnych warunkach, i w konkretnej sytuacji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zaraz odpowie przede wszystkim pan minister, ale także pani prezes. Bardzo proszę. Pani poseł Zalewska.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Dziękuję. Państwo przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, państwo prezesi, ja z pokorą przyjmuję uwagę pana ministra. Człowiek uczy się całe życie i myślę, że pan minister również przyjmie moją uwagę.

Ja absolutnie się nie pomyliłam. Pan minister albo nie słuchał, albo rozmawiał i wyłapał wyłącznie fragment mojej wypowiedzi. Ja dokładnie zdaję sobie sprawę ze struktury przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia i chcę pana ministra poinformować, żeby przyjrzał się strukturze z roku 2012, gdzie – uwaga, panie ministrze – 2,90% stanowiły przychody z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego - i dobrze pan wie, że wyciekła do mediów informacja, że właśnie na ratownictwie medycznym pan minister Rostowski będzie chciał oszczędzać – i 0,40% stanowiły przychody z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy. Dodając owe punkty procentowe, to jest 3,30%, co przy przychodach 62 mld zł stanowi wartość 1 mld 800 mln zł.

W związku z tym, panie ministrze, już wiemy, czego dotyczyły moje obawy, i nie ma tonu wspólnego ze straszeniem obywateli, bo ja nie zwołałam konferencji prasowej, panie ministrze w tej sprawie. Troszczę się o to, jak zmiany w budżecie mogą się odbić na Narodowym Funduszu Zdrowia, a będą się również odbijać, panie ministrze – i pan dobrze o tym wie – przy wskaźnikach makroekonomicznych, bo te podane wskaźniki są jeszcze przed nowelizacją budżetu, która również będzie mieć właściwy skutek, niestety, na minus, jeżeli chodzi wskaźniki makroekonomiczne. Rzeczywiście, policzyłam sobie z grubsza, bo pytałam o te spadki i wzrosty. Z tych wskaźników makroekonomicznych i tej dynamiki, gdzie jest liczony rok 2013 i rok 2014, wynika – jak mówię, z grubsza, bo ułamkowych miliardów nie liczyłam – że to jest minus 800 mln zł. Tak mi wyniknęło z wyliczeń, które mi podała pani prezes. Rzeczywiście, jest to interesujące. Gdyby pani prezes miała to policzone, to chciałabym...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani prezes, za momencik.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

To bardzo dziękuję. I jeszcze jedno, pani prezes – oczywiście, państwo nie będą widzieć skutków ustawy „śmiecioviej”, ale szpitale, tak. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Bardzo proszę, pan minister, a później pani prezes.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Pani poseł, chcę panią zapewnić, że w tym roku minister finansów szukając oszczędności nie weźmie ani złotówki z dotacji na ratownictwo medyczne, więc...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Ale zgadzamy się, że w przychodach procent z budżetu państwa jest...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, pani poseł...

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Pani poseł, jeszcze raz mówię, z ratownictwa medycznego nie będzie wzięta ani złotówka, z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia również nie będzie wzięta ani złotówka. Natomiast, odnośnie do wskaźników przyszlórocznych, na których oparta jest ta prognoza, to chcę też panią zapewnić, że one są już zdyskontowane przez tę nowelizację budżetu. To nie są wskaźniki, które będą korygowane po raz kolejny. One dzisiaj są podawane przez ministra finansów jako plan do budżetu na 2014 r., gdzie zdyskontowane są już te wyniki gospodarcze, jakie mamy w tym roku. Tak więc, po nowelizacji budżetu nie będzie korekty tych wskaźników. Wyjaśnijmy to sobie raz na zawsze, żebyśmy potem wiedzieli, na czym opieramy dyskusję. Z dotacji na ratownictwo medyczne nie będzie w tym roku zabrana ani złotówka – mówię pani. Tak samo wskaźniki są już dzisiaj zdyskontowane tymi wynikami gospodarczymi i już założoną nowelizacją budżetu. Nie ma więc takiego ryzyka.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pani prezes, proszę.

Zastępca prezesa NFZ do spraw finansowych Wiesława Kłos:

Odnosząc się do *ad vocem* pani poseł Hrynkiewicz, chcę powiedzieć, że jeżeli komukolwiek się należy nagroda, to na pewno nie Narodowemu Funduszu Zdrowia, bowiem Fundusz nie zbiera składek. Od tego są inne instytucje – ZUS i KRUS. Zatem, jeśli będą mieć okazję rozmawiania z prezesami ZUS-u i KRUS-u, przekażą im gratulacje.

Co, jeśli zabraknie środków na chemioterapię? Pani profesor, wydaje mi się, że oddziały są uczulone na ten rodzaj wydatków i te świadczenia z zakresu chemioterapii. Chcę powiedzieć, że wszystkie zmiany...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, jeżeli mogę, pani prezes. Warto byłoby wyjaśnić kwestię różnicy pomiędzy chemioterapią a programami lekowymi, bo rozumiem, że do tego sprowadza się to pytanie i ewentualne obawy.

Zastępca prezesa NFZ do spraw finansowych Wiesława Kłos:

Powiem tak. To, co nam zgłosili dyrektorzy oddziałów wojewódzkich, znalazło swoje potwierdzenie w planie finansowym. Wydaje się, że właśnie oni mają najlepsze rozeznanie, gdzie jest największy popyt na poszczególne świadczenia. Dla mnie najistotniejsze jest to, że w tych dwóch pozycjach planu finansowego, jeżeli złączę je, nie mam niedoboru – mam nadwyżkę środków. Jeżeli się okaże, że dyrektorzy oddziałów się pomylili i relacje pomiędzy koniecznymi wydatkami - pomiędzy programami lekowymi, chemioterapią - są przeciwne, dokonamy zmiany planu finansowego. O tym mogę zapewnić.

Jeżeli chodzi o uruchomienie środków dla Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego, to, pani poseł, zrobimy to najszybciej jak to możliwe. Czekaliśmy na dzisiejszy dzień. Rada Funduszu zdecydowała o zasileniu funduszu zapasowego zyskiem z roku ubiegłego i po ostatecznej decyzji – bo musi być jeszcze decyzja ministra finansów i decyzja ministra zdrowia – od razu uruchomimy to na rzecz mazowieckiego oddziału. Mazowsze już o tym wie, i świadczeniodawcy Mazowska również pośrednio o tym wiedzą. To tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pani poseł, bardzo proszę, ale naprawdę krótko, bo w ten sposób można nie kończyć dyskusji. Przypominam, że będzie jeszcze okazja odniesienia się do różnych kwestii. Będziemy za chwilę omawiać Sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ-u za rok 2012. Bardzo proszę, jedno-dwa zdania.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Dokładnie jedno zdanie. Chciałabym zapytać – czy są już podstawy prawne do sfinansowania świadczeń zdrowotnych, o których jest mowa w raporcie Najwyższej Izby Kontroli? Bo jeśli nie ma takich podstaw prawnych, to państwo dobrze wiedzą, że nie można wydawać pieniędzy. Powziąwszy taką wiadomość, muszę skierować sprawę do Komisji

do Spraw Nadzoru Finansów Publicznych przeciwko ministrowi zdrowia, bo tego robić nie wolno. To są pieniądze publiczne.

Nie ma tutaj ministra Neumanna, który – zdaje się – odpowiada za finanse w Ministerstwie Zdrowia. Proszę o wyjaśnienie tej sprawy. Wczoraj specjalnie poszłam na posiedzenie plenarne Sejmu, żeby to pytanie skierować do ministra finansów. Nie uzyskałam odpowiedzi, wobec tego wystąpię do Komisji do Spraw Nadzoru Finansów Publicznych. Proszę tego nie lekceważyć, bo to jest poważna sprawa.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo za to wyjaśnienie. Oczywiście, każdy poseł ma prawo, a wręcz obowiązek w takiej sytuacji, jeżeli tak uważa, kierować sprawę dalej. W takim razie, szanowni państwo, zamykam dyskusję i przechodzimy do przyjęcia opinii Komisji Zdrowia do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2014.

„Komisja Zdrowia, na posiedzeniach w dniach 24 i 25 lipca 2013 r., rozpatrzyła wniosek prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 lipca 2013 r. dotyczący projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 r. Komisja Zdrowia, zgodnie z art. 121 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozytywnie opiniuje projekt planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 r. przedstawiony we wniosku”.

Czy są głosy przeciwne przyjęciu takiej opinii? Są głosy przeciwne. W takim razie przechodzimy do głosowania nad tą opinią.

Kto jest za przyjęciem przeczytanej przeze mnie opinii? Dziękuję. Kto jest przeciwny? Dziękuję. Kto się wstrzymał o głosu? Dziękuję.

16 osób „za”, 8 głosów przeciwnych, przy braku głosów wstrzymujących się. Stwierdzam, że Komisja przyjęła przedstawioną przeze mnie opinię.

Na tym, szanowni państwo, kończymy rozpatrywanie porządku dziennego przyjętego w dniu wczorajszym. Teraz będziemy realizować porządek dzisiejszego posiedzenia.

W dzisiejszym porządku mamy, jako pierwsze, zaopiniowanie Sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2012. Jako drugie - rozpatrzenie odpowiedzi na dezyderat nr 2 w sprawie przeprowadzenia zmian w Programie Szczepień Ochronnych. Jest to kontynuacja. A jako kolejne – sprawy bieżące.

Czy są uwagi do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń. W związku z tym, ten porządek obrad uważam za przyjęty.

Oddaję głos panu ministrowi. Przechodzimy do zaopiniowania Sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2012. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję uprzejmie. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, jeśli pan przewodniczący zgodzi się, chciałbym od razu prosić, żeby ten punkt przedstawiła pani prezes Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw finansowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę. Ponownie, pani prezes, proszę o zabranie głosu.

Zastępca prezesa NFZ do spraw finansowych Wiesława Kłos:

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, Sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2012 zostało przygotowane zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, to jest, na podstawie zatwierdzonych przez rady oddziałów sprawozdań z wykonania planów finansowych oddziałów wojewódzkich, sporządzonych po przeprowadzeniu badania sprawozdania finansowego przez biegłego rewidenta.

Plan finansowy na 2012 r. został sporządzony na podstawie prognozy przychodów Funduszu na lata 2012-2014, prognozy kosztów Funduszu na te same lata, projekty planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu, które zostały nam przekazane przez dyrektorów oddziałów oraz projekt planu finansowego Centrali, a następnie

zatwierdzony przez ministra zdrowia, w porozumieniu z ministrem finansów, w dniu 16 sierpnia 2011 r.

W zatwierdzonym planie finansowym Funduszu wartość planowanych przychodów ogółem ustalono na poziomie 107,4% planowanej wartości przychodów z roku poprzedniego, a więc 2011. Taki poziom przychodów pozwolił na wyznaczenie planowanej dynamiki w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w odniesieniu do ich wartości określonej w tym planie na 2011 r. w wysokości 107,5%.

Podobnie jak w latach poprzednich, pierwotny plan finansowy Funduszu uległ zmianom w trakcie roku. Źródłem finansowania tych zmian w 2012 r. były w szczególności środki pochodzące z rezerwy ogólnej, z ponadplanowych przychodów finansowych, jakie osiągnął Fundusz, z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3, Europejskiego Funduszu Społecznego przeznaczonych na dofinansowanie projektu systemowego „Akademia NFZ” oraz z części środków finansowych ujętych w funduszu zapasowym. Po dodatkowym zasileniu zarówno strony przychodowej, jak i strony kosztowej Narodowego Funduszu Zdrowia z tych źródeł, o których powiedziałam, różnica pomiędzy planem pierwotnym a planem ostatecznym, po stronie przychodów, ukształtowała się na poziomie *in plus* o 6 mln 968 tys. zł, a po stronie kosztowej o 762 mln 094 tys. zł *in minus*. Pomimo zasilenia zarówno strony kosztowej, jak i przychodowej, wynik finansowy Funduszu w planie ostatecznym zaplanowaliśmy na poziomie straty w wysokości 755 mln 126 tys. zł. Wartość przychodów ogółem zrealizowanych przez Fundusz w roku 2012 ukształtowała się na poziomie 62 mld 957 mln 781 tys. zł i stanowiła 97,59% wartości planowej, a uzyskana dynamika przychodów w odniesieniu do ich wartości z roku poprzedniego wyniosła 103,68 punktu procentowego.

Jeżeli chodzi o strukturę przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia, to ukształtowała się ona podobnie, jak w latach poprzednich, a więc 95,8% stanowiły przychody ze składki należnej, niecałe 3 punkty procentowe stanowiły przychody z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, 0,4 punktu procentowego stanowiły przychody z dotacji z budżetu państwa na sfinansowanie zadań z art. 97. Pozostałe przychody ukształtowały się na poziomie od 0,14 do 0,26%.

Jeżeli chodzi o podstawowe źródło przychodowe Funduszu, a więc przychody brutto ze składek na ubezpieczenia zdrowotne, to, niestety, wobec recesji gospodarczej przychody te ukształtowały się na poziomie *in minus* w wysokości 1 mld 655 mln 116 tys. zł. To jest to, o czym państwu mówiłam w związku z wykonaniem budżetu.

Pozostałe elementy przychodów Funduszu ukształtowały się w sposób następujący. Przychody wynikające z przepisów o koordynacji zostały zrealizowane w wysokości 154 mln 515 tys. zł, co stanowiło prawie 117% wielkości planowanej. Dotacje z budżetu państwa na realizację zadań z art. 97 wyniosły łącznie 253 mln 379 tys. zł, to jest o 14 punktów procentowych więcej niż zakładano w planie ostatecznym. Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego wyniosła prawie 1 mld 824 mln zł, co stanowiło 99,12% wartości planowanej. Pozostałe przychody ukształtowały się na poziomie 166 mln zł i wzrosły w stosunku do wielkości planowanej o ponad 29 punktu procentowego. Na ten wzrost najistotniejszy wpływ miały przychody finansowe, które udało się nam osiągnąć.

Jeżeli chodzi o stronę kosztową wykonania planu przez Narodowy Fundusz Zdrowia, to wartość kosztów ogółem zrealizowanych przez Fundusz wyniosła 62 mld 672 mln 400 tys. zł, co stanowiło 96% wartości planowanej, zaś uzyskana dynamika kosztów w odniesieniu do wartości z roku 2011 wyniosła niewiele poniżej 3 punktów procentowych. Struktura zrealizowanych w roku ubiegłym kosztów ukształtowała się podobnie, jak w latach poprzednich. 95,54% stanowiły koszty świadczeń opieki zdrowotnej, prawie 3% stanowiły koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego. Niewiele poniżej 1 punktu procentowego stanowiły koszty administracyjne, a pozostałe koszty stanowiły 0,35%.

Jeżeli chodzi o koszty świadczeń opieki zdrowotnej, prośbę państwa, to na podstawie sporządzonej w porozumieniu z ministrem finansów oraz ministrem zdrowia prognozy kosztów na lata 2012-2014 i na podstawie projektów planów finansowych, które zostały nam przekazane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich, wartość kosztów świad-

czeń ustalonych w pierwotnym planie finansowym Funduszu wyznaczono w łącznej wysokości 60 mld 935 mln 746 tys. zł. W trakcie 2012 r., podobnie jak w latach poprzednich, prezes NFZ kierowała do oddziałów wojewódzkich dodatkowe środki finansowe z przeznaczeniem na zwiększenie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W wyniku dokonanych zmian planu finansowego, ustalona pierwotnie na 2012 r. wartość kosztów świadczeń zdrowotnych została zwiększona o 1 mld 217 mln 903 tys. zł.

Źródła finansowania tego zwiększenia były następujące. Z funduszu zapasowego przeznaczyliśmy na świadczenia o więcej 755 mln 126 tys. zł. W ramach rezerwy ogólnej na wzrost świadczeń przeznaczyliśmy dodatkowo 455 mln 264 tys. zł. Z dotacji z budżetu państwa uzyskaliśmy więcej o 7 mln 300 tys. zł i również z dotacji z budżetu państwa na pokrycie poniesionych przez oddziały wojewódzkie kosztów świadczeń z tytułu sfinansowania zakładom lecznictwa uzdrowiskowego częściowej odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania osób zwolnionych z tych opłat, uzyskaliśmy 213 tys. zł.

W wyniku dokonanych zmian wartości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej uzyskano wzrost planowanych nakładów na świadczenia łącznie o 2% w stosunku do ujętych w pierwotnym planie finansowym Funduszu. W ostateczności, poniesione przez Fundusz koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 59 mld 875 mln 547 tys. zł i były niższe o wielkości planowanej o ponad 2 mld zł, ale wyższe od poniesionych w 2011 r. o ponad 1 mld 600 mln zł.

Przy czym, proszę państwa, muszę to od razu skomentować, bo pewnie za chwilę będą takie pytania – jak to się dzieje, że są nadlimity, a państwo wykonali, na przykład, o 3 punkty procentowe mniej aniżeli w planie pierwotnym? Zatem, od razu wyjaśnię. Są nadwykonania i są niedowykonania. W momencie, kiedy umowa jest zakończona, oddział może przystąpić do kompensaty pomiędzy niedowykonaniami i nadwykonaniami, w ramach podpisanych umów. Tak więc, ostatecznie, po uzgodnieniach i po ugodach zawartych na wniosek świadczeniodawców, środki finansowe zatwierdzone w planie ostatecznym zostaną w stu procentach wykorzystane i zapewne, jeśli znajdą się jeszcze środki, chociażby z migracji, która jest obecnie regulowana ostatecznie, ugody będą następować.

Największą dynamikę poniesionych w 2012 r. kosztów świadczeń w stosunku do ich wykonania odnotowano w realizacji kosztów świadczeń z lat ubiegłych, w kosztach pomocy doraźnej i transportu sanitarnego oraz w kosztach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Najwyższy udział w strukturze kosztów świadczeń zdrowotnych, podobnie jak w latach poprzednich, stanowiło lecznictwo szpitalne – ponad 49%, POZ – 12,62%, refundacja – 11,46% i ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 8,43%. Pozostałe elementy kosztów Funduszu są już mniej istotne. Są one raczej wynikiem zapisów ustawowych. Mają je państwo opisane, nie będę więc tego referować.

W efekcie tych wszystkich zmian, o których powiedziałam, dwie istotne wielkości, które wpływały na ostateczny wynik finansowy Funduszu - niedobór składki oraz nadwyżka środków w całkowitym budżecie lekowym - spowodowały, że ostateczny wynik finansowy ukształtował się na poziomie 285 mln 380 tys. zł i – jak już powiedziałam – w dniu dzisiejszym Rada Funduszu podjęła pozytywną uchwałę odnośnie do przeznaczenia tego wyniku na zasilenie funduszu zapasowego. Tyle, jeżeli chodzi o Sprawozdanie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pani poseł Zalewska.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Dziękuję bardzo. Dziękuję za szczegółowe przedstawienie Sprawozdania finansowego, natomiast, tak naprawdę, dyskusja na temat tego Sprawozdania powinna odbyć się przed dyskusją o planowaniu na rok 2014, a to dlatego, że tam widzimy, skąd się biorą wzrosty. A wzrosty wynikają z dramatycznych spadków w roku 2012. Wystarczy mieć tabelę – ja odniosę się wyłącznie do tabeli – która będzie pokazywać wszystkie nasze – jak to pan minister powiedział – emocjonalne obawy.

Mamy więc przed sobą roczne Sprawozdanie z wykonania planu finansowego. Anlizowałam dane dotyczące wszystkich oddziałów. Na przykład, leczenie szpitalne – tu jest wyszczególnienie, w którym czytamy, że jest spadek... Wykonanie programów terapeutycznych

tycznych wynosi 88%, programy terapeutyczne lekowe – 88%, chemioterapia – 78%, leki stosowane w chemioterapii – 60%. I teraz te najbardziej strząsające spadki. Refundacja leków – 41% - takie jest wykonanie budżetu. Refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – 28%. Zatem polecam analizę tej tabeli – liczby są czasami bardziej przekonujące niż opisy, bo opisami można zrelatywizować dramatyzm tej sytuacji. To samo ze składkami, z POZ-em. W związku z tym, nie możemy mówić o jakichś szczególnych wzrostach, dlatego, że one wynikają ze spadków – co jeszcze raz podkreślam.

Jednocześnie w tym Sprawozdaniu finansowym trudno jest znaleźć taki paragraf – pani prezes, proszę mnie ewentualnie poprawić lub wskazać, gdzie mogą tego szukać – być może państwo jeszcze nie widzą tego problemu. Otóż, w ubiegłym roku i w roku 2011 – chociaż to dotyczy roku 2012 – doszło do sytuacji, w której były pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia orzekł, że firmom zewnętrznym nie wolno wykonywać usług, na przykład, na bloku operacyjnym. Ja mam dystans do tego rodzaju wynajmowania bloków operacyjnych - bardziej promuję porządek prawny. Minister zdrowia 18 kwietnia 2012 r. mówi, że to jest jakaś bzdura i unieważnia w trybie administracyjnym tę decyzję pana prezesa. Natomiast umowy zostały wypowiedziane. Kilka czy kilkadziesiąt takich sytuacji było w Polsce – ja znam konkretną, więc też pani prezes będą mogła ją przedstawić. I te firmy właśnie idą z roszczeniem.

Mamy oto taką sytuację, że źle wyinterpretowany przepis powoduje utratę kontraktu i roszczenia odszkodowawcze. Ta firma liczy, że to będzie około 50 mln zł. A, według niej, takich firm jest co najmniej kilkadziesiąt. Jak powiedziałam, być może w Sprawozdaniu to się mieści pod hasłem „odszkodowania”. Pewnie to będzie skutkować w następnym roku, bo oni dyskutowali z Narodowym Funduszem Zdrowia i z Ministerstwem Zdrowia. Pani prezes, ja zostanę chwilę i przekażę te informacje. Może jednak jest jakiś paragraf, który pokazuje różnego rodzaju odszkodowania i koszty tych odszkodowań, które państwo ponieśli.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Dziuba, bardzo proszę.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Pozwolę sobie na wypowiedź ogólną, zaczynając od pewnej myśli, która – jak sądzę – jest bezdyskusyjna. To, gdzie płyną środki finansowe, jakimi strumieniami te środki się rozprzestrzeniają, jest odzwierciedleniem realnej polityki, w tym przypadku, w zakresie ochrony zdrowia.

Zwraca uwagę to, że w 2012 r., w stosunku do 2011 r., około 2 mld zł mniej wydano na refundację leków i jednocześnie prawie o tę samą kwotę więcej (nieco mniej niż 2 mld zł) wydano na leczenie szpitalne. Czyli, krótko mówiąc, to, co w ogólnej puli „zaoszczędzono” na refundacji leków, przepłynęło do leczenia szpitalnego. Może nie zwracałoby to specjalnie uwagi, gdyby nie objaśnienie jakie w tej sprawie zamieszczono w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2012. Fragmenty pozwolę sobie przeczytać: „...oddziały wojewódzkie Funduszu dokonywały stopniowego wzmocnienia finansowania planowanych nakładów [...] na leczenie szpitalne w celu zwiększenia dostępu świadczeniobiorcom do świadczeń zdrowotnych oraz w celu skrócenia kolejek”. Wymieniono jeszcze trzecią przesłankę, ale ją opuszczę.

Proszę państwa, wydaje mi się – taki jest mój punkt widzenia – że jeśli byśmy chcieli zwiększyć dostępność świadczeniobiorców do świadczeń zdrowotnych i skrócić kolejki, to przede wszystkim powinniśmy dofinansować podstawową opiekę zdrowotną. Tymczasem środki poszły akurat na leczenie szpitalne. Z tego wyciągam wnioski takie, że Narodowy Fundusz Zdrowia, który – w moim przekonaniu – jest jedynym podmiotem zdolnym do prowadzenia realnej polityki zdrowotnej, bo dysponuje pieniędzmi, tej polityki w istocie nie prowadzi, bo nie skierował tych środków tam, gdzie zadeklarowany efekt mógł zostać osiągnięty. Co prawda, ból jest mały, bo jak spojrzymy, proszę państwa, na te strumienie środków finansowych, to zobaczymy – oprócz tej wyjątkowej zmiany z roku 2011 na rok 2012 – jeśli się przyjrzymy temu, co dzisiaj planuje się wydać w 2013 r., i jeśli jeszcze do tego spojrzymy na plan 2014 r., a to wszystko przeanalizujemy na

podstawie danych z wykonania planów finansowych od 2008 r. (akurat taki dane mam) – że właściwie te strumienie są identyczne. Krótko mówiąc, z jednej strony wiemy, że w ochronie zdrowia dzieje się źle, a z drugiej strony, ta realna polityka finansowa wyrażona tym, gdzie kierujemy środki finansowe, jest niezmienna od wielu lat – co najmniej od 2008 r. – z tą jedną dewiacją, o której wspomniałem na początku.

Zatem, proszę państwa – moim zdaniem – trzeba realnie powiedzieć, że jeżeli nie będzie krytycznej refleksji nad tym, jak ten globalny strumień pieniędzy rozłożyć inaczej, to nie będzie innej sytuacji w ochronie zdrowia niż jest od wielu lat. Moim zdaniem, to jest generalna ocena, jaka może wynikać ze sprawozdania z wykonania planu finansowego z roku 2012, jeśli rozpatruje się to w szerszej perspektywie finansowej i z uwzględnieniem wykonania z innych lat i prognoz odnośnie wydatków w najbliższych latach.

Wróć jeszcze do tej dewiacji – jeśli tak można powiedzieć – czyli do tej odmienności jednorazowej. Jest ona o tyle zasmucająca, że w tym jednym roku – 2012 – była niewielka możliwość manewru. Niewielka, bo mniej więcej trzyprocentowa w stosunku do puli, jaką dysponował Narodowy Fundusz Zdrowia. Tą „oszczędność” rozdysponowano – moim zdaniem – według przypadkowego klucza, a nie według zamierzeń. Jak widać, Narodowy Fundusz Zdrowia tych zamierzeń nie ma, raczej reaguje na to, co jest. Prowadzi politykę reaktywną, która oczywiście nie może doprowadzić do żadnych skutków pozytywnych, jak to zwykle bywa w przypadku polityki reaktywnej, a nie kreacyjnej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani poseł Kłosin.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Pani prezes, chciałabym bardzo podziękować za wyczerpujące informacje i bardzo merytoryczne odpowiedzi. Dziwię się wypowiedziom niektórych naszych posłów, które, zdaje się, wynikały z niezrozumienia tego, co pani prezes prezentowała. To na marginesie.

I moje pytania. Ponieważ pani prezes już powiedziała, że wynik finansowy był dużo lepszy niż zakładano – wynika to z tych danych, które zostały zaprezentowane – i że środki zostały przekazane na fundusz zapasowy, mam dwa pytania związane z algorytmem, czyli ze sposobem dzielenia środków. Wiemy, że kiedy wprowadzono znowelizowany algorytm, to miał on na celu głównie wyrównanie tych różnic między poszczególnymi regionami Polski i województwami, jeśli chodzi o dostęp do środków na finansowanie opieki zdrowotnej w tych województwach.

W tym materiale dotyczącym planu finansowego, jest precyzyjne zestawienie, jak to wygląda – jaki jest ten algorytm na rok 2013 i planowany na rok 2014. One są utrzymane na tym samym poziomie. Natomiast, moje pytanie zmierza do tego, czy dysponują państwo w tej chwili danymi, opartymi na już zrealizowanym wykonaniu, jak się kształtują rzeczywiste nakłady w poszczególnych województwach na jednego mieszkańca i czy dokonywaliście analiz porównawczych - ten algorytm, który jest, przy planowaniu i podziale środków, według formuły algorytmu, a potem rzeczywiste jego wykonanie - jak to odbiega od planu. Bo wiadomo, że oddziały nie wykonują planu świadczeń zdrowotnych z różnych przyczyn – są alokacje, przesunięcia, ale gdzieś zostają jakieś nadwyżki, które potem, zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem, są przekazywane poprzez wynik finansowy do Centrali. One przechodzą na fundusz zapasowy, potem następuje tak zwane refinansowanie i wiemy, że ciągle z poszczególnych regionów zadawane są pytania, na przykład, dlaczego dostaje mazowieckie, a nie dostaje pomorskie, skoro te środki z algorytmu były przez pomorskie zwrócone. Ja wciąż wracam do tego – tutaj zastanawialiśmy się nad tym – jaka jest formuła podziału i czy pani prezes zgodzi się ze mną, że poprzez te środki, które oddziały oddają, ta formuła algorytmu jest w rzeczywistości realizowana nieco inaczej. Może interesujące byłoby tu pokazać, jaka tu jest dysproporcja.

Drugie moje pytanie. Pan poseł Katulski poruszył problem środków na postępowania sądowe, które były zrealizowane w 2012 r. Tam jest dość wysoka rezerwa – założono chyba 50%. Czy to, co państwo założyli na lata 2013 i 2014, nie wynika z tego, że ta

rezerwa była tak wysoka, czy rzeczywiście dokonano uwiarygodnienia tych postępowań sądowych, które są i które być może będą skutkować obowiązkiem wypłaty?

I jeszcze jedno pytanie. Chciałabym się dowiedzieć, jak są zabezpieczone – widziałam, że są przewidziane – środki na realizację systemu eWUŚ. Zgodnie z ustawą, mieli państwo przyznane etaty i środki. System eWUŚ bardzo ładnie działa. Pytam, czy rzeczywiście w związku z wdrożeniem systemu eWUŚ zagospodarowali państwo te etaty, jakie środki zostały na to przeznaczone i po ile etatów na poszczególne województwa. Na jakim to jest etapie? Czy to zostało wdrożone, czy dopiero będzie wdrożone? I czy pani prezes zgodzi się ze mną, że wdrożenie tych dwóch systemów - eWUŚ, a następnie nowego systemu ZIP, który, w mojej ocenie, jest systemem rewelacyjnym, co sama miałam okazję sprawdzić: on rzeczywiście działa, pacjent może sprawdzić, gdzie jest zgłoszony, z jakich świadczeń korzystał i ile to kosztowało – pośrednio nie ma wpływu na wpływ składki? Bo wydaje mi się, że eWUŚ jest istotną rewolucją. Pamięta pani, że kiedy nie działał eWUŚ, to wpływ składki był inny. Może to wynikało z braku danych, ale w tej chwili zdecydowanie się to poprawiło.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Hryniewicz.

Poseł Józefa Hryniewicz (PiS):

Chciałabym prosić panią prezes o wyjaśnienie tych danych, które są w tabeli nr 13. One potem powtarzają się w innych miejscach. Najpierw jest plan ostateczny, a potem jest wykonanie. To wykonanie we wszystkich niemal pozycjach jest o kilka punktów procentowych niższe. Gdyby tak planowano w różnych dziedzinach finansowanych ze środków publicznych, to prowadziłoby każdy budżet państwa, czy budżet każdej jednostki do kompletnego rozgardiaszu i bałaganu. Skąd takie różnice?

Moje następne pytanie dotyczy tego, że w roku 2012 niedobory dochodów ze składek w NFZ-cie wyniosły 750 mln zł w stosunku do planowanych 759 mln zł, a w roku 2013, za pół roku - 145 mln zł, mimo, że w sposób nieplanowany pogorszyło się bardzo wiele różnych wskaźników ogólnoeconomicznych, które wpływają na wysokość świadczeń przekazywanych do NFZ-tu. Choćby to, że nowo przyznane emerytury są istotnie niższe, że o 1,6% nastąpił spadek wynagrodzeń. Widać to też po wysokości składek płaconych do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na ubezpieczenia. Muszę więc powiedzieć, że to jest bardzo interesujące, jak państwo to osiągnęli.

Teraz chciałabym państwu pokazać jakby dalszą część tych zaoszczędzonych środków z refundacji na leki – skąd się one wzięły. Otóż, panie ministrze, czy w takich warunkach, przy ogłaszaniu raz na dwa miesiące, w drodze obwieszczenia, wykazu leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, w stosunku do których wydano ostateczne decyzje administracyjne o objęciu refundacją, ustaleniu urzędowych cen itd., można prowadzić rozsądną politykę ochrony zdrowia i wydatkowania w rozsądny sposób skromnych wszakże środków? Widać, że czytał to ktoś z ministerstwa, ale ja ze wstydu bym się spaliła pisząc coś takiego w sprawozdaniu i informując, że po prostu nie radzimy sobie ze sprawą refundacji leków. Byłabym więc bardzo zobowiązana, gdyby pani zechciała wyjaśnić, skąd pochodzą te problemy.

Pani posłanka Kłosin zachwyca się systemem eWUŚ. Ile on kosztuje w obsłudze, bo już możemy powiedzieć, jakie są jego koszty i jakie są jego efekty? Ja wskazywałam na to, że tych grup, które nie płacą składek na ubezpieczenie zdrowotne, jest niewiele i w gruncie rzeczy większość z nich nie leczy się – to jest jasne – a jeśli nawet się leczą, to i tak, jeśli nie mają dochodów, są podmioty zobowiązane do zapłaty. Takim podmiotem jest pomoc społeczna, nie ma więc problemu.

Natomiast ze zdumieniem stwierdziłam, że jest jeszcze jeden system. I dostrzegłam w tym systemie kompletny brak pomysłu, po co on jest. Po co ja mam to wiedzieć? Ja oczywiście wiem z PIT-u, ile wpłacałam do NFZ-u w roku 2012, ale cóż z tego, że wiem, u kogo byłam i co z tego powodu wynikło. Gdyby tam były... Nie wszystko... Naprawdę, nie wszystko. Nie ma tego, co jest naprawdę istotne, bo znam dobrze system niemiecki i wiem, co jest w systemie niemieckim, i jak on jest potrzebny i przydatny. Chciałabym

więc zapytać – ile my jeszcze pieniędzy wydamy, pani prezes i panie ministrze, i jakie jeszcze systemy informatyczne będą? I ile to ma kosztować?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani prezes, panie ministrze, ode mnie też krótkie pytanie. Pod koniec roku 2012 mieliśmy problemy z przyjęciami, chociażby w szpitalach pediatrycznych. Nie chcę przypominać tych wszystkich sytuacji, o których zresztą mówiliśmy na posiedzeniach Komisji, ale chcę zapytać, czy państwo wyciągnęli jakieś wnioski odnośnie do kontraktowania przynajmniej tego segmentu świadczeń zdrowotnych w tym roku i oczywiście w przyszłości.

I druga sprawa, zresztą częściowo poruszona przez posła Dziubę, która dotyczy podstawowej opieki zdrowotnej. Kolejna sprawa, która zaczęła się w roku 2012 wskutek wejścia niektórych rozwiązań legislacyjnych - właściwie ograniczenie pewnych uprawnień lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Czy państwo też chcą tu coś zmienić? Krótko mówiąc, czy większe uprawnienia spowodowałyby skrócenie kolejki do specjalistów. Były pewne rozwiązania, które przyjęto właśnie w roku 2012. Pytanie o wnioski na chwilę obecną i na przyszłość. Dziękuję bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję uprzejmie. Ja krótko, bo większość pytań była skierowana do pani prezes Kłos. Natomiast, odnośnie do pytania pani prof. Hryniewicz dotyczącego warunków prowadzenia polityki zdrowotnej i polityki lekowej w sytuacji ustawowo uregulowanej konieczności wydawania obwieszczeń lekowych raz na dwa miesiące – pani profesor, to jest prawo unijne. Otóż, prawo unijne zakłada sztywne terminy rozpatrzenia wniosków o refundację na poszczególne produkty lecznicze, dając podmiotom odpowiedzialnym – tak naprawdę, koncernom – gwarancję tego, że ich wnioski będą szybko rozpatrzone.

Byłbym daleki od krytyki tego systemu, dlatego, że ta dynamika ma dobre i złe strony. Ta dynamika, z jednej strony, powoduje częste zmiany, które wywołują zmianę cen. Zdaje się, że my tę falę bardzo intensywnych zmian cen mamy już za sobą – to się działo przez kilkanaście miesięcy. Teraz te obwieszczenia nie powodują już tak wielkich redukcji, bo większość tego efektu obniżenia cen została u nas osiągnięta, dzięki czemu leki w Polsce są jedne z najtańszych w Unii Europejskiej. A z drugiej strony, ta dynamika ma z kolei tę pozytywną zaletę, że nowe technologie szybko wchodzą do systemu refundacyjnego.

Zanim wszedł system refundacji ustanowiony ustawą refundacyjną, mieliśmy do czynienia z wydawaniem obwieszczeń co kilka-kilkanaście miesięcy, czyli stagnacja była większa. Pojawia się nowa technologia i jest szansa dla pacjentów, szczególnie tych wrażliwych, dla których opóźnienie w terapii albo brak dostępu do terapii onkologicznej to kwestia ratowania życia. W zasadzie, w krótkiej perspektywie czasowej jesteśmy w stanie włączyć lek do systemu publicznej refundacji. Krótki czas to 180 dni. Jest to opisane dyrektywą unijną - od momentu wejścia do nie dłużej niż 180 dni. Prawda jest taka, że przy sprawnie już w tej chwili funkcjonującym państwowym aparacie „obróbki” tej dokumentacji – przepraszam za kolokwializm – a jest ona potężna, bo jest to ocena Agencji Oceny Technologii Medycznych i Komisji Ekonomicznej, często jest to krócej niż 180 dni. Często w 2-3 miesiące wchodzą na listy refundacyjne. Czyli, jest to proces dynamiczny, i jeżeliby posłuchać także środowiska producentów leków, to myślę, że są oni z tego zadowoleni.

Nie jest tajemnicą, że w odpowiedzi na postulaty środowiskowe, jednym z elementów noweli ustawy refundacyjnej będzie wydłużenie tego okresu, ale z dwóch do trzech miesięcy – bardziej się nie da, bo groziłoby to nieprzestrzeganiem unijnych terminów czasu rozpatrywania wniosków refundacyjnych. Jednak nikt na świecie nie powiedział, że trzy miesiące to jest lepiej niż jeszcze krótszy czas. Duńczycy raz na dwa tygodnie nowelizują listy refundacyjne w systemie elektronicznym, więc tak też można funkcjonować. Co nie zmienia filozoficznie tego – i tu się zgadzam z panią profesor – że, tak naprawdę, to całokształt prawa unijnego w większym stopniu ułatwia prowadzenie polityki koncernom niż prowadzenie polityki lekowej ministrom zdrowia w różnych krajach. Bo, tak naprawdę, terminy unijne powodują, że ministrowie zdrowia mają do dyspozycji wykaz leków, które akurat producenci zgłosili do refundacji i pośród tych mogą wybrać, a nie mogą planować, na przykład, w pięcio- czy dziesięcioletniej perspektywie kolejnych

zmian w listach refundacyjnych. Jednak taki rynek wspólnotowy utworzyliśmy i w jego ramach funkcjonujemy.

Natomiast, odnośnie do podstawowej opieki zdrowotnej, o którą pytał pan przewodniczący Latos, to bez wątpienia prace trwają. Obecnie przygotowujemy pewną koncepcję zmiany – wzmocnienie podstawowej opieki zdrowotnej. Nie do końca zrozumiałem, o jakich konkretnych zmianach pan przewodniczący mówił powołując się na rok 2012. Natomiast rozumiem, że intencją pana przewodniczącego było poszukiwanie źródeł zwiększenia wydolności diagnostycznej i efektywności w ramach systemu opieki zdrowotnej podstawowej opieki zdrowotnej. W resorcie trwają prace analityczne. Współpracujemy ściśle z Narodowym Funduszem Zdrowia. Naszą intencją jest zwiększenie diagnostyki, liczby wykonywanych świadczeń i – przepraszam za sformułowanie – załatwianych problemów zdrowotnych w POZ-ie, z jednoczesnym odciążeniem opieki, przede wszystkim trzeciorzędowej, ale także poradni specjalistycznych.

Następne pytania niemal wyłącznie były skierowane do pani prezes Kłos – pani prezes się do mnie uśmiecha, ale współpracujemy z panią prezes. Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, poproszę panią prezes...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, bardzo proszę. Pani prezes, proszę o odpowiedź.

Zastępca prezesa NFZ do spraw finansowych Wiesława Kłos:

Proszę państwa, pierwsza odpowiedź, w zakresie pytań, jakie mi zadała pani poseł Zalewska. Nie widzę pani poseł, ale mam nadzieję, że moja odpowiedź będzie wyczerpująca.

Otóż, proszę państwa, te procenty, które tak wzburzyły panią poseł, w szczególności te 42%, dotyczą importu docelowego leków. To są niewielkie kwoty w budżecie, i bardzo trudno jest zaplanować, ile osób będzie wymagać sprowadzenia z zagranicy leków na konkretny proces terapeutyczno-diagnostyczny. Wydaje się, że w tym przypadku lepiej zaplanować więcej, aniżeli niedoszacować.

Zatem, te wszystkie procenty, gdzie budżet jest wykonany w najwyższym stopniu, dotyczą niewykonania całkowitego budżetu lekowego, czyli refundacyjnego. To jest to, o czym mówiłam, że nie wykonaliśmy budżetu w wysokości 1 mld 800 mln zł. Natomiast, proszę państwa, jeszcze raz powtórzę, że to nie jest niewykonanie dlatego, że Fundusz nie potrafi planować tych środków, tylko, zgodnie z ustawą refundacyjną, jesteśmy zobowiązani do sztywnego planowania. Ustawa nam nakazuje – macie zaplanować w latach 2012, 2013 i 2014 kwotę, która będzie odpowiadać środkom przeznaczonym w roku 2011. I w zeszłym roku mieliśmy taką sytuację, że pomimo tego, że budżet refundacyjny nie był wykonywany, to jeszcze musieliśmy dołożyć kilka złotych z funduszu zapasowego, żeby spełnić właśnie ten warunek. To jest pierwsza odpowiedź.

Drugie pytanie – jakie środki przeznaczyliśmy na sprawy sądowe? Na rok 2014 przeznaczyliśmy 241 mln zł. Co prawda, w roku 2013 była to kwota 300 mln zł, ale – jak już państwu wcześniej powiedziałam – liczba spraw, która szykuje się nam w roku 2014 przed sądami powszechnymi, spadała znacząco w stosunku do roku ubiegłego, chociażby na koniec roku. Bo na koniec roku ubiegłego sprawy opiewały na kwotę prawie 905 mln zł, a według stanu na 31 marca tego roku, było to już niewiele ponad 700 mln zł. Z tego nie mamy jeszcze aktualnej statystyki, ale na podstawie wstępnych danych wiem, że ta kwota będzie mniejsza. Zatem, środki zaplanowane wydają się proporcjonalne do liczby spraw przed sądem.

Jeżeli chodzi o nakłady na jednego mieszkańca, to, proszę państwa, tutaj mamy sytuację dość ciekawą. Jak państwo pamiętają, nowy algorytm, który był wprowadzony, miał na celu stopniowe wyrównywanie z roku na rok nakładów finansowych przewidzianych dla jednego ubezpieczonego. Dzisiaj, po upływie trzech lat, już można powiedzieć, że założenie tej zmiany algorytmu sprawdziło się, bowiem w roku 2010 różnica między maksymalną a minimalną stawką na jednego ubezpieczonego kształtowała się powyżej 306 zł, natomiast na rok 2014 – a przypomnę, że nakłady są tej samej wysokości, jak w roku bieżącym – ta różnica wynosi już niewiele ponad 134 zł.

Mamy też ciekawą sytuację, jeżeli chodzi o ukształtowanie się tej proporcji. Otóż, proszę sobie wyobrazić, że największe nakłady na jednego ubezpieczonego są odnoto-

wane w województwie opolskim. Jest to kwota 1931 zł. Najmniejsze nakłady na jednego ubezpieczonego są w województwie podkarpackim. Jest to kwota 1796 zł, ale ta różnica jest już o wiele mniejsza aniżeli jeszcze dwa lata temu. Natomiast na Mazowszu, proszę państwa – bo ten temat zwykle jest podnoszony – stawka na jednego ubezpieczonego wynosi 1855 zł, a więc 80 zł mniej aniżeli na poszczególnego opolanina. Pani poseł się cieszy, bo właśnie reprezentuje to województwo... Właśnie, i dlatego nie muszą tak często chodzić do lekarza.

Proszę państwa, jeżeli chodzi o nakłady na eWUŚ, powiem tak. Mamy zapewnione 7,5 mln zł na przyszły rok. Zabezpiecza to 103 etaty. Nie jest to kwota oszołamiająca, ale wobec sytuacji, jaka jest w budżecie, trudno spodziewać się, żeby te środki były większe. Jedno jest pewne – będziemy zdecydowanie postulować wzrost środków finansowych, nie tyle na eWUŚ, ile na implementację dyrektywy transgranicznej. Na przyszły rok mamy zarezerwowaną kwotę prawie 4,5 mln zł. Ta kwota co roku będzie rosła bowiem, proszę państwa, na Funduszu ciężą naprawdę olbrzymie obowiązki związane z implementacją dyrektywy, która oznacza nałożenie na polski system drugiego systemu ochrony zdrowia.

Jeżeli chodzi o procent wykonania planu, to powtórzę to, co powiedziałam. Pytanie to zadała mi ponownie pani profesor Hryniewicz. To niewykonanie, o którym jest mowa na str. 26, jest właśnie spowodowane tym niewykonaniem budżetu lekowego. Ponieważ chemioterapia czy programy lekowe są w lecznictwie szpitalnym, więc tam niewykonany budżet od razu obniża wykonanie w lecznictwie szpitalnym, podobnie jak cały budżet na refundację leków.

Dlaczego jest taka refundacja? Już powiedziałam, że to nie jest złe planowanie, tylko to ustawa nakłada na nas obowiązek, żeby takie wielkości w budżecie zaplanować. Chcę powiedzieć, że było to robione z troską, bo pamiętam, jakie były przesłanki do tego budżetu. Była to troska o pacjenta, kiedy były problemy, szczególnie w lekach aptecznych. Teraz, kiedy niejako zmieniły się nam proporcje, mamy niewykonany budżet.

Jeżeli chodzi o pediatrię - pan poseł Latos zadał mi takie pytanie – przywiązujemy do niej dużą uwagę. Idzie nam to dość trudno, ale świadczenia pediatryczne są obecnie ponownie szacowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Przymierzamy się do nowej wyceny procedur pediatrycznych. Zrobiliśmy 24 JGP i będziemy robić następne 24 JGP. W wyniku tych wycen 8 JGP już zostało zwiększonych. Kształtuje się to różnie, proszę państwa, ale, tak naprawdę, to jest nowy projekt badawczy, który wprowadziliśmy. Będziemy go doskonalić. Mam nadzieję, że uda nam się do końca roku ponownie wycenić wszystkie grupy pediatryczne.

Jeżeli chodzi o wzrost nakładów na pediatrię, to powiem tak. Niestety, nie jest ona wyodrębniona. Jest to w lecznictwie szpitalnym. Jeżeli więc w lecznictwie szpitalnym mamy środki na poziomie roku ubiegłego, to należy domniemywać, że na pediatrię będą środki podobne. I to chyba wszystko. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie, pani prezes. W takim razie pozostało nam przyjęcie opinii Komisji Zdrowia dla Ministra Finansów w sprawie Sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r.

„Komisja Zdrowia, na posiedzeniu w dniu 25 lipca 2013 r., zapoznała się ze Sprawozdaniem z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r. Komisja Zdrowia, na podstawie art. 130 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozytywnie opiniuje przedstawione Sprawozdanie”. Czy jest głos przeciwny? Tak, jest głos przeciwny przyjęciu takiej opinii. W związku z tym, przechodzimy do głosowania.

Bardzo proszę - kto z państwa posłów jest za przyjęciem opinii przed chwilą przeze mnie przytoczonej? Dziękuję. Kto jest przeciwny? Dziękuję. Kto się wstrzymał od głosu? Dziękuję.

13 głosów „za”, 4 głosy przeciwne, 1 głos wstrzymujący się. Stwierdzam, że Komisja przyjęła przytoczoną przeze mnie opinię.

W takim razie kończymy realizację tego punktu. Jeszcze pozostały nam w dzisiejszym porządku dziennym dwa punkty. Rozpatrzenie odpowiedzi na dezyderat nr 2 w sprawie

przeprowadzenia zmian w Programie Szczepień Ochronnych – kontynuacja. Oddaję głos pani przewodniczącej Małeckiej-Liberze. Bardzo proszę, pani przewodnicząca.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Jest to kontynuacja rozpatrzenia odpowiedzi na dezyderat, który był zgłoszony przez Komisję Zdrowia. Myślę, że po dzisiejszym uzupełnieniu nie będziemy mieli wątpliwości, żeby tę odpowiedź przyjąć, panie ministrze. Pytania i wątpliwości, które mieliśmy, częściowo zostały tutaj rozwiane, reszta - także w czasie tej dzisiejszej długiej debaty na temat planu rzeczowo-finansowego i wytycznych, o których tu między innymi mówiła pani prezes, a więc zwiększeniu nacisku na POZ, co, wydaje mi się, jest jednym z głównych naszych tematów przy okazji omawiania kalendarza szczepień. Bo mamy świadomość, że jeśli chodzi o sam kalendarz i jego nowelizację, a także nowe źródła finansowania, w chwili obecnej będzie trudno zrobić dużą zmianę, ale liczymy przede wszystkim na to, że w najbliższym czasie będziemy dyskutowali szeroko na temat zmian w zakresie POZ-u i profilaktyki. I pewnie wtedy do tego tematu jeszcze raz wrócimy.

Natomiast dzisiaj, myślę, że pan minister w dobrej wierze tutaj pisze o zwiększonej edukacji i o tym, że modyfikację kalendarza szczepień mają państwo na uwadze. Osobiście przyjmuję i rozumiem, że na razie, w tak trudnej sytuacji, jaka jest w tej chwili ze środkami finansowymi, nie jesteśmy w stanie niczego zaplanować. Niemniej jednak, jeszcze raz chciałam z całą mocą podkreślić, że będziemy czekać na to, żebyśmy szeroko dyskutowali o roli, znaczeniu i funkcji lekarza POZ-u w systemie, bo na tym właśnie systemie opieraliśmy całą reformę zdrowia. I myślę, że w tym czasie również będzie okazja do powrócenia do dyskusji, jeżeli chodzi o kalendarz szczepień. To tyle z mojej strony. Panie ministrze, bardzo proszę o kilka słów dodatkowego wyjaśnienia do tego, które dzisiaj otrzymaliśmy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim oddam głos panu ministrowi, to jeszcze mamy... Pan pozwoli, panie ministrze, skoro już zaczęliśmy dyskusję o tej kwestii - mam dwa zgłoszenia do dyskusji. Ja też chciałem jeszcze później coś powiedzieć w tej sprawie. Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz, a później pani poseł Szczypińska.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze. W ostatnich dniach dostaję setki listów od osób, które są przeciwne szczepieniom. Ja akurat jestem za tym, żeby szczepienia były udzielane w uporządkowanym systemie, ale wśród tych listów pojawiają się także informacje o tym, że zostały wycofane dwie szczepionki i że są problemy zdrowotne związane z ich zastosowaniem. Prosiłabym o wyjaśnienie, bo ja na tym się nie znam. Nie wiem po prostu, skąd jest tak intensywny ruch antyszczepionkowy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. I pani poseł Szczypińska.

Poseł Jolanta Szczypińska (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Ja także w tej sprawie. Myślę, że to jest bardzo ważna sprawa, ponieważ w tej chwili bardzo dużo rodziców jest naprawdę przerażonych i przestraszonych. Być może, niepotrzebnie, jednak Główny Inspektor Farmaceutyczny, który powinien odpowiadać na te wszystkie problemy, milczy. I pewnie brak informacji na ten temat powoduje tego typu reakcje, niestety.

Chciałabym uzyskać informacje, co się stało w momencie, kiedy wycofano te szczepionki - bo je wycofano 18 lipca. Chciałabym wiedzieć, czy są takie dane, ile dzieci zostało zaszczepionych tymi wycofanymi szczepionkami. Chciałabym wiedzieć, czy prawdą jest - bo są też takie zarzuty - że lekarze, niestety, nie przesyłali odpowiednim służbom informacji o ewentualnych powikłaniach. Czy są jakieś dane na ten temat? Nie mam żadnych informacji, nie mają tych informacji również rodzice. Co mają zrobić rodzice dzieci zaszczepionych tą szczepionką z wycofanej serii, u których wystąpiły problemy zdrowotne? Bo są też takie informacje. Gdzie mają pójść, co mają ze sobą zrobić? Jakie potwierdzenie tego zgłoszenia powinni otrzymywać opiekunowie dziecka, od kogo? Jakie problemy zdrowotne mogą wystąpić później?

Te wszystkie informacje powinny być natychmiast podane przez ministra zdrowia, czy Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Nie można chować głowy w piasek, ponieważ to powoduje chaos, ale przede wszystkim niepokój rodziców. Tego typu zachowanie - moim zdaniem - jest skandaliczne, również ze strony również ministra zdrowia, który na ten temat też się nie wypowiada.

Jest też pytanie, czy jest monitorowany stan zdrowia dzieci zaszczepionych szczepionkami z tej serii. Czy ktoś o tym wie, czy w ogóle takie dane mamy? I jakie okoliczności towarzyszyły decyzji o wycofaniu tej serii szczepionek? Jakie działania powinny być podjęte i przez kogo, kiedy dziecko otrzyma szczepionkę właśnie z serią tych wycofanych szczepionek z 18 lipca? Kto za to odpowiada?

Na te pytania powinniśmy otrzymać dzisiaj informacje, ponieważ już jest kilka dni po tym 18 lipca, a mimo wszystko ze strony Ministerstwa Zdrowia, niestety, nie ma informacji. To powoduje zupełnie niepotrzebny, być może, niepokój, ale przecież musimy rozwiązać niepokój, przede wszystkim rodziców tych dzieci, które w tej chwili się rodzą i tych dzieci, które w tej chwili przebywają na oddziałach położniczych. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim udzielimy głosu panu posłowi Dziubie, a następnie pani poseł Okragły, chciałbym przekazać, że wczoraj, w godzinach rannych, rozmawiałem z Głównym Inspektorem Farmaceutycznym, ale to oczywiście pan minister będzie wyjaśniał. Pewne informacje uzyskałem bezpośrednio od pani minister. To, po pierwsze. Po drugie, była urządzona, o ile mi wiadomo, konferencja prasowa pani minister. Niestety, panie ministrze, rzeczywiście, być może, zbyt słabo nagłośniona, bo ważne, żeby efektem konferencji było dotarcie szeroko do opinii publicznej z przekazem. Pan poseł Dziuba, bardzo proszę.

Poseł Tadeusz Dziuba (PiS):

Chciałbym postawić hipotezy, dlaczego ruch antyszczepionkowy w Polsce się rozwija. Jestem przekonany, że są to hipotezy trafne. Po pierwsze, nie informuje się precyzyjnie rodziców tych dzieci, które są poddane obowiązkowym szczepieniom. Prawdopodobnie jest tak z powodu lęku, że precyzyjne informacje wywołają dyskusje, może opór. Ale rezultat tego jest właśnie taki, wobec braku precyzyjnej, wiarygodnej informacji, że znacznie łatwiej wywołać obawy. Druga rzecz – moim zdaniem, znacznie poważniejsza – to jest to, że lekarze (być może po części są też winne służby sanitarne) niechlujnie, niestaranie stosują procedury zgłaszania tak zwanych niepożądanych odczynów poszczepiennych. Każde, nawet drobne odstępstwo od tego, co się uznaje za normę, powinno być zgłaszane, precyzyjnie badane, a także, być może, podawane do publicznej wiadomości – może nie od razu, ale w jakiś zaglomerowany sposób – tak, żeby nie było wątpliwości, że służby sanitarne i świat lekarski monitorują to, co się dzieje w zakresie ewentualnych reakcji poszczepiennych. I wreszcie trzeci czynnik, może mało istotny, ale też pozwolę sobie go wymienić. Uważam, że reprezentant państwa – wskazywałbym na służby sanitarne – powinien stale prowadzić dialog z tymi organizacjami, które reprezentują ruch antyszczepionkowy. Uważam to za rzecz obowiązkową, nawet jeżeli miałby to być dialog głuchego ze ślepym, bo bez tego kontaktu bardzo trudno będzie zapanować nad rozszerzającym się sprzeciwem społecznym, który, według mojego przekonania, nie jest do końca uzasadniony i trzeba umieć nad tym zapanować. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo i przypominam, że salę za chwilę będziemy musieli opuścić, tak że zostało jeszcze parę minut. Bardzo proszę, pani poseł Okragły.

Poseł Janina Okragły (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Ja nie będę się tu odnosiła do wypowiedzi, szczególnie o niechlujstwie, bo wydaje mi się, że goście zabiorą głos w tej sprawie. Natomiast mam pytanie dotyczące następujących rzeczy.

Samorzady terytorialne szczepią - są bardzo różne programy. Czy państwo prowadzą prace nad rozwiązaniami, jak by można było połączyć działania samorządów i Ministerstwa Zdrowia w zakresie dotyczącym szczepień? Na przykład, jak zorganizować

szczepienia dla populacji w zakresie pneumokoków i objęcie całej populacji dzieci do lat przynajmniej dwóch, a nie tylko wybranych grup. Czy programy realizowane przez samorządy, bardzo pożądane, są monitorowane przez ministerstwo? Następnie - czy są prace, i, jeżeli są, to na jakim etapie, włączenia do finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia niektórych szczepień, na przykład, szczepień przeciwko grypie, czy niektórych szczepionek dla dzieci? I czy jest już rozwiązana sprawa dotycząca zakupu przez praktyki lekarzy rodzinnych szczepionek i możliwości sprzedaży i szczepienia w przychodni zakupioną szczepionką? Chodzi mi o to, że byłoby to bardzo istotne przy szczepieniu na grypę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim oddam głos zaproszonym gościom, chciałbym jeszcze powiedzieć, że ja osobiście mam inne zdanie odnośnie do odpowiedzi na dezyderat niż pani przewodnicząca Małecka-Libera. Rozumiem kwestie finansowe, różne problemy - dobrze, że programy edukacyjne się wdraża - niemniej jednak, nie jest to coś, na czym nam zależało i co nas satysfakcjonuje. Dlatego, panie ministrze, przykro mi, ale mam odmienne zdanie i uważam, że tą odpowiedzią niczego w sprawie szczepionek nie popchnęliśmy do przodu. A teraz oddaję głos zaproszonym gościom. Proszę się przedstawić do mikrofonu.

Sekretarz Zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepionkach STOP NOP Justyna Socha:

Justyna Socha, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeszcze jedna uwaga. Proszę o krótką wypowiedź, ponieważ mamy niewiele czasu, będziemy musieli niedługo opuścić salę. Bardzo proszę.

Sekretarz Zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepionkach STOP NOP Justyna Socha:

Postaram się skrócić wypowiedź, ale są to tematy bardzo ważne dla zdrowia dzieci. Szanowna Komisjo, panie przewodniczący. W nawiązaniu do drugiego dezyderatu skierowanego przez Komisję Zdrowia do Ministerstwa Zdrowia, chcemy podzielić się z państwem istotnymi uwagami w imieniu pacjentów, których prawa są w Polsce powszechnie łamane.

W szesnastu krajach europejskich szczepienia są dobrowolne, a w trzynastu od wielu lat, dokładnie od lat 60., są systemy odszkodowań za powikłania poszczepienne. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Wiedzy o Szczepieniach STOP NOP oraz 10 tys. osób, które poparły naszą petycję opublikowaną na...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, tylko jedna uwaga techniczna. Myśmy to otrzymali. Myśmy z tym się zapoznali. Tak więc, ważniejsze byłyby dla nas wnioski, jakie państwo mają, postulaty, ponieważ treść tego pisma członkowie Komisji przeczytali i ją znają.

Sekretarz Zarządu OSWOS STOP NOP Justyna Socha:

Rozumiem. Pałącą potrzebę zmian dotyczących systemu szczepień w Polsce można uzasadnić przykładem z ostatnich dni, kiedy to - jak pani poseł wspominała - 18 lipca GIF wycofał w trybie pilnym dwie serie szczepionek, Euvax i Tripacel. Według decyzji GIF, dalsza obecność produktu może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia ludzkiego.

W związku z tym z naszym Stowarzyszeniem skontaktowało się 100 osób. Połowa z tych rodziców zaobserwowała u swoich dzieci poważne problemy zdrowotne, które są opisane w liście wysłanym do państwa - od zapalenia oskrzeli, po tachykardię i jeden przypadek śmierci. Niepokoi nas duża liczba tych przypadków w stosunkowo niewielkiej grupie osób. Szokujące jest również to, że nikt nie monitoruje stanu zdrowia dzieci zaszczepionych wycofaną serią.

Dwa miesiące temu zadaliśmy pytanie dotyczące wycofanej szczepionki, w której stwierdzono obecność szkła, pisząc do Ministerstwa Zdrowia, i uzyskaliśmy odpowiedź, że nie ma potrzeby monitorowania zdrowia takich dzieci, bo jest system zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych. System, który nie działa, według relacji setek

rodziców, którzy kontaktują się z naszym stowarzyszeniem i niejednokrotnie aktywnie zabiegali o zgłoszenie NOP przez lekarza. Bez skutku. Dodam, że niepożądanym odczynem poszczepiennym jest każdy problem zdrowotny, który ma związek czasowy ze szczepieniem i dla lekarza jest to obowiązek ustawowy, zagrożony karą grzywny z ustawy. Jednak od Ministerstwa Zdrowia uzyskaliśmy informacje, że nigdy taka grzywna nie została nałożona.

Ponieważ większość tych dzieci była w okresie noworodkowym, gdy wystąpiły problemy zdrowotne, warto wspomnieć o powszechnym łamaniu praw małych pacjentów na oddziałach położniczych, gdzie najczęściej szczepi się dzieci bez wiedzy i obecności rodziców oraz bez uzyskania tak zwanej świadomej zgody ustawowego opiekuna dziecka. Szczepienia są więc wykonywane nielegalnie. Tutaj są pytania, które pani poseł wymieniła, od zaniepokojonych rodziców dotyczące monitorowania stanu zdrowia dzieci zaszczepionych wycofanymi szczepionkami. Do dzisiaj nie uzyskaliśmy satysfakcjonującej odpowiedzi od instytucji, które powinny być za to odpowiedzialne.

Wnioski są takie: rozszerzenie kalendarza szczepień o następne obowiązkowe, a w Polsce - przymusowe szczepionki, bez rozwiązania sygnalizowanych przez nas problemów, czyli likwidacji anachronicznego przymusu administracyjnego, niejasnych przepisów prawnych, utworzenia prawidłowo działającego systemu monitorowania powikłań poszczepiennych i systemu odszkodowań dla ofiar szczepień, to, według nas, narażanie zdrowia dzieci i działanie wbrew prawom pacjenta i prawom konstytucyjnym każdego obywatela. Poprzez niewydolny system rejestracji NOP nikt nie jest w stanie w Polsce ocenić skutków społecznych i ekonomicznych programu szczepień. Nikt też nie może ocenić wieloletnich kosztów terapii i hospitalizacji dzieci z powikłaniami poszczepiennymi, jak również kosztów odszkodowań, które Skarb Państwa powinien wypłacić poszkodowanym rodzinom, ponieważ nakłada przymus administracyjny szczepień i zaleca powszechne szczepienia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. I bardzo proszę, jeszcze pani prezes.

Prezes PPOZ Bożena Janicka:

Ja, panie przewodniczący - Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia - bardzo krótko odniosę się do wypowiedzi pana posła Dziuby.

Panie pośle, jeżeli się zarzuca niechlujstwo, to poproszę o przykłady, bo ja zawsze działam powołując się na przykłady. Jeżeli są przykłady niechlujstwa, to należy je ukarać i sprostować. Jeżeli nie, to proszę nie mówić o niechlujstwie.

Jeżeli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną, to zasady wprowadzania i postępowania ze szczepionką są jasno określone - świadoma zgoda pacjenta, którą pacjent podpisuje każdorazowo pod pieczętą, jest standardem od czasu, kiedy obowiązuje w ustawie. Kwestia rękawiczek i postępowania z odpadami medycznymi jest jak najbardziej jednoznaczna i mowa o niechlujstwie jest po prostu niezgodna z prawem. Proszę o przykłady. Jeżeli jest taka sytuacja, to proszę o nieuogólnianie tego i oskarżanie wszystkich lekarzy, tylko jednoznaczne, jednostkowe skierowanie sprawy albo do izb lekarskich, albo do izb pielęgniarskich, bo to jest naruszenie zasad etyki obu tych zawodów.

Odnosnie do szczepień, może i dobrze, że się to stało, bo mój głos, który tutaj... A podkreślam, że jestem lekarzem pediatrą z dwudziestopięcioletnim stażem pracy, bo tak się złożyło. Mam drugi stopień specjalizacji. Pracowałam na oddziałach noworodkowych, przez ostatnie 15 lat przede wszystkim w podstawowej opiece zdrowotnej, o której normy, zakresy, formy i finansowanie dbam od wielu lat w rozmowach zarówno z ministerstwem, jak i z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dlatego tutaj jest jasność, jeśli chodzi o zasady postępowania. Natomiast bardzo mnie niepokojący, nie jako lekarza rodzinnego, ale jako pediatrę od wielu lat, jest właśnie rosnący ruch antyszczepionkowy. I to jest mój wniosek - o tym trzeba rozmawiać.

Panie pośle Dziuba, wysyłam do państwa od wielu lat moją gazetę, w której nie ma numeru, który nie byłby poświęcony informacji o szczepieniach. Nie zdarza się. Ostatnio poświęciliśmy dużo uwagi *polio*, którą wyeliminowano właśnie dzięki wprowadzeniu szczepionki. Dzięki szczepionkom wyeliminowano tak ciężką chorobę, którą zna część

wiekowych pediatrów. Ja, dzięki Bogu, znam ją już w tej chwili tylko z opowiadań, dlatego że to szczepienia spowodowały ten cud. To jest cud. Szczepienie jest cudem. Natomiast sytuacje, które są patologiczne, jak najbardziej powinny być przedmiotem dyskusji.

I proszę do pana przewodniczącego właśnie o taką debatę, nie tylko o POZ-ie - za którą serdecznie dziękuję, bo już wiem, że będzie we wrześniu albo w październiku - ale również na temat szczepień. Panie ministrze, my nie boimy się tych debat, bo mamy argumenty - zarówno państwo, jak i my - sprzed wielu lat, że to trzeba wprowadzać. Natomiast tam, gdzie są problemy, oczywiście rozmawiać. Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani sekretarz. Tylko bardzo proszę, krótko, bo naprawdę zaraz musimy opuścić salę.

Sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Joanna Walewander:

Szanowny panie przewodniczący, oczywiście, bardzo krótko, bo chciałabym tylko poinformować. Tak jak pani doktor wspomniała, jest to wspólne działanie lekarzy i pielęgniarek. Pielęgniarki, które mogą szczepić, kończą kursy specjalistyczne. Proszę państwa, każda pielęgniarka i położna, która wykonuje szczepienia, najpierw udziela informacji - bo matka przychodzi z dzieckiem - edukuje matkę, a po prawidłowym wykonaniu szczepienia... Tu mamy przykład - pielęgniarka rozpuszczając szczepionkę zauważyła, że ona jest nie taka, jak powinna być. W związku z tym to zgłosiła. Wszystko zostało przeprowadzone zgodnie z procedurą. Pielęgniarki również informują matkę po wykonaniu szczepionki, jak należy postępować w przypadku wystąpienia dodatkowych objawów. Mówi, w jaki sposób należy im zapobiec, a także, żeby je zgłaszać do lekarza. Tak więc, jest to monitorowane, jest to zgłaszane i pacjent oraz matka dziecka są również edukowani w tym kierunku. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Rozumiem, że częściowo wyręczyła pani pana ministra z odpowiedzi. Bardzo proszę kontynuować, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję pięknie, panie przewodniczący. Po kolei odniosę się do wszystkich pytań i postulatów. Dziękuję za ton wspierający ze strony pani przewodniczącej Małeckiej, bo faktycznie jesteśmy na etapie trudnej debaty budżetowej - rozmawialiśmy o budżecie NFZ-u. Natomiast, zdajemy sobie sprawę z tego, że budżet ministra zdrowia, który jest pochodną budżetu państwa, w znacznym stopniu ulega wpływom globalnej gospodarki, w związku z powyższym, środki, które są dostępne ministrowi zdrowia, muszą być rozdysponowane, ale tylko w takiej wielkości, jaką faktycznie minister zdrowia posiada. A biorąc pod uwagę inne obciążenia budżetu ministra zdrowia, a szczególnie świadczenia zdrowotne, które są opłacane i których przerwanie jest niemożliwe, dlatego że skutkowałyby to zagrożeniem zdrowia lub życia ludzi - mam na myśli konieczność leczenia osób z hemofilią, prowadzenia terapii antyretrowirusowej, procedur transplantacyjnych, kardiologicznych ratujących życie, bo to są obciążenia, z których oczywiście nie można zrezygnować - programy zdrowotne, w tym działania profilaktyczne, w sposób naturalny, niestety, na racjonalizacji budżetu cierpią bardziej niż inne świadczenia. Co nie zmienia oczywiście faktu, że minister zdrowia zna i monitoruje sytuację epidemiologiczną w kraju i zdaje sobie sprawę z konieczności podjęcia działań zwiększających dostępność do szczepień. Ale też przypominam, że źródło finansowania ministra zdrowia nie jest jedynym możliwym źródłem finansowania szczepień.

Jeszcze krótkie odpowiedzi na pytania, które dotyczyły tych dwóch szczepionek. Przypominam, pani poseł-pani profesor, że wycofano dwie serie, nie dwie szczepionki. Nie wycofano dwóch preparatów leczniczych, tylko dwie serie. Decyzja Głównego Inspektora Farmaceutycznego o wycofaniu serii jakiegoś leku, w tym przypadku szczepionki, jest jednym z istotnych elementów zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów w stosowaniu wszystkich leków. Oczywiście - o czym mówiła pani prezes - każdy pracownik personelu medycznego, pielęgniarka, która szczepi pacjenta, wie jak wygląda szczepionka. Jest to

dokładnie opisane w ulotce, w ChPL-u, i pacjent wie, że jeżeli ten preparat jest niehomogeny, są w nim strąty, to nie należy go podawać pacjentom. W tym przypadku trwają jeszcze czynności kontrolno-wyjaśniające, więc na dzisiaj nie wiemy, co było przyczyną tego zdarzenia. Wydaje się, że było to najprawdopodobniej zaburzenie na etapie transportu lub magazynowania, bo mamy do czynienia z dwoma różnymi preparatami, które zostały zepsute czy najprawdopodobniej zniszczyły się wskutek złego sposobu przechowywania ewentualnie transportu. Tego nie wiemy, to jest hipoteza, ale najbardziej prawdopodobna... Tak, najprawdopodobniej było to w jednym miejscu, natomiast Główny Inspektor Farmaceutyczny w takiej sytuacji wycofuje całą serię. Główny Inspektor nie ma wiedzy na ten temat, czy było to w jednej lodówce, czy w drugiej, tylko wycofuje całą serię. Tak się to dzieje...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, panie ministrze, żeby to było jasne dla wszystkich. To jest standardowe postępowanie. Stwierdzono brak homogenności, to wycofuje się całą serię, a później sprawę się bada. Czy tak?

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Tak, oczywiście. To jest standardowe postępowanie. Pragnę jeszcze raz wszystkich uspokoić. Tego typu decyzje Główny Inspektor Farmaceutyczny podejmuje kilka razy w tygodniu w odniesieniu do różnych produktów leczniczych. To jest standardowa procedura. Cokolwiek się dzieje, Inspektor wycofuje serię z obrotu dla bezpieczeństwa pacjentów. Seria jest badana, sprawa jest wyjaśniana. To się zdarza przy tej ilości leków, co niekoniecznie zagraża utratą zdrowia przez pacjentów.

W tym przypadku pani prof. Hrynkiewicz albo pani poseł Szczypińska - przepraszam, nie pamiętam, która z nich - pytała o nadzór nad tymi pacjentami. W dniu wczorajszym, według mojej wiedzy, lekarz pediatra zbadał dodatkowo te dzieci, którym przypadkowo podano jedną z tych szczepionek już po wydaniu decyzji o wycofaniu ich z obrotu. Tak się rzeczywiście darzyło. Stan dziecka jest dobry. Te dzieci nie wymagają specjalnego monitorowania, są bezpieczne i ich zdrowie w żaden sposób nie jest zagrożone. A inaczej mówiąc - nie ma doniesień mówiących o tym, że podano szczepionkę, której wygląd sugerowałby, że ona nie nadaje się do użytku, czyli nie były widoczne strąty w tej szczepionce, aczkolwiek oczywiście nie powinno tak się zdarzyć z uwagi na decyzję Głównego Inspektora Farmaceutycznego o wycofaniu całej serii z obrotu.

Dziękuję państwu bardzo serdecznie za - jak uważam - bardzo owocną i cenną dyskusję wokół ruchów antyszczepionkowych i ich wpływu. Nie ma dzisiaj cienia wątpliwości, że to szczepienia stanowią jeden z najistotniejszych elementów działań profilaktycznych, i to szczepienia zmieniły sytuację epidemiczną na świecie. Paradoksalnie - nie wiem, czy pan prof. Zieliński się ze mną zgodzi - to właśnie sukces szczepień jest matką wzrostu ruchów antyszczepionkowych, bo przecież dzisiejsi ludzie nie boją się, że umrą z powodu polio czy zapalenia płuc. Jeszcze 40-50 lat temu nie było rodziny, żeby któreś dziecko nie umarło na ciężką chorobę infekcyjną, a dzisiaj jest to już zdarzenie ekstremalnie rzadkie. Dlatego pojawiają się lęki dotyczące działań profilaktycznych.

Nie ma żadnych badań naukowych, żadnych doniesień mówiących o tym, że szczepienia są szkodliwe, że wpływają niekorzystnie na stan zdrowia ludzi. Nie powodują autyzmu - to wszystko jest nieprawda. Nie powodują zaburzeń immunologicznych. Szczepienia nie powodują zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc ani tachykardii. Nie mylmy normalnych reakcji na zaszczepienie. Podniesienie temperatury, płacz dziecka, niepokój, to absolutnie normalna reakcja na podanie leku. Nie jest to niepożądany odczyn szczepionkowy. Te dwa pojęcia bywają mylone. Myślę, że wiele dowodów na niezrozumienie tych dwóch pojęć padło także dzisiaj w tej dyskusji. To są dwie zupełnie inne kategorie. Ja też jestem pediatrą, jak pani prezes.

Zerkam, co miałem jeszcze powiedzieć... Pani poseł Okragły zdała bardzo dużo pytań, jeśli pan przewodniczący pozwoli, to odpowiem... Dobrze, ostatnie zdanie. Pani poseł zaproponowała pełną zmianę filozofii prawa farmaceutycznego. My dzisiaj zakładamy, że lekarze, którzy używają leków, nie mogą ich reklamować ani sprzedawać. To jest

oczywiście przedmiot dyskusji, którą – jak rozumiem – Wysoka Izba podejmie. Ja chętnie wezmę w niej udział.

Odczytuję wszystkie znaki, że powinienem już skończyć moją wypowiedź. Raz jeszcze wnoszę do Wysokiej Komisji o przyjęcie tej odpowiedzi na dezyderat, i proszę o pomoc w pewnej sprawie pana przewodniczącego - to jest ostatnie zdanie. Mianowicie, zwróciliśmy się z myślą o promocji szczepień do massmediów publicznych i do Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji. Chcielibyśmy, żeby seriale emitowane w telewizji publicznej - szczególnie wymarzyłem sobie serial „Rodzinka.pl” - w pewnej scenie zaproponowały i promowały szczepienie, na przykład, na gripę, jako doskonałą metodę uchronienia się przed gripą. Chciałbym, żeby Wysoka Komisja pomogła nam w realizacji tego celu. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Dziękujemy. Wystąpimy w serialu. Nie ma sprawy, panie ministrze. Bardzo proszę, dwa zdania pani poseł Szczypińska.

Poseł Jolanta Szczypińska (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, zwracam się do pana z wnioskiem i również z wielką prośbą, chyba w imieniu nas wszystkich, żeby to, co pan w tej chwili powiedział, pan ogłosił – zwołał konferencję prasową – żeby rodzice zostali uspokojeni. Bo to, że pan wystąpił na posiedzeniu Komisji Zdrowia i przekazał informacje dotyczące tej sytuacji, to za mało. Należy po prostu tę informację przekazać rodzicom w mediach. Pan musi wziąć odpowiedzialność za to. Główny Inspektor Farmaceutyczny też niech nie nabiera wody w usta. Proszę w tej chwili rozmawiać z rodzicami, prowadzić dialog w tej sprawie – jak mówił pan poseł Dziuba – żebyśmy nie byli dalej zasypywani niepokojami i troskami rodziców, uzasadnionymi zresztą.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Myślę, że słuszny jest postulat pani poseł. A teraz przechodzimy do głosowania. Ponieważ były dwie opinie odnośnie do przyjęcia lub nieprzyjęcia odpowiedzi na dezyderat, w związku z tym, pytam – kto z państwa jest za przyjęciem tej odpowiedzi? Kto jest przeciwny? Kto się wstrzymał od głosu?

Stwierdzam, że 14 osób było „za”, 4 osoby były przeciwne, nikt się nie wstrzymał. Kończymy ten punkt.

Jeszcze sprawy bieżące. Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos w sprawach bieżących? Nie widzę zgłoszeń. W związku z tym, dziękuję. Zamykam posiedzenie Komisji.