

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 94)

z dnia 26 września 2013 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 94)

26 września 2013 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Jarosława Katulskiego (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- rozpatrzenie „Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2012” (druk nr 1688);
- sprawy bieżące.

W posiedzeniu udział wzięli: **Cezary Rzemek** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Agnieszka Pachciarz** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Ewa Grądecka** główny specjalista w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych wraz ze współpracownikami, **Lech Rejnuś** wicedyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Zdzisław Bujas** wiceprzewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Maciej Hamankiewicz** prezes Naczelnej Rady Lekarskiej wraz ze współpracownikami, **Bożena Janicka** prezes Zarządu Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami oraz **Joanna Zabielska-Cieciuch** przedstawicielka Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”.

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

Przewodniczący poseł **Jarosław Katulski (PO)**:

Dzień dobry. Witam serdecznie na posiedzeniu Komisji Zdrowia. Chciałbym najpierw poinformować, że nastąpiła zmiana porządku dziennego i dzisiejszy porządek obejmuje tylko jeden punkt, to znaczy, rozpatrzenie „Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2012”, zgodnie z drukiem nr 1688; ten punkt będą przedstawiać minister zdrowia z prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia – a na koniec omówimy sprawy bieżące.

Pan minister poinformował mnie, że prosi, aby rozpoczęła bezpośrednio pani prezes NFZ-u. Tak więc, pani prezes, oddaję pani głos. Proszę bardzo.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia **Agnieszka Pachciarz**:

Dziękuję bardzo. Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, pozwolę sobie przedstawić skrót Sprawozdania z działalności. Dokument państwo posiadają – jest on dość obszerny, ale postaram się w wypowiedzi przypomnieć i przytoczyć najważniejsze wątki.

Przypomnę na wstępie, że zgodnie z art. 102 ust. 5 i art. 188 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, sprawozdanie z działalności jest przyjmowane uchwałą przez Radę Narodowego Funduszu Zdrowia do końca czerwca – tak się też stało w tym roku i 18 czerwca Rada Funduszu Sprawozdanie przyjęła – po czym przedstawiamy je Ministrowi Zdrowia, który to sprawozdanie ma obowiązek przedstawić do końca sierpnia Ministrowi Finansów. Wszystkie te formalności zostały dokonane wcześniej, przed przedstawieniem państwu tego Sprawozdania.

Najważniejszą częścią Sprawozdania, wymaganą we wspomnianym przeze mnie art. 102 ustawy, w ust. 5 pkt 11, jest informacja o dostępności do świadczeń zdrowotnych, i na tym pozwolę sobie skupić państwa uwagę. Zacznę od podstawowej opieki zdrowotnej, w której, w 2012 r., w porównaniu z 2011, zaobserwowaliśmy wzrost liczby świad-

czeniodawców, z którymi płatnik publiczny miał zawarte umowy, do 9307 z 9167 w roku poprzednim. Czyli, widzimy zainteresowanie nowych świadczeniodawców tymi usługami.

Środki finansowe ogółem w planie finansowym wzrosły w minionym 2012 r. o 3,18%. Zakres świadczeń POZ-owskich wszyscy znamy. Warto jeszcze wskazać realizowaną w tym rodzaju świadczeń profilaktykę w zakresie chorób układu krążenia, gdzie ponad 83 tys. pacjentów uzyskało świadczenie właśnie w ramach tego programu profilaktycznego oraz program profilaktyki gruźlicy, którym było objętych ponad 175 tys. osób.

W 2012 r. warto zwrócić uwagę na rodzaj, jakim jest ambulatoryjna opieka specjalistyczna, gdzie zaplanowaliśmy i zrealizowaliśmy wzrost o ponad 13% w stosunku do roku poprzedniego. Dokładnie o 13,33% wzrosły nakłady finansowe i wyniosły ogółem ponad 5 mld zł. W efekcie – warto, proszę państwa, czasami takie dane statystyczne przytoczyć – na jednego ubezpieczonego w roku 2012 przypadało 2,15 porady, czyli każdy przeciętny ubezpieczony skorzystał statystycznie z usługi u specjalisty przynajmniej dwa razy, co świadczy o tym obszarze zabezpieczenia.

Oprócz poradni specjalistycznej, ambulatoryjna opieka specjalistyczna obejmuje także badania kosztochłonne, które obejmują badania z zakresu medycyny nuklearnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, badania echokardiograficznego i badania endoskopowe, których realizacja wzrosła także o ponad procent, ale ten wzrost był niższy niż średnia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a to dlatego, że te świadczenia zostały przeniesione do grup zabiegowych i zachowawczych i były rozliczane w innym punkcie naszego Sprawozdania.

W zakresie specjalistycznej opieki warto zwrócić uwagę na to, o co państwo zwykle pytają, czyli czas oczekiwania, który w pewnych poradniach rzeczywiście się wydłużył, ale jednocześnie w tych samych, jak okulistyczna i neurologiczna, średnio 20% poradni w roku deklarowało i sprawozdawało przyjmowanie pacjentów na bieżąco. Czyli, sytuacja poradni jest bardzo zróżnicowana, w zależności od popularności samej poradni i lekarzy w niej pracujących oraz jej organizacji.

Najistotniejszy element, jeśli chodzi o poziom wydatków, z tego punktu widzenia, to leczenie szpitalne, na co w 2012 r. wydaliśmy o 6,7% więcej nakładów niż w roku poprzednim. Ta kwota wyniosła w 2012 r. ponad 29.397 mln zł. W tym okresie – w 2012 r. – liczba świadczeniodawców, z którymi Fundusz posiadał umowy, wzrosła o 17, co w leczeniu szpitalnym jest liczbą istotną. Liczba hospitalizacji od 2010 r. – pokazujemy w Sprawozdaniu taką analizę – wzrosła o 2%. I jeszcze jedna istotna informacja – myślę, że średnia wartość hospitalizacji na przestrzeni dwóch lat, od 2010 r., zwiększyła się o 184 zł, bo w 2010 r. kształtowała się na poziomie 3156, jednak jeśli chodzi o sprawozdawczość oraz rozliczane procedury, właśnie ten wzrost o prawie 200 zł z naszego punktu widzenia widać przy średniej z całego roku.

Są oddziały, gdzie jest pewien czas oczekiwania. Mediana średniego czasu oczekiwania wynosiła od 24 dni do 70, w zależności od oddziału, ale właśnie w dwóch oddziałach obserwujemy długi czas, a 30% oddziałów szpitalnych w skali całego kraju – patrząc na cały rok – przyjmowało pacjentów wyłącznie na bieżąco.

W 2012 r., w związku z wejściem ustawy refundacyjnej, nastąpiła u nas zmiana w zakresie świadczenia chemioterapii niestandardowej. Nie jest to już oddzielny rodzaj świadczenia w leczeniu szpitalnym – to leczenie znajdowało się w programie leczenia nazwanego właśnie „świadczenia chemioterapii niestandardowej”. Na to warto zwrócić uwagę, proszę państwa, ponieważ nastąpił znaczący wzrost liczby osób, którym udzielono zgody na to świadczenie, o 25%, a o 15 % wzrosły środki na chemioterapię niestandardową. To jest duży wzrost w porównaniu z rokiem poprzednim. Łącznie, wydano tych zgód na kwotę ponad 195 mln zł.

Poza tym, bardzo istotny wzrost nastąpił w programach terapeutycznych lekowych, gdzie kwota, którą wydatkowaliśmy, prawie 2 mld, wzrosła o ponad 20%, a dokładnie 20,8 w porównaniu z 2011 r. Najwięcej środków w ramach wymienionej przeze mnie kwoty wydaliśmy na program leczenia raka piersi – ponad 16% ogólnej kwoty w tej pozycji kosztowej. Następnie, leczenie przewlekłej białaczki szpikowej – ponad 13% tej kwoty – i leczenie stwardnienia rozsianego oraz leczenia przewlekłego WZW typu C. Rzeczywiście, na tę dziedzinę zwróciliśmy bardzo dużą uwagę i ten rok był rokiem próby organi-

zacyjnej o wprowadzeniu nowej ustawy. W tym zakresie i oddziały, i Centrala, przywiązały do tego ogromną wagę. Myślę, że przez tę staranność, a także właściwe podejście medyków, doprowadziliśmy do tego, że kwota na to tak bardzo potrzebne leczenie tak znacznie wzrosła.

Kolejna pozycja, którą omawiamy przy dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, to leczenie psychiatryczne oraz leczenie uzależnień, gdzie kwotę nakładów zwiększyliśmy o prawie 7%. Wyniosła ona ponad 2 mld – 2158 mln zł.

W ramach opieki długoterminowej, proszę państwa, zapewniamy świadczenia w kilku zakresach, między innymi, pielęgniarstwo i opiekuńcze oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. W obu tych rodzajach świadczeń wzrosły wydatki. W opiece pielęgniarstwa i opiekuńczej o ponad 7%, a w hospicyjnej również – o prawie 11%, a więc 10,9.

Przyglądamy się oczywiście każdemu rodzajowi świadczeń bardzo dokładnie. Robimy analizy w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Bardzo wysoko oceniamy świadczenia udzielane przez naszych świadczeniodawców. W zakresie świadczeń pielęgniarstwa i opiekuńczych nasza sprawozdawczość wskazuje na pewne mankamenty. Dlatego właśnie, przy dyskusji na temat koszyka, składaliśmy odpowiednie wnioski do ministra zdrowia, żebyśmy mogli nad jakością opieki i tymi świadczeniami jeszcze bardziej popracować, żeby element opieki pielęgnacyjnej był silniejszy niż ten bardziej społeczny, gdzie nie środki Narodowego Funduszu Zdrowia powinny być przeznaczone.

Kolejny rodzaj świadczeń, bardzo dla nas istotny, to rehabilitacja lecznicza. Proszę państwa, wydatki na ten rodzaj świadczeń wzrosły na wszystkie zakresy rehabilitacji o 9%. Kwota ta wzrosła do 1996 mln – tysięcy, państwo pozwolą, nie będę już wymieniać, ale jest to 9% wzrostu.

W opiece stomatologicznej wzrost nakładów przekroczył 3% w stosunku do roku poprzedniego – 3,17. Ta kwota stanowiła ponad 1779 mln zł.

Kolejnym rodzajem świadczeń są świadczenia kontraktowane odrębnie, które wzrosły o 7% w stosunku do roku poprzedniego. Ta kwota przekroczyła 1,5 mld. Przypomnę, że w tym zakresie oferujemy pacjentom dializoterapię otrzewnową, hemodializoterapię, terapię hiperbaryczną, tlenoterapię domową, żywienie pozajelitowe i dojelitowe w warunkach domowych, badania zgodności tkankowej, badania genetyczne i izotopowe.

Kolejny rodzaj świadczeń, o które państwo też często pytają, to pomoc doraźna i transport sanitarny. W zakresie zespołów sanitarnych typu „N” umowy były zawarte z 32 podmiotami. Wartość wydatków na ten cel wzrosła o 20%. Przypomnę, że ratownictwo medyczne, czyli karetki, zespoły ratownictwa medycznego, są finansowane z budżetu państwa. Fundusz w tym wypadku spełnia rolę pełnomocnika, który przeprowadza konkursy i zawiera umowy oraz je nadzoruje. Ogółem, w 2012 r. na karetki „S” i „P”, czyli specjalistyczne i podstawowe, wydaliśmy o 3,7% więcej.

Wspomnę też o leczeniu uzdrowiskowym, z którego skorzystało ponad 350 tys. osób. W stosunku do 2011 r., wydatki nasze wzrosły o 3,8%.

Refundacja leków – także omawiana już kilkakrotnie na tej sali. W 2012 r. wydaliśmy kwotę ponad 6800 mln. Warto popatrzeć na strukturę tych wydatków pod kątem odpłatności. Często mówimy o pozycjach chemioterapia, chemioterapia niestandardowa i leczenie apteczne. Chciałabym wrócić uwagę na strukturę wydatków z uwagi na odpłatność. Mianowicie, 65% tej kwoty ogólnej, którą wydaliśmy na refundację, to są leki wydawane za opłatą ryczałtową, 21 to leki wydawane z 30-procentową odpłatnością, 8% – leki, za które płacimy z pacjentem po połowie, a 6% wydajemy na leki wydawane pacjentom bezpłatnie.

Warto wspomnieć – bo tak naprawdę, ta struktura wydatków na leki jest warta analizy – że w sumie 40% naszego budżetu wydajemy na 25 substancji czynnych. Tak rozkłada się struktura wydatków, jeżeli chodzi o leki.

Kontrole refundacji i kontrole aptek, a także świadczeniodawców mają państwo bardzo szczegółowo omówione w Sprawozdaniu. Ja pozwolę sobie jeszcze wskazać na element planowego leczenia za granicą, na które wydaliśmy więcej zgód niż w latach poprzednich. Właściwie ze 172 wniosków tylko 20 nie zasługiwało na uwzględnienie. W zdecydowanej większości rzeczywiście są to wnioski na świadczenia, których w Polsce nie możemy jeszcze udzielać. Wspomnę, w jakich zakresach – genetyka kliniczna, orto-

pedia, w szczególności ortopedia dla dzieci, radioterapia onkologiczna, często chirurgia dziecięca czy okulistyka.

Przy omawianiu naszej działalności za rok ubiegły warto także wskazać działania przygotowawcze do wprowadzenia systemu eWUŚ, a w tym roku systemu ZIP. Bardzo dużo uwagi wewnątrz firmy – chociaż oczywiście nie zdominowało to w żadnym wymiarze naszej pracy – skupiliśmy na przygotowaniu w drugim półroczu do wprowadzenia systemu eWUŚ w kraju. Było to działanie informatyczne o dużej skuteczności, ponieważ jest to dedykowane każdemu pacjentowi. Musieliśmy zatem współpracować w tym zakresie z każdym ze świadczeniodawców, a świadczeniodawcy rzeczywiście dobrze się do tego przygotowali, co zresztą było widać, proszę państwa, już w zeszłym roku. Na przykład, wprowadzając zmiany w relacjach świadczenia specjalistyczne i szpitalne, gdzie dokonaliśmy zmian w zakresie ponad 80 procedur. Tam, gdzie świadczenia są zabiegowe, ale zabiegi mniejsze, które, według naszej analizy, częściowo mogą być wykonywane w specjalistycznej opiece zdrowotnej, czyli w poradniach specjalistycznych, świadczeniodawcy na takie sygnały i taką komunikację zareagowali nadzwyczaj pozytywnie. Tak więc, zauważają te zmiany i się do nich przygotowują, co także jest warte odnotowania.

Na tym pozwolę sobie tę skrótową część skończyć, panie przewodniczący. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo, pani prezes. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę o zabieranie głosu w pierwszej kolejności panie i panów posłów.

Proszę bardzo, pani poseł Hryniewicz. W kolejności, w jakiej będą się państwo zgłaszać, będą udzielać głosu.

Poseł Józefa Hryniewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, pani prezes, oczywiście, gdy przedstawia się takie miliardy, to trudno to sobie wyobrazić, ale jeśli przełoży się to na efekty działania, to przychodzą pewne refleksje, którymi chciałabym się z państwem podzielić.

We wrześniu 2013 r. Narodowy Fundusz Zdrowia poinformował, że w roku 2012 bilanse zdrowia powinny być objąć 4,5 mln dzieci, a wykonano ich tylko około 1,2 mln. To jest informacja NFZ-u z września dostarczona posłom wczoraj na posiedzenie Komisji. Moje pytanie jest następujące – czy nie było pieniędzy, czy nie było nadzoru? Czy po prostu były zaniedbania organizacyjne? Jeżeli jednak przewidywano 4,5 mln dzieci do zbilansowania ich zdrowia, to chyba znaczy, że były zabezpieczone środki na ten cel. Czy te środki zostały wydane na coś innego?

Oczywiście, ma znaczenie, czy bilans zdrowia przeprowadzi się u dziecka 12-letniego, 14-letniego czy 15-letniego. O tym nie musimy się tutaj przekonywać. Chciałabym tylko zapytać, skąd wzięła się ta różnica, opierając się właśnie na tej informacji NFZ-u, którą dostarczył NFZ na wczorajsze posiedzenie kilku komisji sejmowych.

Następna sprawa. Z informacji pana ministra Soplińskiego – też przedstawionej na wczorajszym posiedzeniu Komisji – wynika, że 17% środków na stomatologię zostało przekazane na stomatologię dziecięcą. Policzyliśmy, jak tymi milionami, setkami milionów, nas epatowano – 17% – a profilaktyczną opieką stomatologiczną – jak wynika z raportu NIK-u, który łaskawie pan dyrektor nam dostarczył – objęto 2,96% dzieci. Chciałabym zapytać, gdzie te pieniądze zostały użyte? Jaki był użytek z tych 17% przekazanych z NFZ-u na stomatologię dziecięcą? Gdyby pani prezes zechciała to dokładnie wyjaśnić, bo to jest bardzo istotna informacja... To oznacza albo brak pieniędzy, albo brak nadzoru, albo po prostu niedowład organizacyjne.

Następna sprawa dotyczy opieki nad dziećmi szkolnymi. Otóż, z informacji GUS-owskich wynika, że zmniejsza się liczba gabinetów szkolnych. Oczywiście, powinna być koordynacja między lekarzem POZ-u a dyrektorem szkoły odnośnie do tego, jak ta opieka będzie się kształtować. Jednak z tych informacji, jakie uzyskaliśmy wczoraj wynika, że w gruncie rzeczy takiej koordynacji nie ma, i jak tu pisze ekspert do posłów, ta koordynacja między lekarzem POZ-u a dyrektorem szkoły ma charakter tylko papierowy i raczej nierzeczywisty, iluzoryczny. Bardzo proszę o wyjaśnienie, bo to są – wydaje mi się – niezwykle ważne sprawy, które, z drugiej strony, pokazują, jak te środki są używane.

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo, pani poseł. Pan przewodniczący Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja będę mieć pytania i do pani prezes, i do pana ministra. Myślę, że te pytania można też traktować jako uwagi, zastrzeżenia i ewentualnie wątpliwości, ale bardzo bym prosił, ponieważ pytań będzie kilkanaście, o odpowiedzi na piśmie. Dobrze? Czyli, na następne posiedzenie Komisji albo w ustawowym czasie, proszę o odpowiedź pisemną.

I tak, po kolei poszczególne rodzaje świadczeń, a więc podstawowa opieka zdrowotna. Widzimy tutaj takie zjawisko, że pomimo tego, iż jest spadek liczby umów w stosunku do roku 2011, to jest wzrost liczby świadczeniodawców. A z drugiej strony, tylko o 3,18% jest zwiększony nakład na podstawową opiekę zdrowotną. Zawsze mówimy, że podstawowa opieka zdrowotna – POZ – to fundament w piramidzie usług zdrowotnych. Wydaje się, że ten wzrost jest bardzo mizerny, a praktycznie żaden. Wziąwszy pod uwagę inflację i wzrost kosztów funkcjonowania gabinetów lekarza rodzinnego, jest to wzrost żaden albo nawet wsteczny. Bardzo proszę – czy przewidujecie rekompensatę albo podwyżkę, bo wiem, że w planie finansowym na rok 2014 też nie ma praktycznie miarodajnej zmiany tego rodzaju świadczeń? Czy jest to nadal priorytet w usługach zdrowotnych naszego państwa?

I odnośnie do tego punktu jest tu również powiedziane, że jest program profilaktyki gruźlicy. 175 tys. ludzi w Polsce jest objętych profilaktyką gruźlicy. Mam pytanie – poza tym Sprawozdaniem – ile ludzi w Polsce choruje na gruźlicę, i czy to jest obecnie problem, bo gruźlica powraca? A jeśli tak, to jakie są tego przyczyny – to może pytanie do pana ministra i odpowiedniego departamentu.

Druga sprawa – ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Tu jest wzrost o 13,33% w stosunku do ubiegłego roku. Natomiast, wydaje się, że nie idzie to po linii wzrostu dostępności do świadczeń opieki specjalistycznej. Pani prezes powiedziała, że na jednego świadczeniobiorcę, czyli pacjenta, przypada 2,11 czy 2,15 porady. Wydaje się, że to nie zabezpiecza jego poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, tym bardziej, że wielu ludzi jest poza systemem, bo nie może wejść w tym czasie do tego systemu opieki specjalistycznej. Czyli, reasumując, jest wyraźny niby wzrost, natomiast nie przekłada się to praktycznie na poprawę wzrostu dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jakie są tego przyczyny?

Leczenie szpitalne. Również wydaje się, że 6,7% wzrostu to żaden wzrost. Przypominę, że w planie finansowym na rok 2014 jest praktycznie spadek finansowania w lecznictwie szpitalnym. To bardzo niepokoi w aspekcie nie tylko poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego, ale i realnego zagrożenia, nawet obawy o swoje życie lub zdrowie, dlatego, że gdybyśmy porównywali ten plan finansowy z październikiem 2012 r., to jest ewidentny spadek środków na świadczenia szpitalne.

Chemioterapia niestandardowa. Wiemy, że była nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i zostały one przeniesione do programu leczenia w ramach świadczeń chemioterapii niestandardowej. Podajecie tutaj, że jest wzrost środków, ale pragnąłbym uzyskać odpowiedź na następujące pytanie. Czy wobec tego poprawiły się wskaźniki? Czy pięcioletni wskaźnik przeżywalności poprawił się? Tym bardziej, że... Dalej. Czy poprawił się wskaźnik rozpoczęcia leczenia lekami nowoczesnymi, innowacyjnymi, albo w ogóle chemioterapii, od momentu rozpoznania histopatologicznego? Wiemy, że o ile w krajach Europy Zachodniej ten wskaźnik wynosi praktycznie kilkanaście albo kilka dni, o tyle u nas kilka albo kilkanaście tygodni. Czyli, co z tego, że rozpoznamy, że prowadzimy profilaktykę, jeżeli, kiedy już mamy rozpoznanie histopatologiczne, to ten okres jest bardzo odległy, co wpływa nie tylko na wskaźniki przeżywalności, ale jednocześnie powoduje olbrzymi stres i olbrzymie obniżenie jakości życia tego cierpiącego. I trzeci wskaźnik, oczywiście, bardzo istotny. Czy w takim razie wzrosła, w przeliczeniu na jednego mieszkańca, ilość środków na leczenie chorób nowotworowych? Wiemy przecież, że jesteśmy na samym końcu, chyba tylko Bułgaria przeznaczająca od nas mniej środków w przeliczeniu na jednego mieszkańca.

I jeszcze, w ramach programów terapeutycznych lekowych, odnośnie do leczenia WZW typu C, wiemy, że jest program dwulekowy, a więc, podaje się interferon pegylowany i rybawirynę. Natomiast, pytam – czy już włączamy trójlekowy zestaw z inhibitorem kalcyneuryny, a jeśli tak, to czy to jest program już dostępny dla ludzi z WZW typu C? Wiemy bowiem, że nosiciele tej choroby to ludzie, którzy mają tak zwaną bombę wirusową, która – wiadomo – za kilka lat wybuchnie w postaci albo przewlekłego zapalenia wątroby, marskości wątroby, w wyniku której potrzebny będzie przeszczep wątroby, albo raka pierwotnego wątroby. Czy pochyliliśmy się nad tym dostatecznie i wprowadzamy już do powszechnej albo ukierunkowanej dostępności zestaw trójlekowy?

Leczenie psychiatryczne oraz uzależnień. W mojej ocenie, i w ocenie ludzi związanych z psychiatrią, a przede wszystkim z psychiatrią środowiskową, bardzo nikłe albo praktycznie żadne jest wdrażanie Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego. Jest narodowy program, który w latach poprzednich przyjęła nasza Komisja i przyjął go rząd, natomiast jego realizacja jest bardzo nikła. Powtarzam – z relacji, informacji lekarzy psychiatrów wynika, że jest to nierealizowane. Czy pan minister albo pani prezes mogliby odpowiedzieć na to pytanie?

Jeśli chodzi o opiekę długoterminową – dlaczego zakłady opiekuńczo-lecznicze, ZOL-e, które tak bardzo są potrzebne w aspekcie przedłużonego życia i rozprzestrzeniania się wielu chorób wieku starczego u pacjentów, którzy wymagają opieki pielęgnacyjnej, ale też specjalistycznego dozoru lekarskiego, są nieopłacalne? Dlaczego szpitale nie chcą ich prowadzić? Wiadomo, że jest niska zapłata za osobodzień, ale, czy wobec tak wielkiego i racjonalnego zapotrzebowania pani prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie widzi konieczności, żeby chociaż o kilka złotych zwiększyć zapłatę za osobodzień? Chociaż wiadomo, że w zakładzie opiekuńczo-leczniczym zabiera się 70% emerytury czy renty, mimo to jest to bardzo nieopłacalne i praktycznie szpitale rezygnują z ZOL-ów, a są one bardzo istotne i potrzebne. Jest wielkie zapotrzebowanie na tego rodzaju działalność opiekuńczo-leczniczą.

Następne pytanie – rehabilitacja lecznicza. W naszych biurach poselskich mamy bardzo dużo zgłoszeń w aspekcie nowego naboru świadczeniodawców, albowiem jest tak, że teraz były ogłoszone konkursy na okres trzyletni. Powstaje wiele nowych podmiotów rehabilitacji. Ja wiem, że one są bardzo upowszechnione i trudno je wszystkie zakontraktować, natomiast są białe plamy w poszczególnych powiatach czy regionach, gdzie powstaje rzeczywiście bardzo dobre centrum rehabilitacji. Przychodzą ludzie – nie świadczeniodawca, nie ten podmiot – i bardzo proszą mnie jako lekarza, posła, żeby starać się, aby w miejscach tych białych plam wznowić konkursy, albo w jakiś... Bo wiadomo, że jeśli teraz będzie jeszcze aneksowanie, to praktycznie żaden nowy podmiot rehabilitacyjny nie będzie miał żadnych szans na zakontraktowanie, a tak jest, na przykład, w województwie zachodniopomorskim.

I teraz już króciutko – ale bardzo proszę o odpowiedź na te pytania na piśmie – lecznictwo uzdrowiskowe. Przechodzę na następną stronę. Patrę na województwo zachodniopomorskie i widzę, że wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych jest bardzo niska w porównaniu z innymi województwami, ale przywołam jeszcze inne argumenty. W zachodniopomorskim jest Kołobrzeg – największe uzdrowisko w Polsce, jest Świnoujście – jedno z największych uzdrowisk w Polsce, są: Kamień Pomorski, Połczyn Zdrój, Dąbki Zdrój, a więc pięć wielkich uzdrowisk, gdzie funkcjonuje lecznictwo uzdrowiskowe, natomiast wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych jest jedna z najniższych – po lubuskim jest najniższa – mimo to, że w stosunku do populacji i ilościowo tych sanatoriów mamy bardzo dużo. Jaki jest tego powód? Czy uszczuplenia środków dla zachodniopomorskiego, czy innego działania? Bardzo proszę o wyjaśnienie.

Jeszcze tylko dwa pytania. Świadczenia w systemie koordynacji. Bardzo proszę panią prezes o odpowiedź. Jeśli za tamten rok rozszczenia za leczenie osób ubezpieczonych wynosiły 278 mln zł, to jakie środki zabezpieczyła pani w planie finansowym na 2014 r., w ramach już zaraz obowiązkowej dyrektywy transgranicznej?

I druga sprawa. Z 455 mln zł za leczenie na terenie Polski osób uprawnionych z państw członkowskich Unii Europejskiej i EFTA zapłacono 270 mln, czyli praktycz-

nie połowę. Co z drugą połową? Czy pani domaga się zwrotu tych pieniędzy od państw członkowskich, czy one są wpisane w stratę?

I ostatnie już pytanie, jeśli chodzi o informatyzację – eWUŚ. O ile pamiętam, eWUŚ na początku kosztował 13 mln zł. Jego wprowadzenie, konserwacja i realizacja też są kosztochłonne. Teraz jest wielka biurokratyzaacja, tym bardziej, że eWUŚ tak naprawdę o niczym nie świadczy, bo przecież pani wie, jeśli w systemie „wyskoczy” informacja, że pacjent jest nieubezpieczony, a pacjent napisze oświadczenie, że jest ubezpieczony, to dalej jest ubezpieczony. Jest to więc bardzo wielka biurokratyzaacja. A z drugiej strony, jeśli eWUŚ wyliczył – bo tak należy pomyśleć – że jest ubezpieczonych na 950 mln zł, to pan minister, który utworzył eWUŚ, zakwestionował to, czyli zweryfikował eWUŚ. To, po co ten eWUŚ w ogóle istnieje, skoro minister finansów go nie respektuje?

I druga sprawa – ZIP. Znam przypadek z Warszawy, że niektóre szpitale... Czy pani prezes o tym wie, ma taką świadomość, że niektóre szpitale, aby zrobić badanie rezonansem magnetycznym przyjmują pacjenta do szpitala i trzymają go trzy dni? Ten pacjent, który przyszedł tylko po to, żeby zrobić badanie rezonansem magnetycznym, po wejściu w system ZIP zorientował się, że szpital wziął za niego 5200 zł za trzydniowy pobyt, kiedy zrobili mu wyłącznie badanie rezonansem magnetycznym. Czy pani prezes wie o takich sprawach? A jeśli wie, to czy nie lepiej zreformować albo zrationalizować te działania, aby nie wydawać środków i nie obciążać szpitali i coś poprawić w tym systemie? Zatem, ten ZIP jest weryfikatorem, ale też dla ubezpieczonych. Może tyle na razie.

Tak więc, pani prezes i panie ministrze, zadałem dużo pytań, a że niektóre z nich są tylko uwagami i zastrzeżeniami, bardzo proszę o odpowiedź na piśmie. Dobrze?

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Apeluję o bardziej skondensowane wypowiedzi i przede wszystkim nie wykraczanie poza temat dzisiejszego posiedzenia Komisji. Bardzo proszę, pani przewodnicząca Szymiec-Raczyńska.

Posel Halina Szymiec-Raczyńska (ID):

Dziękuję bardzo. Ponieważ w 2012 r. państwo na profilaktykę raka piersi zakontraktowali jakby dwa nowe świadczenia – pracownię stacjonarną i pracownię mobilną, chciałabym wiedzieć – mam pytanie do pani prezes – ile było zakontraktowanych pracowni stacjonarnych, ile było mammobusów, jak były rozdzielone kwoty kontraktów? Czy jest rzeczywista kontrola jakości wykonywanych świadczeń przez mammobusy, bo ciągle przychodzą wyniki, których nie można odczytać ze względów technicznych i pacjentki są kierowane po raz kolejny do innego ośrodka? Czy wszystkie mammobusy są kontrolowane w danej firmie, czy tylko jeden wybiorczo, bo o takich praktykach słyszałam? Jak państwo identyfikują, który mammobus był kontrolowany pod względem technicznym, a który nie? I dlaczego zaproszenia do udziału w programach profilaktyki, mimo że umowy na świadczenia podpisywane są w końcu października na następny rok, są wysyłane w końcu czerwca i lipcu? Czy nie może być tak, że umowy z osobami czy firmami wysyłającymi zaproszenia są podpisywane na kilka lat dlatego, że tracimy prawie pół roku w realizacji każdego programu? Pacjentki czekają na zaproszenia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Kłosin.

Posel Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Pani prezes, chciałabym zapytać o sprawę programów lekowych. Wiemy, że w 2012 r., na podstawie rozporządzeń, część świadczeń, które były dotychczas w ramach chemioterapii niestandardowej, została włączona do programów lekowych. I bardzo dobrze się stało, bo pacjenci bardzo długo czekali. Zostały włączone nowe leki – leki nowej generacji – o które pacjenci często się ubiegali. Do mojego biura wpływało wiele dramatycznych listów i próśb o to, żeby taki pacjent mógł któryś lek otrzymać. W 2012 r., dzięki rozszerzeniu wielu programów lekowych – o czym pani prezes mówiła – w mojej ocenie, ten dostęp się poprawił. Mam kilka pytań dotyczących niektórych programów, jak, na przykład, leczenie stwardnienia rozsianego, przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B, raka nerki – to były najczęstsze

przypadki, o które pytali pacjenci – przewlekłego WZW, gdzie wprowadzono bardzo innowacyjne leki, jak, między innymi, Telaprevir. Chciałabym wiedzieć, jak wygląda wykorzystanie tych leków i jak poprawiły się wskaźniki leczenia, ponieważ w tym zestawieniu, które państwo zaprezentowali... Przeanalizowałam tabelę ze str. 66, gdzie widać, że w 2012 r. środki nie zostały wykorzystane. O ile w 2011 r. tych środków było znacząco mniej, ponieważ były na poziomie prawie 1600 mln zł i zostały wykorzystane prawie w 100%, o tyle już w 2012 r., kiedy znaczne wzrosła dostępność środków, one przez większość oddziałów nie zostały wykorzystane. A środki, które zostały, są na poziomie 250 mln zł. Proszę o odpowiedź, co spowodowało niewykorzystanie tych środków przez poszczególne oddziały. Jaka to była przyczyna? Czy po prostu pacjenci nie wiedzieli, że te programy zostały udostępnione? Czy zbyt słaba była informacja? Czy zbyt słabo były te programy rozpropagowane przez oddziały? Czy zbyt późno zostały wdrożone? Proszę powiedzieć, jak państwo to oceniają – co było przyczyną w sytuacji, kiedy jest tak olbrzymia kolejka do tego innowacyjnego leczenia, kiedy pacjenci tak bardzo czekają na to leczenie?

I drugie moje pytanie. Proszę powiedzieć, jakie są trendy w tym zakresie w bieżącym roku. Państwo to monitorują. Czy jest jakaś poprawa, czy nadal utrzymuje się ta tendencja niewykorzystywania środków udostępnionych oddziałom?

Kolejne pytanie. Chciałabym zapytać o wykorzystanie i dostępność badań PET. W tabeli na str. 89... Proszę mi to wytłumaczyć. Po pierwsze, chciałabym zapytać, czy poprawiła się dostępność do badań PET w województwie pomorskim. Ja reprezentuję to województwo i otrzymałam wiele skarg na brak dostępności. Mimo że UCK dysponuje tym urządzeniem, ono nie było cały czas dostępne. Jak państwo oceniają – co było przyczyną?

Następne moje pytanie dotyczy tego, że w zestawieniu państwo podają liczbę osób, którym udzielono świadczeń i liczbę zapłaconych świadczeń. Liczba zapłaconych świadczeń z reguły jest wyższa niż liczba osób, którym udzielono świadczeń. Czy to wynika z tego, że niektórym osobom udzielano świadczeń kilkakrotnie, czy jest jakaś inna przyczyna? I, jak następuje kwalifikacja do tego typu badań, skoro tu jest taka rozbieżność?

I jeszcze jedno pytanie – ostatnie. W związku z nowelizacją ustawy o finansowaniu świadczeń zdrowotnych, w ustawie zostały przyznane środki na utworzenie stanowisk w NFZ-ie i w izbach skarbowych na monitorowanie i kontrolę uprawnień ubezpieczonych do uzyskiwania świadczeń i na ewentualną windykację. Tamte kwoty zostały zapisane w sumach na poszczególne lata i do tego była przypisana odpowiednia liczba etatów. Jak to wygląda w NFZ-ie? Czy te etaty i te środki zostały uruchomione przez ministerstwo? Czy państwo już je podzielili – ile środków otrzymają poszczególne oddziały – i jak ta sprawa się przedstawia? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Przy okazji witam serdecznie panią prezes i pana ministra. Pani prezes, co jakiś czas mamy do czynienia z państwem strony z przeprowadzanymi rutynowo lub pod wpływem jakichś informacji kontrolami poszczególnych świadczeniodawców. Chciałabym poznać skalę tego zjawiska w ciągu całego roku. Jaka kwota była przez państwa zakwestionowana, jeżeli chodzi o świadczeniodawców? Rozumiem, że sprawa się toczy – są różnego rodzaju odwołania czy droga sądowa. Proszę więc o ewentualne rozbięcie tej kwoty na to, co zostało już skutecznie przez państwa wyegzekwowane, a co jest jeszcze w trakcie wyjaśniania.

Pytam o to, opierając się na pewnych informacjach, bazując nawet na informacjach o tym, co się dzieje lokalnie, w moim województwie. Otóż, z jednej strony – i to wiąże się z drugim moim pytaniem, o którym powiem za chwilę – mamy różnego rodzaju przepychanki w województwie kujawsko-pomorskim między Centrum Onkologii a oddziałem NFZ-u odnośnie do nadwykonań, a z drugiej strony, źle czy niesłusznie wykazanych procedur. Dyrektor oddziału mówił wprost o doniesieniu do prokuratury. Jeżeli pani wie coś więcej na ten temat, to prosiłbym o wyjaśnienie tej sprawy. To dotyczy oczywiście

procedur tegorocznych, ale – jak zrozumiałem – także tych z roku 2012, czym się teraz zajmujemy.

Z tym wiąże się drugie moje pytanie – jak wspominałem – o państwa priorytety wynikające zarówno z 2012 r., jak i obecnie, i na przyszłość. Myślę tu o wielokrotnych sygnałach z różnych ośrodków onkologicznych, chociażby o wydłużającej się kolejce na radioterapię. Ja oczywiście rozumiem ograniczenia finansowe, pewien gorset finansowy, z którym pani musi się zmagać, ale większość procedur onkologicznych to w jakim sensie procedury ratujące życie, w krótszej lub dłuższej perspektywie czasowej. A jednocześnie – tak przynajmniej mnie poinformowano – brak reakcji tego samego oddziału na informacje, że w innym szpitalu lekarka zwalniając się ze szpitala dowiedziała się przy tej okazji, że jest w tym szpitalu zatrudniona na trzech etatach. Ona wiedziała, że pracuje w jednym miejscu, na jednym oddziale rehabilitacji, a okazuje się, że pracuje jeszcze na innym oddziale rehabilitacji, i jeszcze gdzieś pracuje dodatkowo. Była uprzejma, również w trosce o własne bezpieczeństwo, powiadomić oddział, i w tym wypadku nie było żadnej reakcji. Nie można więc mówić o jakiejś symetrii, o tym, że wszystko weryfikujemy, wszystko sprawdzamy, wszystko napiętnujemy, bo – jak się okazuje – są równi i równiejsi. To jedna sfera.

Kolejna sprawa dotyczy już przywołanego tutaj systemu eWUŚ. Mamy sytuację znaną chociażby z mediów, braku zgody ministra finansów na kwotę, o którą państwo i minister zdrowia wnioskowali, która, skądinąd, wynika z systemu eWUŚ. Po pierwsze, chciałbym zapytać, jak wygląda ta sprawa. Na ile te negocjacje z ministrem finansów postępują, żeby jednak uznał państwa racje? Czy może państwo uważają, że system eWUŚ nie działa, a mówiąc o trzykrotnym zwiększeniu potrzeb mamy do czynienia z błędem systemu, a nie z czymś co wynika z państwa sprawozdawczości, czy też, być może, ta kwota jest weryfikowana, bo państwo w międzyczasie dokonali weryfikacji? W takim przypadku, jeżeli państwo już dokonali weryfikacji, to prosiłbym o informacje odnośnie do tej kwoty około 800 mln zł – przepraszam, nie jestem precyzyjny – o którą wnioskowano do ministra finansów, na jaki moment mieli państwo te wyliczenia. Chodzi o to, żebym mógł sprawdzić, jak to przebiegało, za jaki okres państwo wyliczyli tę kwotę, jeżeli była weryfikacja, i w jakim momencie ewentualnie ją państwo zweryfikowali, oczywiście, jeżeli do tego doszło, bo być może państwo nadal twierdzą, że potrzebna jest taka, a nie inna kwota pieniędzy.

I wreszcie, ostatnia sprawa, związana z ZOL-ami. Pan przewodniczący Hoc już tu o tym mówił. Nie chcę tego powtarzać, podobnie jak i innych spraw poruszonych przez pana posła, ale naprawdę – proszę mi wierzyć, pani prezes – sytuacja jest dramatyczna. Pewnie w jednych bardziej, drugich mniej, ale w interesie już nie tylko poszczególnych pacjentów, i w interesie publicznym, powiem więcej, w interesie płatnika, jest załatwienie tej sprawy. Bo tam naprawdę nieduże pieniądze tę sprawę „załatwią”, natomiast, jeżeli będzie likwidacja takich czy innych palcówek lub będą ograniczenia, to za chwilę pojawią się świadczeniobiorcy albo będzie się próbować te procedury inaczej rozliczać i płatnik będzie zmuszony do płacenia być może w innym miejscu, za inaczej ujęte procedury związane z pobytami w szpitalu. *Summa summarum*, nie opłaci się to, pani prezes – przepraszam, już nawet patrząc na sprawę ekonomicznie, a nie od strony czysto ludzkiej. Chciałbym więc poznać pani stanowisko również w tej sprawie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję. Pani poseł Okragły.

Poseł Janina Okragły (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, pani prezes, mam pytania dotyczące refundacji – danych od str. 110. Podane są udziały w refundacji w zależności od województwa. Ponieważ ten procent wiąże się też z liczbą mieszkańców, chciałabym uzyskać informację, jak to wygląda w przeliczeniu na mieszkańca.

Następna rzecz – procenty udziału w refundacji leków wydawanych z odpłatnością 30-procentową itd. Chciałabym wiedzieć, jaki jest średni udział refundacji, czy dopłaty pacjenta do leku refundowanego. Jaki jest trend i jaki procent dopłaty pacjenta chcielibyśmy osiągnąć?

I jeszcze jedna rzecz mnie interesuje. 25 substancji czynnych powoduje 40% wartości refundacji. To jest pytanie do ministerstwa. Czy analizując te substancje czynne, jest to zgodne z naszymi założeniami, czy chcielibyśmy – ja mówię o substancjach czynnych, nie o lekach – żeby rzeczywiście były preferowane, czy jednak powinniśmy stosować jakieś mechanizmy, żeby były preferowane inne substancje czynne? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Zalewska.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Dziękuję bardzo. Państwo przewodniczący, Wysoka Komisjo, pani prezes, szanowni goście, ponieważ po zadaniu pytań będę musiała opuścić posiedzenie Komisji, bo mam następne, postaram się zadać pytania precyzyjnie, prosząc o odpowiedź na piśmie. Niestety, bardzo często na posiedzeniu Komisji Zdrowia proszę o odpowiedź na piśmie, a jeszcze nigdy jej nie otrzymałam. Będę więc ograniczać komentarze, dokonam analizy. Oczywiście, część będzie związana z tym, co jest przedmiotem obrad, a mianowicie, Sprawozdaniem za 2012 r., a część, wykorzystując obecność pani prezes, trochę wychodząca poza to Sprawozdanie albo jakby wynikająca z polityki finansowej, bo myślę, że państwo w sposób oczywisty to analizują, zbierając informacje od posłów na temat wydatkowania środków.

Pierwsze pytanie jest związane z funkcjonowaniem i finansowaniem SOR-ów. Alarm jest powszechny – w całej Polsce SOR-ów nie opłaca się utrzymywać. Państwo płacą za mało. To miało być serce szpitala. Tam miała odbywać się – mówiąc brzydko – pierwsza selekcja pacjentów, a jednocześnie ratowanie życia.

O gigantycznych kolejkach, również karettek, nie będę dyskutować. Natomiast, chciałabym zapytać, czy państwo dokonywali takiej analizy finansowej, bo dyrektorzy już postanowili. Oni będą przekształcać SOR-y, na które – uwaga! – poszły ogromne pieniądze z budżetu państwa, ale z funduszy strukturalnych zakupiono najprzeróżniejszy sprzęt. Z tym też były duże kłopoty, nie będę wracać do historii. Czyli, jak państwo określili, ile SOR-y powinny kosztować, jakie są uwagi dyrektorów i co państwo na to, kiedy te SOR-y przekształcą się w izby przyjęć. Proszę zauważyć, że państwo widząc trudności SOR-ów – oczywiście nie przyznając się do tego publicznie – trochę odpuścili, jeżeli chodzi o ładowiska przy szpitalach, bo oczywiście tam, gdzie są SOR-y, jest takie zalecenie, są również fundusze i jest program mówiący o tym, że one już powinny tam być. Dobrze wiemy, że nie będą i dyrektorzy już nie są zainteresowani, bo po prostu wiedzą, że będą zamykać SOR-y. To jest pierwsze pytanie, i bardzo proszę o odpowiedź na piśmie.

Drugie pytanie jest związane z ratownictwem medycznym w Polsce, ale ponieważ ja jestem z Dolnego Śląska, interesuje mnie Dolny Śląsk. Pan wojewoda dolnośląski wystąpił kilka tygodni temu, po wielu konferencjach, spotkaniach i analizach, o przedłużeniu aneksowania umowy do roku 2015, dlatego, że taki jest najdłuższy aneks. Nie ma decyzji, a jest już koniec września. Kontrakty kończą się w grudniu. Dolnośląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia przygotowuje się do konkursu. Myślę, że tak na wszelki wypadek. Natomiast pytanie o politykę Narodowego Funduszu Zdrowia i jednocześnie koncepcję ratownictwa medycznego, tego, jak to ma funkcjonować w Polsce przy takim dużym naborze, żeby to jednak było ratownictwo państwowe, bo taka jest zresztą ustawa. Tam jest dualizm – sprzeczność dwóch ustaw o ratownictwie i o działalności leczniczej. To było drugie pytanie.

Trzecie pytanie wynika z interwencji, ale dotyczy całej Polski, nie tylko Dolnego Śląska. W sposób katastrofalny i upokarzający przez Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia zostali potraktowani pacjenci ze stomią. Państwo zabrali wszystkie leki z refundacji. Zostawiliście im tylko worki. Nie dość, że jest to upokarzająca choroba, trzeba utrzymywać stałą higienę – są chore, ropiejące miejsca – zabraliście im wszystko. Piszą stowarzyszenia, organizacje. Stopień lekceważenia, jeżeli chodzi o odpowiedzi z Narodowego Funduszu Zdrowia i z ministerstwa, jest zatrważający. Im bardzo trudno jest mówić o swoim upokorzeniu. Zatem bardzo proszę o odpowiedź – dlaczego uznaliście, że ci ludzie muszą wydawać koszmarnie pieniądze nie tylko na to, żeby podtrzymywać się przy życiu, ale i na to, żeby zwyczajnie funkcjonować w społeczeństwie,

bo dobrze wiemy, jaka to jest choroba i ile codziennego wysiłku trzeba, żeby zadbać o swoją higienę? To trzecie pytanie.

Czwarte pytanie – mam nadzieję, że jest związane tylko z Dolnym Śląskiem, że nie jest to trend Narodowego Funduszu Zdrowia. Dolnośląski Oddział NFZ zalecił wszystkim przychodniom, żeby pacjent – uwaga! – osobiście co miesiąc przychodził po zlecenie na pieluchomajtki. Gratuluję rozwiązania! Pieluchomajtki są dla osób, które albo leżą, albo mają poważne kłopoty z tym, żeby w ogóle wyjść z domu. Jest oczywiście alarm we wszystkich przychodniach. Pani, czy ministerstwo, możecie odpowiedzieć – niech lekarz przychodzi. To ja tak zrobiłam. Tam, gdzie mam skargi, lekarz musi przychodzić, bo lekarze już są wystarczająco wystraszeni państwa rygorami i decyzjami. W tej chwili lekarz właściwie leczy grypę i zapalenie płuc, bo chce jednak zaświadczenia od specjalisty, do którego – jak pani prezes dobrze wie – czeka się nie tylko miesiącami, ale latami. Trzeba więc kompleksowo popatrzeć na to, w jaki sposób utrudnia się życie pacjentów, bo lekarze i szefowie przychodni zwyczajnie się tego obawiają. Zatem, przy okazji analizy finansowej, proszę też na to zwrócić uwagę.

Przedmówcy mówili o eWUS-u. Informuję panią prezes, że on najczęściej nie działa – na Dolnym Śląsku zawiesza się po prostu – i oszaleli pacjenci biegają z oświadczeniami. Zbierają za to najmniej winne panie, które pracują w recepcji, bo dla nich jest nie do pomyślenia, że ktoś inny za to odpowiada. Informuję państwa, że wezmę służbowy numer telefonu do ministra Arłukowicza i do pani prezes i poproszę tych pacjentów, którzy u mnie się skarżą, o interwencje osobiste. O prywatnych telefonach oczywiście nie mówię – nie śmiałabym.

I jeszcze dwie sprawy, które są nieco poza tym Sprawozdaniem. Proszę mi wybaczyć, ale jest trochę utrudniony kontakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. Interpelacje i odpowiedzi na interpelacje nie zapewniają tego kontaktu. Chcę powiedzieć o sytuacji, w której pani prezes NFZ-u zareagowała właściwie, natomiast prezes z Dolnego Śląska absolutnie sprawę zlekceważył.

Prezydent Wałbrzycha, który jednocześnie jest ordynatorem oddziału kardiologii w Wałbrzychu, przed otwarciem basenu zadysponował pielęgniarkami. Zatelefonował do swojej koleżanki dyrektor i zadysponował pielęgniarkami i salowymi, które pojechały sprzątać, bo miało być spotkanie VIP-ów. Pani prezes odpowiedziała w sposób oczywisty, że zleca to Narodowemu Funduszowi Zdrowia z Dolnego Śląska – zareagowała pani właściwie – a ze strony NFZ na Dolnym Śląsku powiedziano tylko, że nie zapłacono. Nie powiedziano, kto nie zapłacił. Ja rozumiem, że ci ludzie są bez pensji na okoliczność tego jednego dnia, ale co się stało z kontraktem. Czy nastąpiło zagrożenie życia pacjentów itd.? W ogóle, co to są za zwyczaje. Narodowy Fundusz Zdrowia po prostu absolutnie mnie zlekceważył. Zresztą ja komunikuję po raz kolejny i NFZ, i pana ministra, że prezydent Wałbrzycha jest zatrudniony jako ordynator oddziału kardiologii. Proszę państwa, przypominam, że prezydent jest odpowiedzialny za zarządzanie kryzysowe. Co robi odchodząc od pacjenta, jeśli jest na dyżurze? Bardzo proszę o weryfikację tego.

I ostatnia kwestia. Oczywiście, oddaję to pod państwa rozważę, bo to jest temat gorący. Szpitale psychiatryczne na Dolnym Śląsku wypowiedziały kontrakty. Nie ma wystarczającej reakcji Narodowego Funduszu Zdrowia – po prostu oni już nie mają pieniędzy. Odpowiedź dolnośląskiego oddziału Funduszu jest taka...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Panie poseł, ja tylko przerwę, i zaraz będzie pani kontynuować. My rozmawiamy na temat Sprawozdania z roku 2012...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Tak, tak...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Prosiłbym się trzymać tematu.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Tak, panie przewodniczący, ale powiedziałam, że dwa tematy tego nie dotyczą i że wynika to z moich kłopotów ze skontaktowaniem się Narodowym Funduszem Zdrowia. Zatem

już ostatnie zdania – bardzo pana przewodniczącego przepraszam, bo panią prezes już przeprosiłam. Dosłownie ostatnie zdania.

Narodowy Fundusz Zdrowia na Dolnym Śląsku odpowiada, że nie będzie zwiększenia stawek. W związku z tym, jakie jest wyjście z sytuacji. Dziękuję i przepraszam za te dwa ostatnie pytania. Staralam się być precyzyjna, żeby łatwo było odpowiedzieć, na moje pytania. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję, pani poseł. Czy jeszcze ktoś z pań posłanek albo z panów posłów chciałby zabrać głos? Nie widzę zgłaszających się. Lista osób zapisanych wcześniej została wyczerpana. W tej chwili oddaję głos zaproszonym gościom. Będę udzielać głosu w kolejności, w jakiej będę zauważać zgłoszenia, tylko bardzo proszę przed rozpoczęciem wypowiedzi przedstawiać się z imienia i nazwiska i poinformować, jaką instytucję się reprezentuje, bo to jest ważne do protokołu. Bardzo proszę – pani.

Prezes Zarządu Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia. Reprezentuję przede wszystkim podstawową opiekę zdrowotną i lecznictwo otwarte. Będę trzymać się wskazań pana przewodniczącego – rok 2012.

Pani prezes, panie ministrze, kilka pytań, które w części będą się pokrywać z wcześniej zgłoszonymi. Rok 2012 – podział dodatkowych środków finansowych, gdzie pominięto, z bardzo niewielkim procentem, podstawową opiekę zdrowotną. Do dzisiaj nie otrzymałam informacji, dlaczego podstawowa opieka zdrowotna została wówczas tak potraktowana. W ogólnym rozrachunku spowodowało to spadek nakładów na podstawową opiekę zdrowotną w kontekście dzielonych dodatkowych 6 czy 8 mld. To jest pierwsza sprawa. I oczywiście za posłem Hocem pytam – czy i kiedy jakaś rekompensata w tym zakresie jest przewidziana?

Druga sprawa – to kwestia bilansów, która została poruszona. Co prawda, w samej treści Sprawozdania tego nie ma, ale dotyczy to bilansów kontrolowanych i sprawozdawanych najpierw zbiorczo, potem indywidualnie, po zmianie zakresu. Czy robili państwo analizę, dlaczego taka ilość sprawozdań jest przekazywana, bo, biorąc pod uwagę pytanie pani poseł Hrynkiewicz, to nie jest kwestia wykonanych, tylko sprawozdanych bilansów? Jest więc pytanie – jak państwo to przeanalizowali, bo co najmniej od dwóch lat zgłaszam problem sprawozdania dwóch porad w POZ-ie w tym samym dniu. I to dotyczy samych porad, bo pacjent ma prawo zachorować rano i popołudniu, nawet z tą samą chorobą, z jej zaostrzeniem. Powoduje to konflikt przesłania takiego sprawozdania, a oczywiście stałym problemem jest przesłanie dwóch wykonanych świadczeń, jak chociażby bilans i szczepienie.

Częstokroć w podstawowej opiece zdrowotnej jest tak, że zdrowe dziecko jest proszone na szczepienie i przy okazji jest wykonywany bilans, bo jest to racjonalne. Natomiast do systemu mogę sprawozdać tylko jedno świadczenie, dlatego, że sprawozdając dwa albo system się zawiesi, albo otrzymam informację „dubel”, albo „błąd w systemie”. Zatem, jako lekarz, z poczucia obowiązku ustawowego – bo szczepienia są obowiązkiem ustawowym – zwykle sprawozdajemy szczepienia, a bilans pozostaje niesprawozdany. Chciałabym wiedzieć, na ile ta sprawa została wyjaśniona, odblokowana, bo do dzisiaj jest to samo, co w roku 2012. Tak więc, odnośnie do liczby i różnicy między wykonanymi a sprawozdanymi świadczeniami, problem przede wszystkim wynika ze sprawozdawczości.

Oczywiście, muszę poruszyć sprawę eWUŚ-a, pomimo że przedmówcy już to robili, i to, panie przewodniczący, roku 2012, dlatego, że już wówczas zgłaszaliśmy jasne informacje, w jakich obszarach widzimy problemy. W roku 2012 wskazaliśmy przynajmniej dwa obszary. Na ile te obszary z roku 2012 zostały podane weryfikacji, jak i usprawnieniu? Pytam, dlatego, że na dzisiaj mamy jeszcze 7,5% dorosłych Polaków – nie mówię o wysokim procencie dzieci, które są „DN”-kami, nie mówię o czerwonych światłach w przypadku dzieci, które są w systemie i o błędach, dlatego, że jeżeli chodzi o system eWUŚ, wynikają tu sprawy zarówno ustawowe, jak i organizacyjne, które państwo w Sprawozdaniu szeroko przekazują. I o odpowiedź na to pytanie o poprawki w zakresie eWUŚ-a prosiłabym zarówno pana ministra, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia.

I oczywiście bardzo istotna rzecz – kwestia priorytetu dla POZ-u. Od roku 2012 na pewno nie jest żadnym priorytetem. To już widzimy chociażby pod względem finansowym. I za posłem Hocem po raz kolejny pytam – czy podstawowa opieka zdrowotna jest priorytetem, bo rok 2012 pokazuje absolutnie coś innego, i czy ewentualnie są jakieś wnioski w tej materii na przyszłość? Tak więc, jeżeli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną w 2012 r., niestety, oceniamy ją w tym zakresie bardzo niekorzystnie, co ma zresztą skutki dzisiaj – chociażby kwestia eWUS-a, bilansów, problemów finansowania i tych problemów, które pewnie na tej sali, niestety, nie raz będą tematem obrad z powodu roku 2014, ale rozmawiamy o roku 2012. To w tej chwili tyle. Nie będę wspominać kwestii ministerialnych, bo rozmawiamy o Sprawozdaniu NFZ-u, czyli o liczbie i braku personelu...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo...

Prezes Zarządu PPOZ Bożena Janicka:

Dziękuję serdecznie, panie przewodniczący...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Pani z końca sali, bardzo proszę.

Przedstawicielka Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” Joanna Zabielska-Cieciuch:

Joanna Zabielska-Cieciuch, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”. Chciałabym uzupełnić wypowiedź koleżanki w sprawie bilansów i prosić panią prezes o wyjaśnienie, w jaki sposób państwo policzyli liczbę dzieci podlegających bilansom, bo podają państwo liczbę 4,5 mln.

Szanowni państwo posłowie, bilanse są wykonywane w siedmiu rocznikach, do 18 roku życia. Nie wszystkie dzieci co roku podlegają, zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia, formalnemu wykonaniu bilansu. Średnio w Polsce mamy około 350 tys. dzieci w roczniku. Zawyzając nawet do 400 tys. siedem roczników, to 2,8 mln. Stąd moje pytanie – jak Narodowy Fundusz Zdrowia liczył, że dzieci podlegających badaniu jest 4,5 mln?

Mam przed oczami dane z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia z grudnia 2011 r., zgodnie z którymi było 2,6 mln dzieci podlegających bilansom, z czego 1,8 mln miało bilanse wykonane, czyli około 70% dzieci. I to pokrywa się z naszymi informacjami i naszym liczeniem...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Przepraszam. Bardzo proszę nie powtarzać tego, o co przedmówcy już pytali...

Przedstawicielka FZPOZ „PZ” Joanna Zabielska-Cieciuch:

Tak, ale...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

...w ten sposób będziemy brnąć w czasie...

Przedstawicielka FZPOZ „PZ” Joanna Zabielska-Cieciuch:

Przepraszam, panie przewodniczący...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

...a mamy ograniczony czas do dyspozycji w tej sali, chciałbym przypomnieć.

Przedstawicielka FZPOZ „PZ” Joanna Zabielska-Cieciuch:

Przepraszam, panie przewodniczący. Pozwoliłam sobie o tym mówić i to podkreślić, ponieważ te informacje i te dane służą wyliczeniom finansowym i skutkują ogromnymi konsekwencjami dla praktyk opieki podstawowej w 2014 r. Naprawdę, ogromnymi konsekwencjami finansowymi. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z zaproszonych gości chciałby zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń. Bardzo proszę, udzielam głosu pani prezes. Proszę uprzejmie.

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, szanowni państwo, rozumiem, odnośnie do pytań dwóch posłów, którzy prosili o odpowiedzi na piśmie, że poprosimy od państwa te pytania, chociaż je notowaliśmy. Zacznę w kolejności zadawanych pytań.

Pani poseł Hrynkiewicz była uprzejma pytać w szczególności o bilanse, co przejawiało się także w kolejnych wypowiedziach. Pani poseł słusznie zauważyła – i to jest dla mnie bardzo cenne, że są takie poglądy posłów, aby na tę materię i opiekę nad dziećmi, szczególnie profilaktyczną, zwrócić większą uwagę. I takie działania Fundusz podejmuje, żeby za te bilanse płacić jeszcze ponad stawkę kapitulacyjną. My, pani poseł, płacimy za nie w tej chwili.

To jest obowiązek zarówno rodziców, ale i lekarzy, przeprowadzać bilanse u dzieci do 18, a właściwie do 19 roku życia. Najpierw są to partonaże – w pierwszym roku życia kilkakrotnie. One obecnie są w obowiązkach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach stawki kapitulacyjnej, którą płacimy do 6 roku życia dwukrotnie wyższą niż za dorosłego, a później jest to przelicznik 1,2. Obecnie jest to wynagradzane właśnie w stawce kapitulacyjnej. Sprawozdawczość jest być może niewystarczająca, i o tym lekarze rodzinni mówili. Kiedy gościłam u państwa na kongresie w Poznaniu, te dane i te liczby też były przedstawiane. Zresztą, jest to dość prosto wyliczyć, szczególnie dlatego, że patronaże w pierwszym roku życia są kilkakrotnie przeprowadzane u jednego dziecka, i takiej liczby badań byśmy oczekiwali.

Jeżeli chodzi o... Ponieważ ten wątek pojawiał się także w innym kontekście, niepokoi mnie bardzo informacja odnośnie do sprawozdawczości, ale nic prostszego niż ją poprawić. Jednak to, że jednego dnia, kiedy dziecko jest z wizytą jako dziecko chore, przy tej okazji robi się bilans, nie jest do końca prawidłowa praktyka... Tak więc rozumiem, że nie było wystarczającej motywacji, jeżeli, po moim zbadaniu, jeden oddział wprowadził praktykę, która być może uniemożliwiła sprawozdanie tego samego dnia dwóch porad, a nie dwóch wizyt – pewnie dwóch świadczeń. Takich przeszkód nie będzie. Podaliśmy informacyjnie, jak wygląda to w sprawozdawczości Narodowego Funduszu Zdrowia. Zakładamy, że część jest niesprawozdawana, ale na pewno nie jest to duża liczba. Na 4,2 mln – co dotyczy całego ubiegłego roku, i to naprawdę jest bardzo prosto rocznikami wyliczyć, biorąc pod uwagę kilkakrotny patronaż w pierwszym roku życia – niestety, taką sprawozdawczość 1,2 mln posiadamy. I kładąc nacisk na tę dziedzinę chcemy zaproponować dodatkowe płacenie, ponad stawkę kapitulacyjną, za rzeczywisty wykonany bilans, ponieważ mamy świadomość, i także takie skargi od pacjentów, że czasami z jakiś względów wolą oddać swoje dziecko pod opiekę poza system POZ-owski, czyli specjalisty pediatry niebędącego na umowie z Funduszem, co nas martwi, bo od tego jesteśmy, żeby tę opiekę zapewnić.

W zakresie stomatologii, pozwoli pani poseł, że poproszę o uzupełnienie pana prezesa Pakulskiego za chwilę, kiedy skończę odpowiadać na kolejne pytania. Chciałabym zwrócić uwagę na to, że świadczenia na stomatologię – chociaż też nie jesteśmy zadowoleni z realizacji świadczeń i finansowania tej dziedziny – jednak wzrosły. Dzieci są finansowane w ramach poszczególnych zakresów dzieciom dedykowanych, ale także w stomatologii ogólnej, ale tę informację jeszcze pan prezes uzupełni.

Jeśli chodzi o pytania pana prezesa Hoca, to oczywiście odpowiemy na nie na piśmie, z tym, że zwrócę uwagę na dwa wątki, które powtórzyły się także w późniejszych pytaniach, a mianowicie ZOL-e. Jest to dla nas ważna dziedzina i mocno doceniana. Rozmawiałam z dyrektorami oddziałów. Kilku z nich podejmuje skutecznie działania w celu doprowadzenia do pewnych przekształceń w niektórych szpitalach, gdzie są oddziały internistyczne, czy inne, z zakresu świadczeń, który jest bardzo wąski, często idące bardziej w kierunku geriatry niż interny z prawdziwego zdarzenia, żeby tam, gdzie liczba łóżek internistycznych jest wystarczająca lub szpital na taki pomysł jest chętny przystać, podmioty te przekształcały się, na przykład, w ZOL-e. Zwracamy na to uwagę. Z roku na rok liczba umów ZOL-owskich rośnie. W ubiegłym roku było to 620 umów. Takie działania, także na przyszły rok, są podejmowane przez same szpitale i przez dyrektó-

Odnosnie do stawek, proszę państwa, zrobiliśmy dokładne badanie w przypadku ZOL-i dziecięcych. Zdecydowana większość – to było kilkanaście ZOL-i – we współpracy z nami podjęła się badania kosztów i przekazała nam te koszty. Kilka podało dane zupełnie niewiarygodne, ale zdecydowana większość podała dane wiarygodne. U dzieci są to troszkę inne koszty, tak naprawdę, wyższe niż u dorosłych z powodu konieczności większej opieki. I tam o tej stawce rozmawiamy. Ona była bardzo zróżnicowana w skali kraju. W niektórych były to stawki zdecydowanie dochodowe, a w niektórych doszło do pewnego wyrównania. Nie mamy informacji i takich danych. Przeciwnie, zainteresowanie z własnej inicjatywy części świadczeniodawców łózkami ZOL-owskimi jest w tej chwili dość duże jako dziedzina, której jednak nie uznaje się za nieopłacalną.

Przy tej okazji była rozpatrywana kwestia ZIP-a. Do tego pytania także się odniosę, bo pan przewodniczący Latos też do tego nawiązał. Proszę państwa, rzeczywiście, traktujemy ten system przede wszystkim jako spełnienie obowiązku informowania wobec pacjenta, bo art. 192 i 192a nakładają na nas taki obowiązek, ale także jako pewną formę nadzoru obywatelskiego zarówno nad płatnikiem – żeby pacjent wiedział, jak płatnik wydaje jego pieniądze – jak i nad świadczeniodawcami. I takie informacje, jak pan poseł Hoc przytoczył, do nas docierają – nie jest to ogromna ilość – na temat tego, że pacjent wie, że był tylko na badaniu diagnostycznym, a okazuje się, że według systemu sprawozdawczego, jaki świadczeniodawca przekazał do Funduszu, leżał na jednym z jego oddziałów trzy dni. Wtedy reagujemy. Bywa tak, proszę państwa, że kilka tych informacji dotyczy jednego świadczeniodawcy. Cóż mamy powiedzieć? To jest wielka nieprawidłowość i próba uzyskania nienależnej zapłaty za świadczenie diagnostyczne, które powinno kosztować kilkaset złotych, a płacimy kilka tysięcy. Oczywiście, reagujemy, ponieważ cel jest taki, żeby przeznaczyć te pieniądze na innych pacjentów, zgodnie z naszym zadaniem. Tak więc, z takimi sytuacjami mamy do czynienia i na nie reagujemy.

Z kolei pani przewodnicząca zapytała o profilaktykę raka piersi. Ponieważ nie mamy przy sobie informacji na temat rozbicia na świadczenia udzielane stacjonarnie i mammo-busmi... Jest też, proszę państwa, dyskusja na ten temat. Zdania są podzielone. W niektórych województwach sprawdza się korzystanie ze świadczeń z mammo-busów jeżeli chodzi o zwiększenie dostępności. Z innych mamy mnóstwo informacji krytycznych, że pacjentka otrzymuje wynik i potem nikt o nią nie dba, bo w mammo-busie zrobiono badanie, wystawiono nam rachunek i pojechano. W związku z tym pacjenci często wolą miejsca stacjonarne – to jest oczywiście kwestia wyboru.

Pani poseł zapytała w takim kontekście, a ja najczęściej słyszę je w innym kontekście, żeby jeszcze rozszerzyć umowy na rzecz mammo-busów. Badamy to. Jesteśmy w tym zakresie zdani także na to, jaki sprzęt i aparatura są dopuszczone do skutecznego działania na rynku medycznym. Jeżeli chodzi o jakość mammo-busów i mammo-grafów stacjonarnych, jest to badane od kilku lat – jakość się poprawiła.

Na pytanie pani poseł, czy wiemy, czy to ten mammo-graf był sprawdzony, odpowiem, że sprawdzenie dotyczy urządzenia o konkretnym numerze fabrycznym. Tak więc, na tym polega sprawdzenie, że nie można dać jednego najlepszego urządzenia w firmie, bo te urządzenia mają swoje numery fabryczne.

Odnosnie do zaproszeń, to jest to pytanie nie do Funduszu, ponieważ nie realizujemy tej usługi. Staramy się po zawarciu umów natychmiast przekazać tę informację do ośrodków koordynujących, które mają umowy z Ministerstwem Zdrowia, w celu przygotowania zaproszeń dla pacjentów.

W sprawie programów lekowych i pytania pani poseł Kłosin powiem, że rzeczywiście zwiększenie w zakresie chemioterapii niestandardowej i programów lekowych jest znaczne, bo ponad 20-procentowe, co oznacza zwiększenie dostępności. Nie są nam znane przypadki oczekiwania.

Proszę państwa, to jest materia dość delikatna, bo to lekarz ma zdecydować i zaproponować pacjentowi, że już nie standardowe, a właśnie niestandardowe leczenie lub jakiś program byłoby odpowiednie dla jego choroby. Liczymy na bardzo odpowiedzialne postępowanie lekarzy w tych sytuacjach, żeby to nie było dawanie płonnej nadziei i tak naprawdę – to nie jest leczenie łatwe do zniesienia dla pacjenta, jak wszyscy wiemy –

zwiększenie w budżecie tych pieniędzy miało dać wyraźny sygnał – „proszę państwa, jeśli jest uzasadniony wniosek, gwarantujemy wam pieniądze na leki”, i one są.

Założyliśmy na 2012 r. dużo więcej niż w 2011 r. licząc, że mogą być niewykorzystane, ale chodziło o to, żeby nie było przestoju na żadnym poziomie. Tak więc, niewykorzystanie świadczy o tym – moim zdaniem – że taka była potrzeba w zakresie tych specjalnych dwóch zakresów świadczeń, czyli chemioterapii niestandardowej i programów lekowych. Poza tym, pamiętajmy, że jest to poniekąd skutek ustawy refundacyjnej, która pozwala nam przeznaczać konkretną pulę pieniędzy na trzy zakresy lekowe, ale, tak naprawdę, te dwie pozycje wyglądają optymistycznie, bo zwiększyliśmy dostępność znacznie i liczba spraw i szybkość ich rozpatrywania była dla pacjentów dobra, mimo tych dylematów, czy w tym wypadku ta chemia niestandardowa jest najlepszym medycznie rozwiązaniem dla pacjenta. My często angażujemy konsultantów krajowych w te sprawy, dlatego, że często to oni, i wojewódzcy, sprawując nadzór zwracają się do swoich kolegów specjalistów mówiąc „drodzy państwo, proszę to dokładnie przemyśleć, bo to jest sprawa życia konkretnego pacjenta”.

To jest optymistyczny element, że zwiększyliśmy dostępność. Niewykorzystanie nie jest czymś, czym byśmy się martwili, dlatego, że zapewniliśmy wysoki poziom możliwy do sfinansowania. Nie zostało wszystko wykorzystane, więc takie były potrzeby w 2012 r., ale trend, pani poseł, utrzymujemy w 2013 r. Monitorujemy to. Doszły w 2013 r. nowe programy i każdorazowo, po nowej liście, analizujemy, jakie jest wykorzystanie w danym programie. Indywidualnie analizujemy dany program i zlecenie czy finansowanie konkretnego leku w ramach programu. Widzimy pewne trendy, tak jak pani to nazwała, i po prostu reagujemy na nowe listy i na nowe programy. Takie jest nasze zadanie.

Odnosnie do PET-ów, temat oczywiście jest trudny, ponieważ bywa tak, proszę państwa, że dostępność do samych urządzeń mamy już większą niż dużo zamożniejsza część Europy. Staramy się, żeby to było właściwie wykorzystane. Myślę, że będziemy się wspierać nadzorem merytorycznym w tym zakresie, żeby jakość była dobra. To jest badanie dobre dla pacjenta pod warunkiem, że jest dobrze zrobione, że materiał jest wykorzystany po to, żeby właściwie zdiagnozować pacjenta.

Chcielibyśmy sprawdzić, jak to rzeczywiście funkcjonuje. Jednak nie może być tak, że kolejny pomysł, na przykład, trzeci PET w mieście wojewódzkim lub byłym wojewódzkim powoduje to, że my natychmiast mamy zawierać umowę, dlatego, że ktoś podjął taką decyzję inwestycyjną. My pytamy przede wszystkim o potrzeby epidemiologiczne i o to, czy ma kto te badania robić i opisywać, bo to nie jest takie oczywiste. Tak więc, tu zalecałabym... I tak samo w przypadku rezonansów i tomografów zwracamy wielką uwagę na stronę jakościową i, proszę wybaczyć, ale nie wszystkie pomysły inwestycyjne będziemy przyjmować za dobre. Znaczenie ma dla nas strona pacjenta, a nie inwestora.

Następne pytania dotyczyły także bilansów – ale już się do tego odniosłam – oraz dofinansowania POZ-u. Proszę państwa, w 2012r., w trakcie roku nastąpiło zwiększenie o 219 mln. Nie jest zatem tak, że w przypadku zmian planu finansowego w trakcie roku, co następuje, między innymi, na wniosek dyrektorów, ta dziedzina nie została dostrzeżona. Zmiany w trakcie roku 2012 były. Nie były one wielkie. Wiemy, poza wszystkim, że jesteśmy w dużym kryzysie, w związku z tym to, że zwiększamy finansowanie niektórych dziedzin, to jest ogromny wysiłek, ale każde dodatkowe pieniądze wydajemy.

Świadczenie związane z okresem zachorowania na grypę. Widzimy także różnicę. I już w 2013 r. – a jeżeli pytania wykraczały poza temat, to ja w odpowiedziach postaram się nie wykraczać za bardzo poza, panie przewodniczący – także przez zmniejszenie dla państwa kryterium ilości chorych, które pozwala na dodatkowe świadczenie, widzimy wzrost finansowania w pierwszym półroczu.

Cieszę się, że bilanse zaistniały tutaj jako temat, dlatego, że tak naprawdę widzimy problem w profilaktyce w ogóle, a w dziecięcej w szczególności. Tak więc, większe zwrócenie uwagi oraz zachęcanie lekarzy do dbania o dzieci jeszcze staranniej niż do tej pory nie wydaje mi się niczym nagannym i rzeczą, z której należałoby się tłumaczyć. Przeciwnie, należy namawiać do tego, żeby te bilanse rodzice i lekarze przeprowadzali.

Odnosnie do eWUŚ-a podniesiono wątek, jak to eWUŚ nie działał. Nie chcę się do tego odnosić, bo awarie eWUŚ-a nastąpiły dwa razy i media miały wydarzenie dnia.

Okazuje się, że wszyscy żyliśmy bez eWUŚ-a lata całe, a teraz, kiedy się zawiesił, jest to najważniejsze wydarzenie dnia. Proszę państwa, otóż sprawozdawczość naszych parterów handlowych, czyli szpitali i specjalistyki, a także POZ-u nie świadczy w żadnym wypadku o tym, że eWUŚ nie działa, bo w sprawozdawczości, w przypadku pacjentów sprawozdawanych nam i będących podstawą do zapłaty, szpitale w szczególności wskazują sprawdzenie uprawnień na podstawie eWUŚ-a.

Padło pytanie, dla kogo on był. Otóż, dla pacjentów, żeby nie musieli chodzić z dokumentami. Nie muszą pamiętać o dokumencie od pracodawcy i innych dokumentach, tylko mogą przyjść na miejsce, gdzie są umówieni lub potrzebują nagle pomocy – zresztą w przypadkach nagłych to i tak nie miało znaczenia – żeby być przyjętym. Poza tym, to szpitale i poradnie są tego beneficjentami, ponieważ pacjent, który przychodził na planowe świadczenie, poradę, bez dowodu ubezpieczenia, teoretycznie mógł być nieprzyjęty, i często bywał nieprzyjęty, ponieważ mamy system ubezpieczeniowy oparty na ubezpieczeniu zdrowotnym i na składce ubezpieczeniowej, jak zdecydowana większość w Europie. W związku z tym, było to ryzyko i prośenie pacjenta – „proszę donieść dokument później”. Ten ciężar pracy wziął na siebie NFZ. To my będziemy sprawdzać i sprawdzamy, czy to uprawnienie rzeczywiście istnieje. Przez drugą połowę roku 2012 – bo o nim tu głównie mówimy – została wykonana duża praca przy współpracy z ZUS-em i porządkowanie systemu. Mamy jasność w tej chwili... To oczywiście może się lekko zmieniać z dnia na dzień, bo ktoś nowy zyskuje pracę, ktoś wraca z zagranicy, a ktoś wyjeżdża – to jest oczywiście bardzo płynne, naród jest wyjątkowo mobilny – ale jest istotne to, że na ponad 3 mln osób o niepotwierdzonym statusie, ZUS nie ma najmniejszych wątpliwości do ponad 2, że te osoby w systemie ZUS-owskim z jakiegokolwiek podstawy miały ubezpieczenie.

Wiemy, że na taką liczbę – a właściwie nieco wyższą – szacujemy naszą emigrację, czyli osoby, które żyją za granicą, tam pracują i korzystają ze świadczeń. A problem, o którym tutaj mówiliśmy, zwłaszcza w końcowych wypowiedziach, dotyczy tego, że od lat te osoby są zadeklarowane u lekarzy rodzinnych, mimo że nie korzystają... Bo, proszę państwa, sprawdziliśmy, że przez 12 miesięcy ponad 2 mln z tych osób, które potencjalnie nie mają potwierzonego świadczenia, nie korzystały z tych usług. Czyli po prostu mamy świadomość, że to są osoby, odnośnie do których istnieje prawdopodobieństwo graniczące z pewnością, że tego uprawnienia nie posiadają... Pewność daje nam ZUS. 2 mln – potwierdza nam w ciągu godziny, że te osoby nie są w systemie.

W sprawie higieny szkolnej i stomatologii – odpowiadając na pierwsze pytania – udzielię głosu panu wiceprezesowi, jeżeli pan przewodniczący pozwoli...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Tak, oczywiście. Bardzo proszę, panie prezesie...

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Dziękuję bardzo.

Zastępca prezesa NFZ Marcin Pakulski:

Pani poseł, w rodzaju leczenia stomatologiczne opieka nad dziećmi jest sprawowana i finansowana nie tylko w zakresie stomatologii dziecięcej, ale również w innych, dodatkowych, co najmniej czterech zakresach. Postaram się je tutaj przybliżyć.

Są to świadczenia ogólnostomatologiczne – i tu zwróciłbym uwagę na to, że gros dzieci de facto uzyskuje opiekę w gabinetach ogólnostomatologicznych. Tak więc, jeśli bralibyśmy pod uwagę wyłącznie ten wymiar nakładów, który dla stomatologii dla dzieci i młodzieży jest ograniczony do ukończenia 18 roku życia, jest to – powiedziałbym – daleko niewystarczające stwierdzenie, ponieważ – tak jak powiedziałem – większość dzieci ma udzielane świadczenia w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych. Jednak, poza tymi dwoma zakresami, mamy jeszcze zakres – świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii, gdzie dzieci również mogą być przyjmowane, świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz szczególnie program skierowany do dzieci z wadami twarzoczaszki, a mianowicie ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej.

Jeśli państwo zechcieliby zajrzeć do naszego Sprawozdania mniej więcej od str. 95 do nawet str. 100, to znajdą tam państwo ciekawe porównania nakładów w podziale na poszczególne grupy wiekowe, i również na płeć. Chciałbym paniom i panom posłom zwrócić uwagę na wykres nr III.49 na str. 97, który pokazuje, jaka jest wartość poniesionych wydatków w 2012 r. w podziale na wiek i płeć w tysiącach złotych. I gdyby państwo zechcieli popatrzeć, to między 6 a 9 rokiem życia, generalnie, jak widać, ta wartość w stosunku do innych grup wiekowych, jest wyraźnie większa, jeśli chodzi o dzieci. Ona sięga, mniej więcej około 11 roku życia, kwoty 30 mln zł, ale w przedziale między 6 a 9 rokiem życia jest to około 22 mln zł.

Również dość interesującym wykresem jest wykres pokazujący liczbę osób korzystających ze świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych, w podziale na kobiety i mężczyzn w odpowiednich grupach wiekowych. Tu również widać bardzo wyraźnie – proszę zwrócić uwagę, że średnio, jeśli przyjmiemy, jest to około 6,5 tys. osób na 10 tys. uprawnionych. A więc, zapewniliśmy ponad 6 dzieciom na 10 uprawnionych osób dostęp do świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenia stomatologicznego.

Tak więc, jest to wielokrotnie większa możliwość uzyskania świadczeń niż w innych grupach wiekowych. Tu widać, że z tą dostępnością nie jest tak źle – w naszej opinii – jak to jest często prezentowane.

Odnosnie do gabinetów stomatologicznych w szkołach, chciałbym powiedzieć, że nie ma żadnych ograniczeń w tym, aby takie gabinety w szkołach się tworzyły. Gabinety stomatologiczne szkolne tworzone są na tych samych zasadach jak gabinety stomatologiczne w każdym innym miejscu. Ze względu na zapisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, które nie zmieniły się od 2004 r., one na takich samych zasadach mogą ubiegać się o zawarcie umowy z publicznym płatnikiem. NFZ w żaden sposób nie dyskryminuje gabinetów stomatologicznych, które są zlokalizowane w szkołach, jeśli taka oferta będzie konkurencyjna w stosunku do innych ofert, które są składane.

Odnosnie do pielęgniarki szkolnej, chciałbym powiedzieć, że na ten rok, ze względu na to, że zauważamy zmiany demograficzne, które powodują spadek liczby uczniów w szkołach, postanowiliśmy zaplanować zwiększenie wartości świadczeń tak, aby zrekomensować w jakimś stopniu te ubytki w finansowaniu i utrzymać dalej finansowanie świadczeń w tym obszarze. To wprost wiąże się w jakiejś mierze z opieką stomatologiczną, bowiem pielęgniarki szkolne prowadzą również fluorkowanie, a więc profilaktykę w zakresie próchnicy.

Jeśli to wystarczy, to dziękuję. Jeśli są jakieś pytania...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Proszę bardzo, pani poseł.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Ja *ad vocem*. Proszę państwa, ponieważ na tej sali wczoraj padły zupełnie inne wyjaśnienia ze strony pana ministra, to ja poprosiłabym jednak, pani prezes, o to, aby państwo wyjaśnili to na piśmie i odnieśli się w swojej odpowiedzi także do skutków działania, które są dość dobrze opisane w statystyce, a także w raporcie Najwyższej Izby Kontroli, dlatego, że powstaje szum i kompletna niejasność.

Tak samo, pani prezes, poproszę jednak o dokładne wyjaśnienie, skąd biorą się te różnice dotyczące bilansu zdrowia. Jeśli dziecko jest chore i lekarz nie ogląda tego dziecka przez kilka lat, a jednak ma zapisane to dziecko w swoim wykazie do opieki, to skutki tego są dramatyczne, także finansowe. Proszę o wyjaśnienie na piśmie, jeśli można. Dziękuję bardzo za obecne wyjaśnienie...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Nie prowadźmy takiej dyskusji. Pani prezes prosiła jeszcze o zabranie głosu, żeby odpowiedzieć przewodniczącemu Latosowi. Tak zrozumiałem. Czy tak, pani prezes?

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Tak. Bardzo dziękuję...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Proszę bardzo.

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Ponieważ w międzyczasie pan przewodniczący do nas dotarł, a poprosiłam pana prezesa o uzupełnienie...

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja bardzo dziękuję, pani prezes, za...

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Bardzo proszę. Otóż, proszę państwa, pan poseł zapytał o kontrolę i o dane za okres, o którym głównie mówimy, a więc za 2012 r. W tym roku zrealizowaliśmy kontrolę dotyczącą 3111 umów o udzielanie świadczeń, co skutkowało zwrotem środków zakwestionowanych świadczeń na 38 mln i karami na ponad 20 mln. Proszę państwa, oczywiście, część kontroli kończyła się nienakładaniem żadnych kar – takie kontrole też bywają.

Proszę państwa, na tej sali nie tak dawno temu odpowiadaliśmy na pytania dotyczące kontroli, ponieważ NIK nam zarzuca, że za mało kontrolujemy, także ilościowo i jeżeli chodzi o wysokość nakładanych kar. Staraliśmy się w swojej interpretacji teorii kontroli bronić oczywiście ją doskonaląc, głównie przez to – co widać szczególnie w refundacji – żeby to były kontrole, które wynikają najpierw z analizy wewnętrznej, silnej sprawozdawczości, żeby nie absorbować zarówno świadczeniodawców, jak i swoich pracowników mało istotnymi kontrolami. Tak zresztą deklarowaliśmy przy zmianach zapisów dotyczących zarządzeń, które w zakresie kontroli ordynacji powstawały w trakcie 2012 r., w jego połowie, po zmianie przepisów.

Nie chcę się odnosić do konkretnej kontroli, jeżeli pan pozwoli – zresztą ta sprawa w trybie odwoławczym trafi lub nie – ale pojawił się w wątek, i w pana wypowiedzi, także mówił o tym pan przewodniczący Hoc, że zdarza nam się niezwykle często – i to jest jedna z dwóch pierwszych nieprawidłowości ze strony świadczeniodawcy – sprawozdanie świadczenia innego niż zostało rzeczywiście wykonane, co jest wielką nieprawidłowością. Najczęściej jest sprawozdane świadczenie o wielokrotnie większej wartości. Czyli – tak, jak pan przewodniczący podał – było wykonane świadczenie diagnostyczne, a została rozliczona hospitalizacja. I to jest jedna z przesłanek kontroli. Na przyszły rok także będziemy planować kontrolę koordynowaną, dedykowaną procesowi tego rodzaju... Nie wiem, jak to inaczej nazwać. W każdym razie taka nieprawidłowość jest przez nas obserwowana i w przypadku onkologii, niestety, też.

Jeśli chodzi o traktowanie onkologii jako priorytetu, to oczywiście przez ostatnie lata widać duży wzrost nakładów na tę dziedzinę. W 2012 r., o którym mówimy, priorytetowo potraktowaliśmy leki w tym zakresie. Mówiliśmy w czasie sprawozdawania – jest to opisane – że w zakresie chemioterapii niestandardowej, programów lekowych oraz chemioterapii standardowej, tak ją nazwijmy, zwiększyliśmy znacznie nakłady zwiększając wartość umów, rozliczając się na bieżąco co miesiąc ze świadczeniodawcami. Przyglądamy się tej dziedzinie bardzo, także z tego powodu, że chcielibyśmy zmobilizować świadczeniodawców w zakresie chemioterapii – jak mówię, traktowanej w tej dziedzinie także priorytetowo – do tego, żeby jednak, kiedy jest to tylko możliwe, podawać lek pacjentowi w warunkach nieszpitalnych. Jeżeli jego komfort i stan zdrowia pozwalają podać ten lek w tak zwanej chemii jednodniowej lub ambulatoryjnie. Takie są trendy ogólnoswiatowe, europejskie w szczególności. Niestety, część naszych świadczeniodawców jeszcze się do nich nie dostosowała. Niektórzy nawet nie chcą z nami zawierać umowy na świadczenia chemioterapii w trybie jednodniowym, ale staramy się namawiać poprzez posiadane środki, żeby takie umowy zawrzeć.

Odnosnie do eWUŚ-a, dużo mówiłam w międzyczasie, ale ponieważ eWUŚ stał się medialnym hasłem, pamiętajmy, że mówimy o Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, do którego świadczeniodawcy mają dostęp. Ten system został naprawdę mocno uporządkowany w 2012 r. On zawsze będzie się zmieniać. Nawet z dnia na dzień będzie się zmieniać, bo ktoś zyskuje, a ktoś traci uprawnienie. Jest on już na bardzo dużym poziomie uporządkowania, ale pamiętajmy także o tym, jeżeli pacjent składa oświadczenie – bo z jakiegoś względu pracodawca nie dopełnił obowiązku, czy ZUS nam jeszcze nie prze-

słał informacji – że pracodawca ma 7 dni na przesłanie, a pacjent może iść do lekarza już na drugi dzień. Zatem, wtedy pacjent składa oświadczenie i my to także honorujemy, i to w każdym rodzaju świadczeń, bez względu na to, czy to jest podstawowa opieka, specjalistyczna czy szpitalna. Wtedy za to świadczenie podmiotowi wypłacamy wynagrodzenie. Ryzyko powiedzenia nieprawdy w tym zakresie spoczywa wtedy na pacjencie, aczkolwiek takie przypadki są naprawdę marginalne...

Posel Tomasz Latos (PiS):

Pani prezes, pozwolę sobie jeszcze o coś dopytać. Chodzi oczywiście o sytuację sporu z ministrem finansów.

Mamy sytuację następującą. Pacjent, który – jak wynika z systemu – jest nieubezpieczony, pisze oświadczenie. To jest przecież w jakiś sposób weryfikowane przez państwa. Zatem, tak na pierwszy rzut oka, wydaje się, że albo kwota, która jest niezbędna do zabezpieczenia świadczeń medycznych, o które państwo występują do ministra finansów, rzeczywiście musi być trzykrotnie wyższa, bo to wynika również w toku tej weryfikacji. Czyli – przepraszam, że mówię tak chaotycznie – mamy sytuację taką, że rodzic, który zapomniał zgłosić dziecko, przy okazji wizyty w szpitalu pisze oświadczenie i jest to weryfikowane. Jak rozumiem, nie o tych pacjentów chodzi w tym wystąpieniu do ministra, bo to jakoś zostało zweryfikowane. Skąd więc ta duża kwota? A jeżeli to jest logiczną konsekwencją systemu, który okazał się szczelny i skuteczny, to jak wygląda ta dyskusja z ministrem finansów, żeby właśnie tę, a nie inną kwotę państwu przekazał.

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Proszę bardzo, pani prezes.

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, kwota dotacji, zgodnie z ustawą, dotyczy pacjentów uprawnionych, a nie zgłoszonych, bo nasz system jest oparty na systemie składki zdrowotnej. Ale do zgłoszenia nie wystarczy własne przekonanie, na przykład, że prowadzę działalność gospodarczą, trzeba dokonać formalności związanych z tą działalnością. Mamy grupę pacjentów, którzy takie uprawnienie posiadają. Dotyczy to w szczególności dzieci.

Zdecydowana większość dzieci jest przez rodziców zgłoszona. Dużo ponad 6 mln dzieci jest zgłoszonych. Jest jednak grupa niezgłoszonych oraz dzieci osób nieuprawnionych. Skoro w ubiegłym roku latem podjęliśmy ustawę zmieniającą art. 50 ustawy o świadczeniach, w którym zapisano, że miejsce zamieszkania dziecka nie ma znaczenia, to znaczy, że dziecko emigrantów, którzy pracując i płacąc składki za granicą nie mają tu prawa przyjść do lekarza poza sytuacjami nagłymi, ma to prawo. W związku z tym, na te dzieci potrzebna jest ta dotacja. Jednak ta dotacja, zgodnie z ustawą, przysługuje także na osoby leczone na choroby zakaźne czy chorobę alkoholową oraz osoby z koordynacji. I to nie jest żadna nowość.

Proszę państwa, nie można się spodziewać, że przez lata będzie to kwota *constans*... Ona zmienia się systematycznie. Od 2012 r. korespondencję na ten temat toczymy już rok, a więc nie jest to nowy temat. Dziękuję.

Posel Tomasz Latos (PiS):

Ale, przepraszam, jeszcze jedna uwaga. Państwo kwoty nie zmienili, czyli w dalszym ciągu przekonujecie ministra finansów, że właśnie ta kwota, którą wyliczyliście, jest należna. Czy tak?

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Panie przewodniczący, ponieważ w tym wypadku ustawa stanowi, że za świadczenie należy się zwrot, my przyjmujemy pewną hipotezę na podstawie danych historycznych. Może być tak, że będzie mniej lub więcej, ponieważ zapłata należy się za konkretnego pacjenta w wysokości świadczenia udzielonego. Zrobiliśmy badanie na podstawie okresu minionego, solidnie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, jeszcze krótkie wypowiedzi pani poseł Kłosin, pana przewodniczącego Hoca – ale ewentualne odpowiedzi proponuję przekazać na piśmie – i będziemy zamykać dyskusję, po czym przejdziemy do przyjęcia Sprawozdania. Bardzo proszę.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Pani prezes, jeśli pani teraz nie może odpowiedzieć, to ja też poproszę o odpowiedź na piśmie. Chodzi mi o różnice w tabeli między liczbą pacjentów, którym udzielono świadczeń w zakresie PET-a, a liczbą zapłaconych świadczeń. Pytałam, z czego to wynika, żeby może przeanalizować tę tabelę i zobaczyć, z czego wynikają te znaczące różnice...

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, odpowiem jednym zdaniem...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Jeśli krótko, to bardzo proszę...

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Z tego, że jednemu pacjentowi można zrobić więcej badań. Jedna osoba może mieć więcej badań...

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Tak, ja sobie z tego zdaję sprawę...

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Z tego wynika różnica. Z niczego więcej.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Czyli – bo tu są duże dysproporcje – musiało być dużo takich przypadków. Czy państwo to analizują? O to mi chodziło.

Prezes NFZ Agnieszka Pachciarz:

Oczywiście. Każdy oddział to analizuje.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

I drugie moje pytanie. Chodzi o te etaty związane z eWUŚ-em. Czy pani prezes ma... Czy to na piśmie...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Na piśmie, pani poseł...

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Zresztą ja złożę interpelację...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Bardzo proszę, krótko. Pan przewodniczący Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Przepraszam, że zadaję to pytanie, bo wiem, że nie ma ono ścisłego związku z dzisiejszym posiedzeniem Komisji, ale korzystając z okazji, że pani prezes dzisiaj tak chętnie odpowiada... Czy polski pacjent ma możliwość w Polsce jakiegokolwiek terapii komórkami macierzystymi?

I drugie pytanie. Jeżeli nie, czy jeśli pojedzie za granicę, założymy, że stwardnienie zanikowe boczne będzie leczone komórkami macierzystymi – może to być na piśmie, pani prezes – to możemy refundować takie leczenie. Bo jeśli uważacie, że to są tylko eksperymenty, a nie zatwierdzona metoda leczenia, to odpowiedź będzie jasna. Natomiast, czy...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Panie pośle...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Tylko tyle...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Panie przewodniczący, niech pan przygotuje pytanie na piśmie, pani prezes też odpowie na piśmie...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dolączę to do tych pytań...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Zamykam dyskusję i składam wniosek o przyjęcie Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2012. Czy ktoś jest przeciwny przyjęciu Sprawozdania?

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak. Proponuję głosowanie.

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Bardzo proszę – kto z państwa posłów jest za przyjęciem Sprawozdania? Dziękuję. Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał od głosu? Proszę o podanie wyniku.

Stwierdzam, że przy braku głosów przeciwnych, Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2012 zostało przyjęte. Było 9 głosów wstrzymujących się. Dziękuję bardzo.

Pozostaje nam jeszcze wybór sprawozdawcy. Poprzednio sprawozdawcą była pani poseł Kłosin. Czy pani poseł Kłosin – to jest moja propozycja – zgadza się być sprawozdawcą? Dziękuję bardzo. Pani poseł Kłosin będzie sprawozdawcą.