

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 150)

z dnia 24 września 2014 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 150)

24 września 2014 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i posła **Jarosława Katulskiego (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, realizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie „Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2013” (druk nr 2711);

– rozpatrzenie „Sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2013” (druk nr 2719).

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Neumann** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Tadeusz Jędrzejczyk** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Paweł Korzeniowski** główny specjalista K.p. w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Katarzyna Latuszek-Pasternak** specjalista w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Mirosław Stasiak** zastępca dyrektora Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej Ministerstwa Finansów, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jerzy Kiwiński** młodszy specjalista w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej, **Anna Krzyżanowska** ekspert Pracodawców RP, **Teresa Kuziara** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz **Anna Lipnicka** sekretarz Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

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

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Dzień dobry. Witam wszystkich na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia. Zgodnie z porządkiem obrad powinniśmy rozpatrzyć dwa punkty. Punkt pierwszy – „Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2013”, zawarte w druku nr 2711, przedstawiać będą minister zdrowia oraz prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Punkt drugi – „Sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2013”, zawarte w druku nr 2719, również przedstawi minister zdrowia, a także przedstawiciel Ministerstwa Finansów. Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:

Dziękuję, panie przewodniczący. Mam zaszczyt przedstawić państwu sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia. Otrzymali je państwo w druku, chciałbym więc tylko bardzo skrótowo poinformować Wysoką Komisję, że zgodnie z ustawą mamy obowiązek przedstawić takie sprawozdanie do 31 sierpnia. Zostało ono przedstawione i zaopiniowane przez ministra finansów i zatwierdzone przez ministra zdrowia.

Informacja dla państwa jest na piśmie. Nie wiem, czy w tej chwili bardzo szczegółowo je omawiać, czy dać szansę panu prezesowi na skrótowe przedstawienie tego sprawozdania. Jak co roku, działanie Narodowego Funduszu Zdrowia jest opisane dość dokładnie. Mieli państwo okazję z tym się zapoznać, więc powtarzanie tego samego chyba...

Przewodniczący poseł Jarosław Katulski (PO):

Panie ministrze, jeśli pan upoważnia pana prezesa, to bardzo proszę.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeusz Jędrzejczyk:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni panowie i panie posłanki. Chciałbym zaprezentować sprawozdanie z działalności Funduszu, które państwo otrzymali. Jak pań-

stwo widzą, jest ono obszerne, liczy prawie 200 stron. Fundusz realizował swoje zadania opierając się na Zarządzie w postaci prezesa i zastępców prezesa, centrali Narodowego Funduszu Zdrowia i 16 oddziałach wojewódzkich. Ustawa w okresie sprawozdawczym była zmieniana czterokrotnie, niemniej jednak nie przeszkodziło to w funkcjonowaniu Funduszu.

Na początek chciałbym podkreślić, że przychody Funduszu pochodziły przede wszystkim ze składek ubezpieczeniowych, realizując solidarnościowy system zabezpieczenia zdrowotnego, i stanowiły 95,3% ogółu przychodów. Blisko 3% wynosiła dotacja budżetu państwa na realizację zadań z zakresu ratownictwa medycznego. Inne źródła stanowiły poniżej 1% przychodów.

Fundusz realizował najważniejsze zadanie, czyli kontraktowanie świadczeń. Państwo mają bardzo szczegółowo rozpisane, w jakich rodzajach świadczeń do tego poziomu sprawozdanie wnika, a także, jak wyglądały wydatki na poszczególne rodzaje oraz analizy zabezpieczenia świadczeń, wybranych, istotnych z punktu widzenia zdrowotnego i społecznego świadczeniodawców. Chciałbym zwrócić uwagę na to, że przedstawiamy również interesujące analizy dotyczące korzystania ze świadczeń w zakresach wiekowych i płci. Mogę powiedzieć, że jednym z ciekawszych i ważnych jest fakt, iż o ile generalnie częstość korzystania ze świadczeń jest większa jeśli chodzi o kobiety, o tyle jednak mężczyźni kosztują zdecydowanie drożej, czyli chorują ciężiej, w związku z czym działania profilaktyczne muszą się koncentrować na tej grupie, czyli mężczyznach w średnim wieku.

Drugim zakresem działania są kontrole umów. W 2013 r. przeprowadziliśmy tych kontroli 2800 – zaraz znajdę dokładne dane. W ich wyniku zakwestionowano świadczenia na blisko 80.000 tys. zł i nałożono kary umowne z tytułu wadliwie wykonywanych umów na kwotę 20.000.000 tys. zł. Przedstawiliśmy również szczegółowo, w jakich rodzajach świadczeń te kontrole zostały przeprowadzone.

Kontrolą były również objęte preskrypcje na leki. W tym zakresie liczba wykonanych kontroli była dość wysoka, większa niż w roku poprzednim, w związku z czym, ze względu na zakres świadczeń, rezultat finansowy był niższy, bo wyniósł niecały 1000 tys. zł. Do najczęstszych nieprawidłowości – na co warto zwrócić uwagę – należało nieprawidłowe rozliczanie grup w Jednorodnych Grupach Pacjentów, tak zwany ruch międzyoddziałowy, wskazanie hospitalizacji i świadczeń, które mogą być wykonywane w warunkach ambulatoryjnych. To również będzie stanowić dla nas podstawę do działań prewencyjnych i skierowania tych pieniędzy, które mamy w systemie, na opiekę ambulatoryjną jako tańszą, bardziej efektywną i często bezpieczniejszą dla pacjentów. Kolejną dużą grupą są braki w sprzęcie i personelu medycznym.

Kończąc, nie można nie zatrzymać się na chwilę przy obsłudze świadczeniobiorców, czyli ubezpieczonych. Ta obsługa została zabezpieczona przez właściwe oddziały i komórki w oddziałach i centrali. Chciałbym zwrócić uwagę na to, że w związku z nowelizacją ustawy przybyło dużo zadań z zakresu ustalania prawa do świadczeń – liczba decyzji administracyjnych w sprawie wydawania decyzji indywidualnych na rzecz ubezpieczonych bardzo wzrosła w tym roku i w dalszym ciągu jest tendencja wzrostowa – ale również tradycyjnie zajmowaliśmy się rozpatrywaniem skarg ubezpieczonych z zastrzeżeniami odnośnie do dostępności i reagowaniem na zgłoszone elementy.

Przekazałem państwu to sprawozdanie w maksymalnie dużym skrócie. Oczywiście, jesteśmy do dyspozycji Komisji, jeżeli będą szczegółowe pytania.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Kto z państwa chce zabrać głos? Bardzo proszę, pan poseł Chmielowski.

Poseł Piotr Chmielowski (SLD):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie prezesie, statystyki, czy opisy ładnie wyglądają. Akurat pan ma wersję lekko pokolorowaną – jak widzę – więc wygodnie można znaleźć dane. Chciałbym porozmawiać o pewnych praktykach, które nadal funkcjonują w NFZ, a w moim odczuciu są karygodne.

Pierwsza sprawa, to kwestia bezczelnego, wręcz prostackiego rozwiązywania umów ze świadczeniodawcami, polegająca na tym, że jeśli jest zlecenie, to niszczy się danego lekarza, klinikę czy działalność gospodarczą. Z takim przypadkiem mieliśmy do czynienia w Katowicach na początku tego roku, kiedy bez najmniejszego powodu, w sposób irracjonalny, bezczelny – nawet znałem te...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Prosiłbym jednak zmienić ten język...

Poseł Piotr Chmielowski (SLD):

Dobrze. Dwie osoby przeprowadziły kontrolę, powiedzmy śmieszna, i na jej podstawie rozwiązano umowę ze szpitalem – jedynym prywatnym dużym szpitalem, który świadczył usługi. Do dzisiaj nie zostało to przywrócone, pomimo że trwają różnego rodzaju procesy – i cywilne, i karne – w stosunku do tych osób, które to zrobiły. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa, to kwestia kontraktowania, które odbyło się w połowie tego roku, a dotyczyło stomatologii. Przepraszam, będę tu mówić o warunkach śląskich. Moglibyśmy mówić jeszcze o innych, ale myślę, że jest to jednoznaczne.

Otóż, przyjrzałem się bardzo dokładnie osobom, które przydzielały kontrakty. Panie prezesie, to były osoby z łapanki. Wśród nich nie było ani ekspertów, ani specjalistów. To byli ludzie zatrudnieni 2-3 tygodnie wcześniej na umowy o pracę, niektórzy nawet bez tych umów, proszę pana, i przydzielali kontrakty. Taka sytuacja oczywiście spowodowała pewnego rodzaju zamęt polegający na tym, że część oferentów kontraktów nie dostała. Część oferentów, którzy nie spełniali żadnych warunków, kontrakty dostała, itd., itd.

Jest jeszcze następna kwestia, a mianowicie, personalna – to, co się działo w oddziale wojewódzkim na Śląsku na przełomie tego roku. To, co się odbyło w zakresie zwalniania dyrektora, a także pewnych późniejszych rozwiązań personalnych chluby NFZ-owi raczej nie przynosi. Chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na to, że te osoby, które w pewnym sensie zostały pokrzywdzone – przynajmniej tak to można zrozumieć – bo zwolnione z pracy, pomimo tego, że część z nich została przywrócona, to część z nich nie została przywrócona, chociaż wszyscy wiemy, że to było działanie patologiczne. Tyle, jeżeli chodzi o te kwestie. Możemy to odnosić do wszystkich innych specjalności. Ja mówiłem akurat o stomatologii, ale możemy to odnosić do wszystkich innych oddziałów. Już nie będę przedłużać. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Zalewska.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Państwo przewodniczący, Wysoka Komisjo, szanowni goście, rzeczywiście, prezentacja była – mało powiedziane – ogólnikowa. Dziwię się, że prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie podaje kilkunastu liczb – prostych, oczywistych – które pokazują najbardziej wrażliwe elementy funkcjonowania systemu zdrowia, w tym sposób funkcjonowania NFZ. W związku z tym, proszę o kilka informacji, które oczywiście wynikają z dokumentu, ale chciałabym, żeby znalazły się w protokole, a które będą mówić o przychodach, wydatkach, kłopotach, kwotach przeznaczonych na poszczególne usługi i dla poszczególnych świadczeniobiorców i świadczeniodawców, z refleksją, panie prezesie, najprzeróżniejszych przesunięć, bo są one opisane bezkwotowo – one wynikały z różnego rodzaju audytów – i refleksji na rok 2014. Oczekiwałam takiego oto przedstawienia materiałów. Bardzo więc proszę, aby pan prezes jednak do tego wrócił i wyciągnął wnioski, które ewentualnie przedstawiłby Wysokiej Komisji. A teraz już kilka szczegółowych pytań.

Bardzo proszę, aby pan prezes wypowiedział się na temat kłopotów z informatyzacją. Wiemy, że one są, i wynikają nie tylko z raportów Najwyższej Izby Kontroli, z doniesień CBA, ale również z analizy absorbowania funduszy strukturalnych na ten cel. W związku z tym, proszę powiedzieć, jak to wygląda w systemie.

Państwo bardzo ładnie w części opisowej mówią o Zintegrowanym Informatorze Pacjenta, e-fakturze, słynnym systemie eWUŚ, natomiast, jak to się ma do decyzji

podjętej w lipcu tego roku przez Wysoki Sejm, który odpowiedział na kłopoty z informatyzacją przychodni i szpitali i przedłużył ten czas na następne 3 lata. To nijak się ma do rozliczenia z Komisją Europejską. Poproszę też o bardzo szczegółową weryfikację tych wszystkich kłopotów i odniesienie się również do raportu Najwyższej Izby Kontroli, która wskazuje na możliwość niewykorzystania funduszy strukturalnych. Przypominam, że mamy już końcówkę roku 2014. To jest właśnie *deadline*, możemy więc wyłącznie kończyć. W związku z tym proszę o wnioski.

Następna kwestia – nie będę się pastwić nad profilaktyką i promocją, bo tak ogólnikowych sprawozdań już dawno nie widziałam, również bez podawania kwot – to same projekty realizowane przez Fundusz. Chciałabym, żeby pan prezes poświęcił temu więcej uwagi. Proszę mi powiedzieć, na przykład, jak funkcjonuje Akademia Narodowego Funduszu Zdrowia, która działa w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Interesujące jest, w jaki sposób państwo wzmacniają potencjał zdrowia, rozwijają zasoby ludzkie, podnoszą jakość w ochronie zdrowia. To są priorytety, z których będziecie musieli się oczywiście rozliczyć. Myślę, że to na bieżąco monitorujecie, choć w jednym z audytów ten monitoring jest pokazany jako słaba strona NFZ, więc wzajemnie i wewnątrznie średnio się kontrolujecie. W związku z tym, proszę o rozszerzenie w kontekście Kapitału Ludzkiego i wszystkich szkoleń, w których państwo uczestniczą, bo – z tego, co pamiętam – są to spore pieniądze.

Uczestniczą państwo w Programie Operacyjnym PL13 ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu. Czy pan byłby uprzejmy przekazać informacje, jakie to są kwoty, jak ten program jest monitorowany, na jakim on jest etapie i w jaki sposób doszło do ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu, bo rzeczywistość dramatycznie nie współgra z tymi programami, o których państwo tutaj piszą?

Jednocześnie – na str. 56, w rozdziale dotyczącym lecznictwa szpitalnego – mówią państwo o różnego rodzaju oczekiwaniach różnych środowisk i tego, że państwo jednak przesuwali te środki. Zacytuję: „W związku z oczekiwaniami środowiska pediatrycznego związanymi z ponowną wyceną punktów Jednorodnych Grup Pacjenta, poprzez które rozliczane są świadczenia opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży, Fundusz przeprowadził weryfikację kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców podczas realizacji dużej części z tych świadczeń”. Mówią państwo o przesunięciu środków. Pytam, skąd państwo je przesunęli – chyba że mają państwo jakieś zewnętrzne środki. Byłabym zainteresowana tym, jak te przepływy przebiegają. I tu wracam do głębokiej refleksji, bo te pieniądze w 2013 r. przepływały – one się ruszały – i interesujące jest to, kiedy zapadały decyzje, na jaki wniosek, jakie to były kwoty i jak one przepływały z jednego świadczenia do drugiego.

Jeszcze dwie kwestie finansowe, myślę, że strategiczne. nierozwiązana i niezamknięta za rok 2013 jest kwestia konfliktu Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Finansów dotycząca zapłaty za nieubezpieczonych, która wynika z funkcjonowania systemu eWUŚ. Oprócz tego, że wiemy, iż nowo wybrany prezes wycofał pozew na prośbę ministerstwa – mam nadzieję, że nie było to warunkiem bycia prezesem – nie wiemy, jak to zostało jednoznacznie rozwiązane finansowo.

Jednocześnie na str. 175 podają państwo ogólnikową informację: „Struktura roszczeń przekazanych przez Fundusz państwom członkowskim UE i EFTA w związku z leczeniem osób uprawnionych na terenie Polski oraz stanu wiarygodności Polski na dzień...”. W związku z tym, bardzo proszę o wyjaśnienie, bo oprócz tego, że są te roszczenia, to nie ma informacji o tym, jak one się rozstrzygnęły – po której stronie w tej chwili te roszczenia są i jak się skończyły. Podają również państwo w tabelach... Ja jednak bardzo poproszę o zdecydowanie inny druk tych tabel. To jest druk dla absolutnych analityków, którzy mają ochotę z kalkulatorem dodawać i epilować z linijką, żeby nie pomyliły się poszczególne elementy tabeli. To jest duży kłopot w analizie dokumentów. Proszę więc, żeby to rozważyć. Szybciej będziemy mogli dochodzić do różnego rodzaju rozstrzygnięć.

Oczywiście, przy tej uwadze chcę poprosić o informację o nadwykonaniach, bo ja ciągle pytam o nadwykonania – przy każdym sprawozdaniu, budżecie. Oprócz stale pojawiającej się kwoty, nie słyszę, jak to się rozstrzyga co roku. Chciałabym więc dowiedzieć się, jak to się zamknęło w roku 2013.

I jeszcze jedna uwaga, czy pytanie, dotyczące raportu uzupełniającego. Tam podpisali się biegli rewidenci. Oni też to podkreślają, i mówią o skorygowanej nocie i zapisach w sprawie należności warunkowych z tytułu dotacji z budżetu państwa za wykonanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczenia opieki zdrowotnej dla nieubezpieczonych. I tu uwaga biegłego rewidenta – że „nie podano natomiast wielkości tej kwoty z uwagi na to, że w aktualnych warunkach prawnych brak możliwości wiarygodnego określenia wysokości tych należności warunkowych”. Chciałabym, żeby państwo to rozwinęli. Ja znam komunikat biegłych rewidentów i wiem, jak potrafią się asekurować, ale to po prostu wynika z braku danych. Tak naprawdę, biegli rewidenci nie powinni zaakceptować tego sprawozdania. W związku z tym, bardzo proszę o odpowiedzi na te szczegółowe pytania. Jest jeszcze oczywiście kilkanaście innych, które byłyby rozwinięciem tych podstawowych pytań, gdyby jednak pan prezes rzetelnie podszedł do ustnego rekomendowania tego sprawozdania, to być może tych pytań byłoby znacznie mniej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Bardzo proszę, pan przewodniczący Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, przede wszystkim dziękuję panu prezesowi za tak szczegółowy i precyzyjny opis, jeśli chodzi o plan i Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2013. Myślę, że jeśli ktoś czuje niedosyt, tak jak moja poprzedniczka, to zapewne skierował zapytania i interpelacje w odpowiednim czasie, a ponieważ...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Od tego jest Komisja...

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

...program jest przedstawiany sekwencyjnie co roku, pewne rzeczy powtarzają się, więc z pewnością uwagi, jakich dzisiaj wysłuchaliśmy, znajdą swoje odzwierciedlenie w kolejnym sprawozdaniu.

Chciałbym dopytać o jedną rzecz, która w dużym stopniu nurtuje zarówno moich kolegów lekarzy, jak i pacjentów, a tutaj została przedstawiona jako kontrola ordynacji lekarskiej. Otóż, rzeczywiście, w momencie, kiedy weszła w życie ustawa refundacyjna, pojawiły się problemy dotyczące ordynacji, czy jest zgodna z poszczególnymi przepisami. Wielokrotnie lekarze nieświadomie – bo nie mówię tutaj o świadomym działaniu, kiedy leki są wypisywane niezgodnie z zasadami... Są realizowane takie recepty. Zarówno dla lekarzy, jak i dla pacjentów stanowi to pewien problem. Pacjenci często otrzymują recepty w pełnym koszcie, czyli bez refundacji, co wynika z dość skomplikowanego systemu. Czy Narodowy Fundusz Zdrowia pracuje nad tym lub jest bliski wprowadzeniu takich narzędzi informatycznych, które mogłyby być zastosowane w większości praktyk czy miejsc wystawiania recept, żeby to stało się łatwiejsze i błędy, często popełniane nieświadomie lub przez nieuwagę, nie skutkowałyby kontrolami, a następnie nałożeniem kar?

Moją ciekawość budzi też szeroka rozpiętość liczby tych kontroli pomiędzy poszczególnymi oddziałami. I tak, liczba skontrolowanych podmiotów w tym zakresie waha się od bodajże 30 w województwach małopolskim czy świętokrzyskim do 300 czy 400 w województwach mazowieckim, lubelskim i wielkopolskim. Jak Narodowy Fundusz Zdrowia mógłby pomóc osobom, które ordynują leki, a jednocześnie pacjentom, którzy finalnie płacą i często ponoszą pełną odpłatność wynikającą z tego, że osoby poddane takiej kontroli będą długo się zastanawiać zanim zaordynują dany lek zgodnie z przepisami? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze z państwa posłów chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, pani poseł Kłosin.

Posel Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Mam tylko jedno pytanie do pana prezesa, związane z problemami w NFZ, dotyczącymi weryfikacji świadczeń, tak zwanych wycen JGP. Wiem, że Fundusz weryfikował dużą liczbę tych świadczeń i zmieniał wyceny – mieli państwo wypracowaną metodologię analizy tych świadczeń i programy, które pozwalały je prawidłowo weryfikować – jednak, ze względu na pewne zmiany, dotyczące wycen tych świadczeń, przestaliście to robić. Mam pytanie – czy ten program i ta metodologia, którymi państwo dysponują, mogą być też wykorzystane przez inne podmioty dokonujące wyceny, aby nakłady poniesione na przygotowanie tego programu zostały prawidłowo wykorzystane? I czy prace związane z weryfikacją wyceny Jednorodnych Grup Pacjentów będą w dalszym ciągu prowadzone, chociażby częściowo, przez NFZ? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Piontkowski.

Posel Dariusz Piontkowski (PiS):

Chciałbym zapytać o podobne rzeczy, o które pytał pan Orzechowski, ale z nieco innej strony – z punktu widzenia pacjenta. Czy NFZ na podstawie dotychczasowych doświadczeń, także z roku 2013, jest w stanie pokazać, o ile, w stosunku do poprzednich okresów, zwiększyła się liczba recept wypisywanych na 100%, kiedy weszły zmiany ustawowe? Po drugie, czy mają państwo jakieś dane dotyczące tego, jak duża liczba recept w ogóle nie jest wykupowana przez chorych, i czy to się zmieniło w ostatnich latach. Jeżeli tak, to jakich chorób to dotyczy i jaka jest to skala. Czy, w związku z tym, na przykład, zmieniła się liczba wykupowanych leków w poszczególnych chorobach? Czy widać, że to zjawisko nie wykupywania leków lub nadmiernego wykupywania leków – zwiększenia liczby wykupionych leków – w jakichś chorobach szczególnie występuje i czy są jakieś wahania regionalne, bo podobne mechanizmy występują, jak wyraźnie powiedział pan Orzechowski, zarówno z punktu widzenia lekarzy, jak i pacjentów?

I element ostatni. Ostatnia nowelizacja ustawy daje szansę na podpisywanie aneksów zamiast kontraktowania świadczeń. Czy na podstawie dotychczasowych doświadczeń... Może jest to pytanie nieco wykraczające poza dzisiejszy temat, ale skoro jest pan prezes NFZ, to od razu je zadam. Jak pan przewiduje, czy w tym roku większość oddziałów NFZ zdecyduje się na anektowanie świadczeń, czy będą postępowania kontraktowe?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Hoc, proszę bardzo.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Wysoka Komisjo, panie ministrze, panie prezesie, oczywiście każde sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia musimy analizować pod kątem tego, czy poprawiła się sytuacja pacjenta – czy pacjent w 2013 r. był bardziej zadowolony niż w roku 2012. Powinniśmy oceniać w praktyce i teoretycznie, czy pacjent ma większe poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. Powiedziałbym, że nie. I mówię to nie tylko na podstawie obserwacji w praktyce, ale też w wyniku licznych skarg.

Czy pacjent w 2013 r. miał równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych? Nie. Czy szczególną opiekę mieli pacjenci w starszym wieku, kobiety w ciąży, dzieci i osoby niepełnosprawne? Nie. Podam konkretne przykłady kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej chorych na cukrzycę.

Szczyciliśmy się swego czasu, że powstały zespoły, że cukrzyce typu pierwszego, cukrzyce ciężarnych, cukrzyce wymagające bardzo intensywnej insulinoterapii będą prowadzone kompleksowo w specjalistycznych zespołach. O ile mi wiadomo, w 2013 r. cztery województwa nie zakontraktowały ani jednego zespołu KAOS. Na pewno w województwie zachodniopomorskim nie było kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla chorych na cukrzycę. Tak więc, poziom dostępności i jakości wybitnie się obniżył.

Dalej – refundacja leków. Cały czas szczycimy się, że w refundacji leków zaoszczędziliśmy ileś milionów, bo raz było to 1,5 mld zł, a na 2015 r. o 374 mln zł zmniejszyliśmy

refundację leków, to znaczy, że pacjenci są zaopatrzeni, że jest coraz lepiej. Okazuje się, że nie – co czwarty pacjent odchodzi od okienka aptecznego nie wykupując leków. Czyli, czego praktycznie dowiadujemy się jako lekarze. Zdrożały leki w astmie oskrzelowej. Zdrożały leki w cukrzycy, w padaczce. Proszę państwa, w nadczynności tarczycy, którą prowadzę, w Polsce nie ma ani jednego leku refundowanego. Ostatnio był preparat polski Tiamazol, który kosztował 3,2 zł, a jest dostępny za 25 zł, na 100%. Nie ma żadnego preparatu refundowanego, a leczenie polega na tym, że niekiedy podaje się te leki przez półtora roku, nawet 12 tabletek dziennie w pierwszym okresie. Jest to więc rzeczywiście horrendalne dla pacjentów – nie biorą leków, ponieważ nie mają za co ich wykupić.

System eWUS. Jaka jest rzetelność tego sprawozdania? Sami państwo napisali na ostatniej stronie – tak tłumaczycie się z tego – że „Na str. 19 Sprawozdania, we fragmencie dotyczącym Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców eWUS, wskazano, że system obsługiwał średnio 2,9 mln zapytań w dni robocze i 770 tys. zapytań w dni wolne”, a następnie, że w „Informacji w sprawie monitorowania i realizacji ustawy wprowadzającej elektroniczny sposób potwierdzania prawa do świadczeń” podaliście, że eWUS obsługiwał średnio 9.941.063 zapytań w dni robocze i 776.279 w dni wolne. Okazało się, oczywiście, że to była pomyłka. Ale jaka pomyłka. Proszę zwrócić uwagę – zamiast 2.941.000 ujęto w dokumencie liczbę 9.941.000. Czyli praktycznie pomyłka o 7 mln. Jest to coś niebotycznego. Kosmiczna pomyłka. Jednak papier przyjmuje wszystko i możemy chwalić się wszystkimi liczbami. Jeśli było 9 mln świadczeniobiorców, czyli wizyt, możemy w telewizji mówić – tak, było tyle milionów przyjęć itd. Tymczasem trzeba to było zweryfikować na 2 mln. To są poważne sprawy. Tam chodzi o pacjenta, o sprawozdawczość i rzetelność, transparentność. Mówię to na podstawie jednego przykładu, ale tu jest jeszcze kilka takich pomyłek, ale to – w mojej ocenie – jest bardzo poważne i niepokojące.

ZIP – Zintegrowany Informator Pacjenta. Bodajże od trzeciego kwartału 2013 r. rozpoczął swoją działalność. Okazuje się, że były liczne przypadki – podawane nawet w prasie – niebotyczne sprawy, wręcz kosmiczne wydarzenia, że człowiek był w szpitalu, był leczony sześć dni, miał różnego rodzaju badania, i albo w ogóle nie był w szpitalu, albo był dwa dni, itd., itd. Chodzi mi o to, czy prowadzicie jakąś analizę i czy są tego skutki. Czy są konkretne wyniki i działania? Czy zapobiegacie tego typu albo tego rodzaju zdarzeniom, które, tak naprawdę, tylko windują wartość procedury?

Czyli, jakbym miał to skonkludować, jeśli chodzi o ZIP, to powiedziałbym, że wpadamy w bardzo niebezpieczną pułapkę, o której jako opozycja cały czas mówimy, że procedura, pieniądź, nie może rządzić w służbie zdrowia. Nie może być jedynym wyznacznikiem poprawności czy strategii, koncepcji działania służby zdrowia, bo widać, co się dzieje. Na podstawie ZIP już można wywnioskować to, o czym zawsze mówiliśmy, że jeśli pieniądź będzie rządzić, jeśli zdrowie będzie towarem, to będą takie procedury, że nagina się, wszystko się kwalifikuje, albo zbierają się informatycy i myślą, jak zakwalifikować, jak najlepiej sprzedać tego pacjenta, jak najlepiej sprzedać tę usługę, a nie, jak najlepiej pomóc temu pacjentowi, czy jak najlepiej go zaopatrzyć, itd., itd.

Krótko mówiąc – KAOS-y, refundacja leków, stomatologia. Stomatologia cały czas podupada. POZ również – nałożyliście na nią więcej zadań, mimo to... Co prawda, była wyżka nakładów na POZ, ale była praktycznie wyrównująca, nie wiem, czy o czynnik inflacyjny, czy o czynnik wzrostu kosztów, itd. itd. Czyli, podsumowując i konkludując – pacjentowi w 2013 r. wcale się nie poprawiło, a nawet przeciwnie. Odnoszę wrażenie, że poczucie bezpieczeństwa pacjenta zostało realnie bardziej zagrożone niż dotąd, nie mówiąc już o wydłużonych kolejkach, dostępności i jakości świadczeń. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę, pani poseł Gądek.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo. Szanowny panie przewodniczący, koleżanki i koledzy, panie prezesie, panie ministrze, w ubiegłym roku nastąpiła zmiana sposobu kontraktowania w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W części poradni zostały wydzielone procedury zabiegowe od tak zwanych procedur zachowawczych lub recepturowych, oczywi-

ście w tych, w których są wykonywane procedury zabiegowe. Było to swego rodzaju przygotowanie pewnego trendu, który niejako uchwaliliśmy w pakiecie tak zwanym kolejkowym, czyli przesunięcie jak największej ilości procedur zabiegowych ze szpitali do poradni specjalistycznych. Wiem również, że w niektórych oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia wszystkie wykonania i ewentualne nadwykonania w tych zakresach zabiegowych były finansowane, w przeciwieństwie do nadwykonań tak zwanych recepturowych. Mam pytanie do pana prezesa – czy w związku z tym widoczna jest zmiana trendu i pewien rodzaj oszczędności jeżeli chodzi o poradnie specjalistyczne, i czy jest jakakolwiek zmiana po tym pierwszym roku, czy może jest jeszcze za wcześnie na taką ocenę jeśli chodzi o kwestię zmniejszenia liczby hospitalizacji w przypadku prostszych zabiegów, które powinny być wykonywane w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej?

I jeszcze jedna kwestia, bo tu padały górnolotne stwierdzenia o tym, że odczucia Polaków jeżeli chodzi o bezpieczeństwo zdrowotne zdecydowanie się pogorszyły. Mam pytanie, czy z danych NFZ i ministerstwa to wynika, czy jest trend przeciwny. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, chciałabym prosić o szczegółową analizę niewykonania planu w zakresie chemioterapii w roku 2013. Dlaczego o to pytam? Otóż, moi wyborcy na kilku spotkaniach pytali mnie, dlaczego muszą płacić za chemioterapię, mimo że naprawdę są ludźmi ubogimi i chemioterapia jest im przypisana. Ostatnio miałam taką interwencję z Bydgoszczy, gdzie żądania dotyczące zapłaty były bardzo wysokie. Poprosiłam o dokładne przedstawienie tej sprawy, ale nasuwa mi to pytanie – i prosiłabym, aby państwo na nie odpowiedzieli – jak to się stało? Gdzie nie wykonano tego planu i z jakiego powodu, bo nie jest tak, że jeśli nie wykonano, zostały pieniądze, to wydamy je na coś innego. To – moim zdaniem – są zaniedbania niedopuszczalne.

Drugie moje pytanie powtarzam, ponieważ zadałam je poprzednio i sądziłam, że tak jak państwo odpowiedzieli na niektóre pytania zadane w dniu 28 sierpnia, odpowiedzą i na to, a mianowicie, jak przedstawia się poziom wykonania planu finansowego za rok 2014 po pierwszym półroczu. Jeżeli bowiem mamy dowiedzieć się o tym dopiero w roku 2015, w końcu września, to będzie to już informacja historyczna. Chciałabym wiedzieć, czy państwo na bieżąco analizują wykonanie planu, bo przecież wiadomo, ile jest pieniędzy – pieniądze systematycznie spływają – i może warto byłoby tak analizę wykonywać, żeby nie było takich przypadków, jakie wykazali państwo w roku 2013.

I jeszcze jedna sprawa. Dziękując oczywiście za tę odpowiedź, chciałabym mimo wszystko prosić o podanie kryteriów, według których zwiększyliście plan kosztów świadczenia opieki zdrowotnej w 2013 r. bardzo różnie dla poszczególnych oddziałów. Otóż, są oddziały, które dostały bardzo istotne kwoty, i są oddziały, które dostały skromne kwoty. I tak się jakoś składa, że te skromne kwoty trafiły do tych oddziałów wojewódzkich, które są gorzej finansowane i gorzej wyposażone w środki finansowe. Prosiłabym więc, aby państwo wyjaśnili, jakie tutaj zostały zastosowane kryteria i podali uzasadnienie przyjęcia takich kryteriów, które w tym przypadku zostały zastosowane.

Ostatnie moje pytanie dotyczy wydatków na stomatologię dziecięcą. Interesuję się tym od dawna i właściwie jestem porażona informacją Najwyższej Izby Kontroli, która stwierdza, że mniej niż 3% dzieci uprawnionych do leczenia stomatologicznego korzysta z tego leczenia finansowanego ze środków NFZ. Jak przedstawia się sytuacja w roku 2013 i w roku 2014, jeśli chodzi o stomatologię? Jest to sprawa niezwyklej wagi i bardzo istotna, moim zdaniem. Dlatego prosiłabym o szczegółową informację w tym zakresie. Jeśli nie mogą państwo udzielić jej teraz, to proszę o informację na piśmie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Właśnie przed momentem konsultowałem z panem przewodniczącym Katulskim, jak rozpoczęto dzisiejsze posiedzenie, ponieważ pytania pani poseł dotyczą drugiego punktu posiedzenia, czyli sprawozdania finansowego, a nie sprawozdania z działalności, ale rozumiem, że możliwość zadawania pytań dotyczy całości. Nawet

jeżeli pan prezes za chwilę przedstawi sprawozdanie z wykonania planu finansowego, to pamiętajmy, że część pytań padła już w tej chwili, i tego się trzymajmy – to a propos innych głosów w dyskusji ze strony zaproszonych osób.

Skoro nie widzę innych zgłoszeń ze strony posłów, ja również mam pytania, panie prezesie. O część dotyczącą spraw finansowych będę pytać za chwilę, natomiast teraz chciałbym zapytać o coś, co niewątpliwie należy do sprawozdania z działalności. Otóż, chciałbym zapytać o współpracę ze świadczeniodawcami i tryb zawierania lub odnawiania kontraktów.

Przypominam państwu specjalnie zwołane posiedzenie Komisji na początku tego roku, kiedy dokonywaliśmy analizy przedłużenia kontraktów w sposób mocno dyskusyjny z dwoma podmiotami – w województwach mazowieckim i dolnośląskim. Wówczas za pewne decyzje odpowiadał, z jednej strony, obecny tutaj pan minister Neumann, a z drugiej strony, pan prezes Pakulski. Chciałbym dowiedzieć się, po pierwsze, jak państwo podsumowując cały ubiegły rok ujęli te sprawy w tym sprawozdaniu, a także, jaka jest opinia pana prezesa, bo oceniamy sprawozdanie, a wówczas – przypominam państwu tamtą dyskusję – można było mieć wiele wątpliwości odnośnie do trybu zawarcia, a właściwie odnowienia umów, które już wygasły. Już nie chcę wchodzić w szczegóły. Dyskusja była wtedy bardzo burzliwa i długa. To jest moje pytanie na tę chwilę.

Pozwolę sobie też zapytać o jedną rzecz dotyczącą tego roku, w związku z tym, o co pytała przed chwilą pani poseł Hrynkiewicz. Czyli, wychodzę teraz poza materię tego posiedzenia Komisji, ale jest to ważne.

Panie prezesie, mamy pewną nadwyżkę finansową również w tym roku. Z tego, co słyszałem, odbywa się w tej chwili dyskusja na temat podziału tych środków. To jest element działalności, a nie sprawozdania finansowego. Wprawdzie dotyczy roku bieżącego, niemniej jednak, korzystając z pana obecności, myślę, że wszyscy posłowie z różnych części Polski są zainteresowani tym, po pierwsze, o jakiej kwocie mówimy, a po drugie, według jakiego sposobu planują państwo podział tych pieniędzy, bo jak pamiętam, ku niemałej konsternacji i niezadowoleniu członków Komisji niezależnie od przynależności partyjnej, przyjmowaliśmy do wiadomości, że te pieniądze nie były dzielone, choćby nieproporcjonalnie, na 16 województw, tylko dostawało je kilka województw – 5, 6 czy 3. Krótko mówiąc, większość zawsze, lub prawie zawsze, nie dostawała nic. W związku z tym, chciałbym się dowiedzieć, jak państwo planują to teraz i ewentualnie z tego miejsca apelować o to, żeby tym razem jednak uwzględniono interes wszystkich oddziałów i wszystkich województw. Tyle z mojej strony.

Czy są zgłoszenia ze strony zaproszonych gości? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie, panie prezesie, oddaję panu głos. Proszę.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Panie przewodniczący, postaram się odpowiedzieć maksymalnie szczegółowo. Mówiąc szczerze, liczyłem na to, że pewne rzezy bardziej państwa zainteresują, a inne, być może, mniej.

Jeżeli chodzi o pytanie dotyczące... Tak, po kolei. Pan poseł Chmielowski – praktyki umów. Jeśli chodzi o działalność oddziału śląskiego, rzeczywiście, została oceniona. Były tam kontrole centrali i trwa postępowanie, w związku z tym postaramy się nie ingerować jakimiś oświadczeniami w tym zakresie. Natomiast wnioski personalne, między innymi z tego powodu zostały oczywiście wyciągnięte i konsekwencje przez odpowiednie osoby zostały poniesione.

Natomiast jeśli chodzi o przydzielanie kontraktu, generalną zasadą jest to, że przydziela się na podstawie, po pierwsze, pozycji w rankingu, czyli temu, kto wygra postępowanie konkursowe, a więc w zależności, ile punktów otrzyma w postępowaniu konkursowym. A po drugie, na podstawie potencjału, bo oczywiście, jeśli mały świadczeniodawca otrzyma nawet bardzo dużo punktów, to nie będzie w stanie, przy niewielkiej liczbie specjalistów, obsłużyć dużego kontraktu. I te zasady są... Pracując na co dzień staramy się te zasady doprecyzować i maksymalnie ograniczyć uznaniowość w tych decyzjach.

Generalnie chcę podkreślić to, co w sprawozdaniu też podkreśliliśmy, że cały Fundusz w roku 2013 podlegał 63 kontrolom zewnętrznym, z tego 32 kontrole przeprowadziła

Najwyższa Izba Kontroli. W 66% tych kontroli była to ocena pozytywna, w 31% ocena była pozytywna z zastrzeżeniami i tylko w 3% przypadków kontrole dały ocenę negatywną. Zatem, trudno zgodzić się z tezą, że Narodowy Fundusz Zdrowia w tym zakresie działa w sposób nieprawidłowy. Generalnie te nieprawidłowości, które oczywiście się pojawiają – kto nic nie robi, nie popełnia błędów – staramy się na bieżąco zmieniać.

Pytania pani poseł Zalewskiej i prośba o podanie informacji o przychodach i wydatkach. Bardzo chętnie, nie ma problemu. Jeżeli chodzi o wydatki, to nie wiem, jak bardzo szczegółom, i co będzie interesujące, dlatego, że... Może po kolei. Największą pozycję w wydatkach zajmuje leczenie szpitalne... Koszty... To było 30.500.000 tys. zł z 62.000.000 tys. zł, które zostały przekazane na leczenie. W następnej kolejności, jeśli chodzi o świadczenia, były podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i pozostałe – odpowiednio 7.600.000 tys. zł i 5.200.000 tys. zł. W dalszej kolejności, opieka psychiatryczna – 2.230.000 tys. zł, rehabilitacja lecznicza – ponad 2.000.000 tys. zł. Pozostałe pozycje miały mniejsze znaczenie. Oczywiście, refundacja leków w roku 2013 stanowiła prawie 7.200.000 tys. zł.

Jak rozumiem, pytanie o przesunięcia pomiędzy zakresami, tak naprawdę dotyczy... Aha, jeśli chodzi o różnice regionalne, to oczywiście wynikały one przede wszystkim z algorytmu. W części finansowej pewnie do tego wrócimy. W zeszłym roku nadwyżka finansowa została podzielona w ten sposób, że 1/3 pieniędzy podzielono zgodnie z algorytmem, 1/3 w proporcji do wydatków wysokospecjalistycznych i 1/3 na świadczenia dla dzieci i młodzieży. To jest kolejny punkt.

Było też pytanie o audyty. To w sprawozdaniu również jest dość szczegółowo ujęte. Plan audytów jest co roku przygotowywany i realizowany przez właściwe komórki audytowe. Na podstawie analiz ryzyka w 2013 r., w centrali i oddziałach Funduszu przeprowadzono pięć dużych zadań audytowych, to jest: „Proces przygotowania i realizacji decyzji administracyjnych wydawanych przez prezesa”, „Ustanowienie i drożenie w Narodowym Funduszu Zdrowia zintegrowanego systemu zarządzania ryzykiem korporacyjnym i ciągłością działania”, które w dalszym ciągu prowadzimy, „Kontraktowanie i rozliczanie świadczeń w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi”, „Ocena procesu przestrzegania obowiązujących regulacji dotyczących kolejek oczekujących” – oczywiście też kontynuujemy tę pracę – i „Ocena systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji”, co również nie zakończyło się na jednorazowym audycie przeprowadzonym w zeszłym roku, tylko konkretne wnioski z tych audytów znalazły oddźwięk w decyzjach, które są na bieżąco wdrażane.

Jeśli chodzi o kłopoty z informatyzacją, to powiem szczerze, że poprosiłbym o ewentualne doprecyzowanie, dlatego, że w dużej części przekazaliśmy informację o systemach informatycznych. Generalnie informatyka w sposób ciągły zapewniła świadczeniodawcom możliwość rozliczania świadczeń. Działo to w sposób płynny. Nie odnotowaliśmy większych problemów w zakresie informatyki. Te problemy, które pojawiały się wraz z rozwojem systemu informatycznego, były rozwiązywane na bieżąco. Współpracujemy z Centrum Systemów Informacyjnych, i oczywiście z Ministerstwem Zdrowia, w zakresie systemu P1. Rozumiem, że być może to stanowiło przedmiot zapytania, ale my tylko partycypujemy w tym projekcie, nie jesteśmy projektodawcą. W związku z tym nie będę się na ten temat wypowiadać.

Sprawozdania z profilaktyki. Fundusz prowadzi programy profilaktyczne. Największym z nich jest profilaktyka raka piersi. Warto dodać, że jest to realizowane przy współpracy z Centralnym Ośrodkiem Koordynującym i wojewódzkimi ośrodkami koordynującymi. Na podstawie tej współpracy i działalności ten program jest promowany. Realizacja nie jest oczywiście satysfakcjonująca w sensie liczby osób objętych badaniami, natomiast Fundusz w ramach swoich możliwości stara się wspierać tę promocję i zachęcać pacjentki do badań profilaktycznych. Podobnie jeśli chodzi o profilaktykę raka szyjki macicy i profilaktykę poradni antytytoniowych, które również do profilaktyki należały. W tym aspekcie też będziemy wyciągać wnioski dotyczące wyceny świadczeń i ewentualnie uszczegółowienia wymogów w odniesieniu do świadczeniodawców.

Jeśli chodzi o pytanie o Akademię NFZ, to w sprawozdaniu jest to również ujęte. Jest to projekt współfinansowany przez Unię Europejską. Generalnie jesteśmy usatysfak-

cjonowani. Będziemy z nim teraz pracować, żeby jego wyniki szerzej dotarły do zainteresowanych, ponieważ w ramach NFZ były szkolenia bezpośrednie, ale mamy również portal, gdzie są szkolenia *e-learningowe*. Już kilka tysięcy osób z tych szkoleń skorzystało. Są one adresowane do świadczeniodawców, a także, na przykład, do rejestratorek. Teraz przy szkoleniach w rejestracjach dotyczących obsługi list oczekujących również odsyłamy i zachęcamy do udziału w Akademii NFZ. Jeśli więc pani poseł jest zainteresowana szczegółowymi informacjami, to bardzo chętnie przedstawimy szczegółowe sprawozdanie na temat działalności Akademii NFZ. Na bieżąco monitorujemy wykonanie tego projektu.

To samo dotyczy ograniczenia nierówności społecznych w zdrowiu. Poniekąd to sprawozdanie jest ujęte pod tym kątem, ponieważ – jak zwróciłem na to uwagę – pokazujemy różne analizy z wykorzystania świadczeń przez różne grupy wiekowe i z podziałem na płcie. Ujęty jest również dostęp geograficzny. Ta analiza dotyczy, między innymi, celowościowego sposobu ujęcia tych pieniędzy, bo absolutnie mogę zgodzić się z tezą, że na to powinniśmy bardzo mocno zwracać uwagę i interweniować w szczególności tam, gdzie ten dostęp jest gorszy, na przykład, ze względów geograficznych czy ograniczenia dostępności do niektórych form opieki.

Jeśli chodzi o leczenie szpitalne, było pytanie o przesunięcie środków. Przesunięcia środków dokonujemy w ramach ogólnych warunków umów, czyli aktu prawnego, który obowiązuje nas i świadczeniodawców w zakresie rozliczania tych umów. Tam są poszczególne paragrafy od 20 do 23 i art. 43, na podstawie których dyrektor oddziału wojewódzkiego podejmuje decyzję o alokacji środków. Czyli w przypadku niewykonania danego zakresu ma możliwość przesunięcia środków do innego zakresu, a także ewentualnie pomiędzy umowami. W poszczególnych wypadkach dyrektor kieruje się dostępnością do opieki i decyzję wydaje na indywidualny wniosek świadczeniodawcy, a w wyjątkowych sytuacjach – z własnej inicjatywy. W ten sposób dochodzi do alokacji środków, czyli do pełnego wykorzystania środków przez dany szpital. Przy czym, podkreślam, że w tym momencie szpital jest współodpowiedzialny za wykorzystanie tych środków na rzecz pacjentów.

Jeśli chodzi o sugerowany konflikt z ministrem finansów, to nic o tym nie wiem. A jeśli pytanie jest o prezesa Pakulskiego, to rzeczywiście prezes Pakulski pełniąc obowiązki prezesa wycofał pozew z sądu administracyjnego, natomiast w tej chwili sprawa jest w Ministerstwie Zdrowia i – z tego, co wiem – prace są zakończone.

Jeżeli chodzi o wiarygodności z poszczególnych krajów Unii Europejskiej – jest o tym na str. 175 – ewentualnie poproszę przedstawiciela departamentu... Generalnie mogę tylko powiedzieć, że te opóźnienia wynikają z różnej reaktywności państw członkowskich na nasze monity finansowe. W części przypadków ta współpraca jest bardzo dobra, ale szczegóły przekaze pani dyrektor. Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Współpracy Międzynarodowej NFZ Agnieszka Tyc:

Dzień dobry. Agnieszka Tyc. Pytanie dotyczyło struktury roszczeń przekazywanych przez Fundusz innym krajom członkowskim Unii Europejskiej oraz krajom EFTA w związku z leczeniem osób ubezpieczonych w tych właśnie krajach.

Jeśli chodzi o wiarygodności Polski, przedstawione naszym dłużnikom na dzień 31 grudnia 2013 r., wyniosły one 226.284.636,67 zł., przy czym ta kwota to wartość roszczeń nieuregulowanych przez inne państwa członkowskie. Dotyczy to lat 2004-2013, czyli od momentu wejścia Polski do Unii Europejskiej. Łączna wysokość roszczeń wynosi 582.303.522,05 zł. I, co jest najistotniejsze, szanowni państwo, system rozliczeń transgranicznych jest realizowany na podstawie rozporządzeń koordynacyjnych. Rozporządzenia te stosuje się wprost. Nie ma obowiązku implementacji zapisów tych rozporządzeń do ustawodawstwa krajowego, w związku z czym korzystamy z rozporządzenia 883 oraz rozporządzenia 987, które jednoznacznie określają, w jaki sposób rozliczenia pomiędzy krajami są realizowane.

Bardzo ważna była data 1 maja 2010 r., ponieważ właśnie w tym czasie zmieniły się rozporządzenia. Przed tą datą nie było określonego konkretnego terminu, w którym dane państwo członkowskie musi się rozliczyć z roszczeń przedstawionych mu przez

inny kraj członkowski. Oznacza to, że roszczenia te mogły ciągnąć się w bardzo długim okresie. Jednoznacznie widać to też w naszych statystykach. W większej mierze dotyczy to krajów członkowskich „starej” Unii, gdzie do tej chwili jest jeszcze niezamkniętych bardzo dużo roszczeń sprzed 2004 r.

1 maja 2010 r. weszło nowe rozporządzenie, które nakazuje krajom rozliczanie się w trybie maksymalnie 36 miesięcy od otrzymania roszczenia. Ten okres jest poświęcony przede wszystkim przypadkom spornym. W sytuacji, kiedy kraje nie osiągną kompromisu pomiędzy sobą odnośnie do przypadków spornych, wszystkie kwestie sporne będzie przejmować i rozstrzygać pomiędzy poszczególnymi krajami specjalne ciało rozjemcze, które powołała Komisja Obrachunkowa. Na chwilę obecną nie mamy takiego przypadku, który byłby konieczny do przedstawienia Komisji Pojednawczej i mieścimy się w wyznaczonych terminach nowych rozporządzeń.

Szanowni państwo, co jest istotne dla naszych świadczeniodawców. Nasi świadczeniodawcy mają prowadzone rozliczenia z Funduszem na bieżąco jeśli chodzi o osoby uprawnione czyli ubezpieczone w innych krajach członkowskich, które skorzystały ze świadczeń na terenie Polski. Podkreślam to dlatego, że w innych systemach, na przykład, w niemieckim, świadczeniodawca odzyska pieniądze od swojej instytucji ubezpieczeniowej dopiero w momencie, kiedy kraj dłużnik pokryje te koszty, które zostały przedstawione na podstawie określonych formularzy służących do rozliczeń transgranicznych. Jednocześnie wszystkie te roszczenia są co roku przedstawiane na poziomie Komisji Obrachunkowej, w której biorą udział przedstawiciele wszystkich krajów członkowskich i wszystkie sprawy związane z problematyką oraz analizami wynikającymi z przedstawionych not wiarygodności poszczególnych krajów omawiają przedstawiciele krajów na tym spotkaniu. Dziękuję.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Dziękuję bardzo. Teraz, idąc dalej, pytania o kontrolę ordynacji lekarskiej. Chcę podkreślić, że zakwestionowano recepty łącznie na kwotę 1000 tys. zł na ponad 7.000.000 tys. zł refundacji, więc nie były to duże kwoty. Oczywiście, część rzeczy jest przesunięta w czasie i trwają wyjaśnienia w tej sprawie, natomiast w tej chwili już można powiedzieć – poza tym sprawozdaniem – że jakość wypisywania recept znakomicie się poprawiła i liczba błędów bardzo mocno spadła. Natomiast my nie mamy możliwości monitorowania „stuprocentowych recept”. Po prostu w systemie sprawozdawczym ich nie widzimy, skoro nie są zgłoszone do finansowania.

Jeżeli chodzi o zróżnicowanie liczby kontroli pomiędzy oddziałami, to jest ono z wielu powodów. Po pierwsze, sama wielkość oddziału – mazowiecki choćby jest dużo większym oddziałem niż lubuski czy świętokrzyski. Dodatkowo zależy od zasobów kadrowych, planu tych kontroli, tego, czy kontrolowani są duzi świadczeniodawcy czy mali, od pewnej strategii, jaką każdy oddział przyjmuje – monitorujemy też proces kontrolny pomiędzy oddziałami pod względem celowościowym i efektywnościowym – i w dalszym ciągu, między innymi, w tym roku, pracuje.

Z kolei pani prezes Kłosin pytała o wyceny JGP. Jednym z elementów, który został wdrożony z sukcesem – jak można już powiedzieć – była weryfikacja grup kardiologicznych, dotycząca grup w ostrych zespołach wieńcowych. Efekt tego w tej chwili widzimy po lepszym zdefiniowaniu tych grup i pewnej drobnej korekcie cenowej. I jak do tej pory, działa zgodnie z założeniami. Od nowego roku, jak państwo wiedzą, zgodnie z ustawą przyjętą przez Wysoką Izbę, nadzór nad wyceną świadczeń przejmie Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, natomiast nie wykluczam, że do tego czasu Fundusz przedstawi pewne propozycje wycen jeszcze na przyszły rok, zmian, które wynikają z tej metodologii. Przy spotkaniu z prezesem AOTM tę metodologię przekazaliśmy do ewentualnego wykorzystania. To, czy ona zostanie wykorzystana, zależy od prezesa AOTM. Przypuszczam, na podstawie deklaracji, że tak.

Jeśli chodzi o liczbę recept niewykupywanych przez chorych, takich danych w sprawozdaniu nie mamy, natomiast – zaraz dojdę do bardziej ogólnego pytania, na które szerzej odpowiem – różnice regionalne są również ujęte, jeśli chodzi o refundację. Jednak byłym ostrożny w wyciąganiu z tego wniosków, bo te różnice regionalne, jeśli chodzi

o wycenę, mogły być z różnych przyczyn. One zmieniają się w czasie. To zależy też troszeczkę od działalności konsultantów, zwracania uwagi na pewne standardy terapeutyczne. One rzeczywiście mogą się okresowo regionalnie różnić.

Jeżeli chodzi o aneksowanie umów zamiast konkursów, większość oddziałów po naszym spotkaniu zdecydowała się na aneksowanie umów na kolejny rok, co nie wyklucza oczywiście uzupełniających postępowań o zawarcie nowych umów.

Pytanie retoryczne, czy powiodło się i jest lepiej dla pacjenta, to nie jest pytanie do Funduszu. Natomiast Główny Urząd Statystyczny przeprowadzał badanie gospodarstw domowych i określił, że nastąpił spadek wydatków prywatnych na ochronę zdrowia – dotyczyło to jednak 2012 r. Z 2013 r. danych nie mamy. Przy jednoczesnym wzroście wykorzystania środków z Funduszu i wzroście świadczeń wykonywanych można byłoby wnioskować, że generalnie dostęp do świadczeń się poprawił, natomiast o tych dwóch danych na bieżąco mogę powiedzieć... Ten raport GUS ukazał się bodajże wczoraj.

Kompleksowa opieka specjalistyczna jest realizowana. Jest zestawienie na str. 54. Mamy dokładnie 49 świadczeniodawców. W tej chwili przy współpracy z Ministerstwem Zdrowia będziemy przystępować do zdefiniowania kompleksowej opieki specjalistycznej, ale jest to zaplanowane na przyszły rok ze względu na priorytet, jakim jest wdrożenie pakietu onkologicznego. Natomiast, rzeczywiście, forma kompleksowej opieki pewnie będzie przyszłością i będziemy się starać rozwijać raczej tego typu formy kontraktowe, które są bardziej odpowiedzialne. Jednak liczba pacjentów nieznacznie wzrosła jeśli chodzi o kompleksową opiekę specjalistyczną nad cukrzycą.

Jeżeli chodzi o rzetelność systemu eWUŚ, to Fundusz jest końcowym odbiorcą, w związku z czym, za wprowadzanie tych danych do systemu nie możemy odpowiadać. Chciałbym natomiast podkreślić, że wprowadzenie tej zmiany przez Sejm miało bardzo pozytywne efekty w postaci zmniejszenia biurokracji. Świadczeniodawcy w zdecydowanej większości nie muszą w tej chwili żądać dokumentów przy kontakcie z pacjentami. Pacjenci, w przypadku, kiedy są pewni, że są ubezpieczeni, mogą również złożyć oświadczenie, natomiast rzetelność systemu z miesiąca na miesiąc jest coraz lepsza i błędów, statystycznie rzecz biorąc, jest zdecydowanie mniej. Tak więc, jeśli chodzi o założenia – efektywność i zalety dla pacjenta – na pewno się sprawdził. To, że nie wszystko jest idealne... Tak jest świat zbudowany, że nie wszystko będzie idealne.

Pani poseł Gądek pytała o wydzielone procedury zabiegowe. One weszły w życie dopiero w tym roku. Rzeczywiście, były uchwalone w zeszłym roku, ale od stycznia, i jeszcze w tej chwili, obserwujemy... Tam, gdzie oddziały weryfikują jednocześnie świadczenia szpitalne, na przykład, w urologii, możemy powiedzieć o pewnym sukcesie, ale na podsumowanie jeszcze trochę za wcześnie. Na pewno będzie to jeszcze wymagać pracy, natomiast od celu, żeby przesunąć drobne zabiegi na ambulatoryjne formy, nie chcemy odstępować.

Pan przewodniczący na koniec zadał pytanie o współpracę ze świadczeniodawcami przy rozwiązywaniu umów. To znowu jest sprawa indywidualna. Rozumiem, że również indywidualnie będziemy mogli na ten temat odpowiedzieć, i było to w gestii oddziału wojewódzkiego, który takie, a nie inne decyzje podejmował.

Nadwyżka – to już dotyczy sprawozdania finansowego. Generalną zasadą, jaką będziemy się kierować, będzie na pewno algorytm. Będzie tak, że wszystkie oddziały wojewódzkie będą brane pod uwagę przy podziale dodatkowych środków. Natomiast, jeśli będzie zmiana planu, to zarówno Radę Funduszu, jak i Komisję zawiadomimy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy są jeszcze inne głosy? Bardzo proszę, pani poseł Zalewska.

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Ja tylko chcę pana prezesa dopytać, a może nie tyle dopytać, ile poprosić o odpowiedź na pytanie. Informacja od pana prezesa, że sprawa spornej kwoty, wynikająca z systemu eWUŚ i z dyskusji, kto ma zapłacić za nieubezpieczonych, została zakończona w Ministerstwie Zdrowia. To może pan minister powie, jak została zakończona i kto za to zapłaci.

Pan prezes również był uprzejmy powiedzieć z grubsza o informatyzacji, ale ja po prostu bym chciała wiedzieć, jakie programy są realizowane, na jaką kwotę, na jakim są etapie i kiedy będzie ich rozliczenie. Nie odpowiedział pan prezes na temat nadwykonań i nie dokonał analizy dotyczącej nadwykonań. Był pan uprzejmy powiedzieć o kwocie związanej z płatnością w psychiatrii. Chcę więc zapytać – i nie bez kozery o to pytałam – skąd zostały wzięte pieniądze. Czy protesty w 2013 r., między innymi, na Dolnym Śląsku, wszystkich szpitali psychiatrycznych, które nie zgadzały się z finansowaniem, zostały uciszone przez dosypanie pieniędzy? W związku z tym, pytam – czy w tej kwocie, o której mówił pan prezes, czy te pieniądze przepłynęły z innych świadczeń? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Szanowni państwo, troszeczkę zmieniamy formułę w trakcie posiedzenia. Jak powiedziałem, rytm procedowania został narzucony zanim przejąłem prowadzenie posiedzenia Komisji. W związku z tym proponuję, żeby pan prezes krótko odniósł się do sprawozdania finansowego, ponieważ te pytania, w pełni zasadne, dotyczą drugiego punktu, czyli sprawozdania finansowego. Prosiłbym więc, żeby pan prezes krótko przedstawił sprawozdanie finansowe i odpowiedział...

Posel Anna Zalewska (PiS):

Nie można tego oddzielić...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To znaczy, można było przedstawić oba sprawozdania i przeprowadzić dyskusję łączną, ale jest, jak jest. W związku z tym prosiłbym, żeby pan prezes przedstawił sprawozdanie finansowe, którego rozpatrzenie mamy zaplanowane w drugim punkcie, i później będziemy kontynuować dyskusję, łącznie z odpowiedzią na te pytania, które teraz zostały zadane. Proszę bardzo.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Odpowiem jeszcze na pytania. Jeżeli chodzi o programy informatyczne, moglibyśmy odrębnie poinformować, ponieważ w większości przypadków są to programy wieloletnie. W związku z tym, w sprawozdaniu rzeczywiście są ujęte ogólnikowo, natomiast każdy program jest w pełni przejrzysty i o tym możemy dokładnie opowiedzieć, że każdy jest finansowany ze środków unijnych. Oczywiście, większość zadań informatycznych finansujemy ze środków własnych. Tak więc, jak rozumiem, ta kwestia będzie...

Jeśli chodzi o tak zwane nadwykonania, czyli wykonania świadczeń ponad wartość zawartych umów, pod koniec sprawozdania jest tabelka, między innymi, ze sprawami sądowymi, gdzie te kwoty są wyszczególnione, natomiast generalnie można powiedzieć tak, że część świadczeń ponad limit umowy była realizowana w zakresie pewnego przymusu hospitalizacji wynikającego z zagrożenia zdrowia lub życia. Te świadczenia, po weryfikacji, Fundusz finansuje w postaci aneksu czy ugód sądowych, a w ostatecznym przypadku – na podstawie wyroków sądowych, natomiast podstawą jest pełna weryfikacja, dlatego, że zdajemy sobie sprawę z tego... Jedno z zestawień pokazuje, jak wartość jednego świadczenia szpitalnego rosła w ostatnich latach – zaraz dokładnie podam stronę – w poszczególnych rodzajach świadczeń. W związku z tym, ponieważ jesteśmy niejako zobowiązani do tego, żeby pieniędzmi pobieranymi ze składek gospodarować efektywnościowo, na pewno nie będziemy finansować samych nadwykonań bez dokładnego przyglądnięcia się tej sprawie. Również w tym roku... Średnia wartość hospitalizacji jest podana na str. 58, gdzie państwo zobaczą, że w większości przypadków w ciągu ostatnich lat te wartości hospitalizacji systematycznie rosły. Czyli za każdą hospitalizację szpitale otrzymywały większe wynagrodzenie.

Jeśli chodzi o psychiatrię, to w toku renegotjacji została podniesiona wartość wyceny części świadczeń psychiatrycznych. Rzeczywiście, po analizach ekonomicznych i dostępu do świadczeń wartość punktowa przy negocjacji została podniesiona i między rokiem 2013 a rokiem 2014 wycena świadczeń w psychiatrii została podniesiona ponad inflację. Dlatego – jak sądzę – w tym momencie psychiatria nie powinna stanowić zasadniczego problemu jeśli chodzi o poziom finansowy.

Jeśli na tym mogę zakończyć, to przeszedłbym do sprawozdania finansowego, które zostało sporządzone na podstawie art. 128 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Badanie sprawozdania finansowego przeprowadziła firma Biegli Rewidenci Kielce z siedzibą w Kielcach. Biegli sporządzili opinię niezależnego biegłego rewidenta i raport z badania, który jest w państwa dyspozycji, opiniując pozytywnie rzetelność, prawidłowość i jasność sporządzenia sprawozdania finansowego oraz prawidłowość prowadzenia ksiąg rachunkowych.

Minister finansów, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, zatwierdził łączne sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia za okres od 1 stycznia do 31 grudnia. Sprawozdanie obejmuje wprowadzenie do sprawozdania finansowego, bilans sporządzony na dzień 31 grudnia, który po stronie aktywów i pasywów zamyka się kwotą 9.521.000 tys. zł, rachunek zysków i strat za rok obrotowy od 1 stycznia do 31 grudnia, wskazujący zysk netto w wysokości 382.800 tys. zł, zestawienie zmian w kapitale własnym za rok obrotowy od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia, wykazujące zwiększenie Funduszu o dokładnie tę samą kwotę co zysk. Rachunek przepływów pieniężnych za wspomniany rok obrotowy wskazuje zwiększenie stanu środków finansowych o kwotę 897.700 tys. zł.

Dodatkowe informacje, dane do bilansu NFZ wskazują na to, że aktywa Funduszu na dzień 31 grudnia obejmują następujące składniki: wartości niematerialne i prawne – 28.400 tys. zł, które stanowią 0,3% wartości majątku Funduszu i w szczególności obejmują wartości za licencje programów komputerowych. Rzeczowe aktywa trwałe stanowią niecałe 3% sumy bilansowej, czyli 274.000 tys. zł i wartość rzeczonych aktywów trwałych na dzień bilansowy 31 grudnia uległa zwiększeniu o 7,3%, czyli o kwotę 18.600 tys. zł. Należności długoterminowe stanowią głównie należności z wyroków sądowych z terminem ich spłaty określonym na lata późniejsze i wynoszą 300 tys. zł. Zapasy wykazane w bilansie stanowią poniżej 0,01% sumy bilansowej i obejmują materiały, towary oraz zaliczki na dostawy. Wynoszą one 1700 tys. zł. Należności krótkoterminowe stanowią 58% sumy bilansowej. Wynoszą 5.521.000 tys. zł z tytułu dostaw i usług, i są wymagalne w okresie 12 miesięcy od dnia bilansowego. Według stanu na dzień bilansowy, należności krótkoterminowe zmalały w porównaniu ze stanem na dzień 31 grudnia 2012 r. o 2,5%, czyli 143.000 tys. zł. Na dzień bilansowy główne pozycje krótkoterminowe ustanowiły oczywiście należności z tytułu składek ZUS w wysokości 4.790.000 tys. zł i składek z KRUS w wysokości 267.000 tys. zł. W pozycji bilansu NFZ warto też zwrócić uwagę na pozycje krótkoterminowe w wysokości prawie 3.693.000 tys. zł. Na inwestycje krótkoterminowe składają się w większości bieżące środki pieniężne. Stanowią 38,8% sumy bilansowej i wycenione zostały w wartości nominalnej według stanu na rachunkach bankowych. Stan inwestycji krótkoterminowych, w porównaniu ze stanem na dzień 31 grudnia, uległ zwiększeniu o kwotę 897.700 tys. zł. Krótkoterminowe rozliczenia okresowe wyniosły 3300 tys. zł.

Pasywa Funduszu na dzień 31 grudnia obejmują następujące składniki: fundusz własny w wysokości 2.274.000 tys. zł z kapitałem podstawowym 141.500 tys. zł, stanowiącym wartość majątku trwałego netto otrzymanego od Skarbu Państwa, kapitał zapasowy w wysokości 1.750.000 tys. zł i zysk z okresu badanego w już wspomnianej kwocie 382.000 tys. zł. Rezerwy na zobowiązania stanowią 11,8% sumy bilansowej i obejmują rezerwy na pewne lub prawdopodobne przyszłe zobowiązania w kwocie prawie 105.000 tys. zł, z czego 79.000 tys. zł przypada na rezerwy na postępowania sądowe i ponadumowne świadczenia zdrowotne. Bierne rozliczenia międzyokresowe kosztów działalności operacyjnej i finansowej w wysokości 1.014.500 tys. zł. Natomiast zobowiązania długoterminowe stanowią poniżej 0,01% sumy bilansowej i wynoszą 300 tys. zł.

Zobowiązania krótkoterminowe obejmują 64% sumy bilansowej, przy czym zobowiązania z tytułu dostaw, usług i wymagalne, w okresie do 12 miesięcy po dniu bilansowania stanowią kwotę 6.250.600 tys. zł. Rozliczenia międzyokresowe stanowią 0,3% sumy bilansowej, czyli dotyczą 32.700 tys. zł i stanowią głównie przychody ze składek dotyczących 2014 r. oraz programów i projektów współfinansowanych z pieniędzy Unii Europejskiej i krajów EFTA.

Rachunek zysków i strat NFZ od 1 stycznia do 31 grudnia – jak przedstawiamy zgodnie z ustawą o rachunkowości – obejmuje przychody netto ze sprzedaży oraz zrównane z nimi w wysokości 64.206.600 tys. zł. Podstawą są przychody z tytułu sprzedaży na powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym w wysokości 62.082.000 tys. zł, z tego większość pieniędzy jest z ZUS – 58.800.000 tys. zł i z KRUS – 3.200.000 tys. zł.

Koszty działalności operacyjnej wyniosły 64.200.000 tys. zł. Główny składnik kształtujący wysokość kosztów operacyjnych stanowią usługi obce w kwocie 63.700.000 tys. zł, w tym wysokość kosztów świadczeń zdrowotnych wynosi 63.487.000 tys. zł, z czego 61.600.000 tys. zł to są koszty świadczeń, a 1.834.000 to są koszty ratownictwa medycznego. Pozostałe przychody operacyjne – są to inne przychody w kwocie 819.000 tys. zł, w tym przychody ze składek z ubezpieczenia zdrowotnego z lat ubiegłych stanowią większość tej kwoty, bo 431.000 tys. zł, otrzymywane odszkodowania, kary i grzywny – prawie 24.000 tys. zł, rozwiązane odpisy aktualizacyjne – 132.000 tys. zł, rozwiązanie rezerw – 23.000 tys. zł, przychody z tytułu ustawy refundacyjnej – 188.700 tys. zł i pozostałe przychody – 20.000 tys. zł.

Pozostałe koszty operacyjne wyniosły 523.000 tys. zł, z czego 97,4% w kwocie 510.000 tys. zł, stanowią koszty lat ubiegłych, czyli rozliczenia świadczeń zdrowotnych, właśnie tak zwanych ponadlimitowych na kwotę 425.000 tys. zł, rezerwy na zobowiązania 79.000 tys. zł, wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia oraz recept – 700 tys. zł, pozostałe koszty to 5000 tys. zł. Przychody finansowe w okresie sprawozdawczym wyniosły 127.000 tys. zł i tu jest wyszczególnione, z jakich pozycji lokat i depozytów są one pozyskane. Podobnie koszty finansowe wyniosły 32.000 tys. zł i również są szczegółowo rozpisane. Wreszcie zysk netto, który obejmuje wynik ze sprzedaży – to jest strata w wysokości prawie 10.000 tys. zł, wyniki pozostałej działalności operacyjnej, czyli nadwyżka, którą odnotowaliśmy w kwocie 297.000 tys. zł i wreszcie wynik działalności finansowej, który był na plusie i wynosił 95.000 tys. zł.

Opinia i raport biegłego rewidenta wydane zostały po zakończeniu badania w dniu 7 maja 2014 r. Opinia wraz z raportem oraz sprawozdaniem zostały przekazane do zatwierdzenia do Ministerstwa Finansów i Ministerstwa Zdrowia w dniu 14 maja. W dniu 4 lipca do Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło pismo z Ministerstwa Finansów w sprawie konieczności zmiany prezentacji w nocie 4,1 informacji dodatkowej do łącznego sprawozdania finansowego za 2013 r., w wyniku czego, z godnie z przywołanym pismem oraz zapisami z ustawy o rachunkowości, dokonano stosownych korekt we wspomnianych notach do informacji dodatkowej do jednostkowego sprawozdania centrali na łączną kwotę, i poinformowano o powyższym biegłego rewidenta. W odpowiedzi biegły rewident wystawił nową opinię oraz raport uzupełniający z dnia 31 lipca 2014 r., które zostały przesłane do ministra finansów i ministra zdrowia w dniu 5 sierpnia 2014 r. Minister finansów ostatecznie zatwierdził sprawozdanie finansowe 25 sierpnia 2014 r. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. W takim razie będziemy kontynuować dyskusję. Bardzo proszę. Czy są inne pytania dotyczące tej części, czyli sprawozdania finansowego – oczywiście, poza tymi, które już padały w dyskusji?

W takim razie chciałbym zapytać... Panie prezesie, to właściwie już się przewijało w dyskusji, ale jednak o pewnych rzeczach trzeba jeszcze raz powiedzieć. Kwestia tych dysproporcji, zresztą – co tu dużo mówić – jednego z powodów, dla którego została odwołana pani prezes Pachciarz. Czyli, 900.000 tys. zł, czy 200.000 tys. zł – mówię oczywiście w pewnym uproszczeniu, bo to nie były takie pieniądze, ale około. Zatem, 900.000 tys. zł, czy 200.000 tys. zł na osoby nieubezpieczone.

Czy system eWUŚ jest dobry, czy nie jest dobry? A przypominam, że sam dwukrotnie zadawałem to pytanie w ramach pytań bieżących i mówiono mi, że wszystko jest fantastycznie.

Dalej. Na podstawie czego państwo uparli się przy pierwotnej kwocie, skoro, nawet jeżeli system eWUŚ wykazywał niesłusznie osoby nieubezpieczone, było to na bieżąco weryfikowane? To są państwa słowa, panie prezesie – ministra, zresztą nie tylko zdro-

wia. To było na bieżąco weryfikowane, również przy pomocy ZUS-u, a więc – jak rozumiem – to, co się wydarzyło w grudniu, w maju, czerwcu i kwietniu, już dawno było zweryfikowane. Już dawno można było powiedzieć, że albo system się myli i pani prezes nie powinna występować o te pieniądze poprzez ministra zdrowia do ministra finansów, albo system się nie myli i te pieniądze się należą, tylko po prostu ich w budżecie nie było i obciążono NFZ – bo wówczas minister Rostowski po prostu tych pieniędzy nie miał i nie chciał obciążać budżetu państwa – albo wyrzucić ten eWUŚ do kosza. Jeśli jest on do niczego, to powiedzmy to jasno i powiedzmy, gdzie są te błędy, skoro to wszystko nie działa. Zatem, panie prezesie, to jest pytanie fundamentalne. Za to został odwołany poprzedni prezes NFZ, ubiegając się... Przypominam, że sprawa była skierowana do sądu, państwo ten pozew wycofali – jak rozumiem – ze świadomością, że być może ktoś kiedyś do tego wróci, bo to, bagatelka, 700.000 tys. zł i dyscyplina finansów publicznych. Za coś takiego jest pewnie bardzo wysoka odpowiedzialność karna, chyba że system jest do niczego – jak przedtem powiedziałem. To jest, nie chcę powiedzieć, przestępstwo, ale być może sprawa do zainteresowania się nią przez odpowiednie organy, że przy pomocy jakiegoś systemu próbuje się – powiem odwrotnie – wyłudzić pieniądze z budżetu państwa. Jaka jest sytuacja, panie prezesie?

I druga rzecz. Ta nadwyżka finansowa o 382.000 tys. zł to naprawdę nie powód do chluby. Wystarczy sięgnąć do archiwum, co podawały media, co pisano w gazetach w grudniu czy pod koniec listopada ubiegłego roku o sytuacji, która wówczas była, o kolejkach, o niewykonywanej diagnostyce i różnych problemach, jakie wtedy były, a państwo chwałą się nadwyżką. Bardzo bym prosił o odniesienie się do tych dwóch spraw. I jeszcze pan przewodniczący Hoc, proszę.

Posel Czesław Hoc (PiS):

Ja też nawiążę do tej nadwyżki, ale w kontekście nadwykonań. Oczywiście, to wszystko było poruszane, ale chciałbym to doprecyzować i uzyskać konkretną odpowiedź.

Wynik finansowy, zysk 383.000 tys. zł, w tym wynik z podstawowej działalności operacyjnej 298.000 tys. zł. Widzimy, że za 2013 r. w pozostałej działalności operacyjnej koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych dotyczyły aż 425.000 tys. zł. Czyli, mówiąc krótko – konkludując – ile jest niewypłaconych nadwykonań za 2013 r. i dlaczego, mając tę nadwyżkę – i mając w części operacyjnej zysk w wysokości prawie 298.000 tys. zł – nie regulujecie tych spraw? A trzeba pamiętać, że to nie tylko wymiar finansowy, bo jest to praktycznie budżet kilku, a nawet kilkunastu szpitali rejonowych, ale także wymiar społeczny i aksjologiczny pewnych wartości. Bo jeżeli szpitale się zadłużają, a zadłużenie jest spiralne, bo niezapłacenie za wykonane usługi rodzi koszty, to dlaczego oszczędzacie kosztem zadłużania się, i to bardzo poważnego zadłużania się? To tyle. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani poseł Hryniewicz. Bardzo proszę.

Posel Józefa Hryniewicz (PiS):

Panie przewodniczący, mam pytanie do przedstawiciela ministra finansów. Chciałabym zapytać, gdzie w ustawie o NFZ jest zapisane, że NFZ może osiągać zyski. To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie dotyczy tego, czy te praktyki NFZ nie podlegają komisji do spraw dyscypliny finansów publicznych, bo przecież są to rzeczy absolutnie niebywale. Z jednej strony, NFZ się sądzi, z drugiej strony, nie wykonuje planu finansowego, rozdaje pieniądze, a nie płaci za nadwykonania. Jeśli te wykonania były zrealizowane, to po prostu trzeba za to zapłacić. Ja niczego tutaj nie rozumiem na podstawie normalnej wiedzy na temat finansów publicznych.

Pytanie do przedstawiciela ministra finansów – czy to jest praktyka dopuszczalna w finansach publicznych? Bo pamiętam, że kiedy ja wykonywałam budżet, to musiałam to bardzo dokładnie sprawozdawać, a tu okazuje się, że można generować zyski, można nie płacić, można się sądzić za publiczne pieniądze, można je wydawać, nie chciałabym powiedzieć, że po uważaniu, ale, nie wiem, jak, bo nie znajduję na to prawidłowego określenia. O co tu chodzi? Jakie jest w tej sprawie stanowisko Ministerstwa Finansów?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze, bardzo proszę, pani prezes Janicka.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia.

Panie ministrze, panie prezesie, po pierwsze, chcę bardzo podziękować panu przewodniczącemu za głos w sprawie systemu eWUŚ. Tak naprawdę, przyjechałam dzisiaj przede wszystkim... Bo, jeżeli chodzi o słupki i sprawy finansowe, to śledzimy to bardzo dokładnie. System eWUŚ interesuje mnie przede wszystkim dlatego, że ma on skutek nie tylko w roku 2013, ale i w 2014, a pewnie i w 2015. Chciałabym więc prosić o informację, jak wygląda kwestia dzieci nieubezpieczonych. To jest bardzo istotna sprawa, o czym już pan przewodniczący wspominał.

Druga sprawa – kwestia systemu eWUŚ i podstawowej opieki zdrowotnej. Jak wiemy, rok 2013 był burzliwy z tego tytułu. Były umowy, między innymi, w Wielkopolsce, zawarte tylko na pięć miesięcy właśnie z powodu systemu eWUŚ. Zatem, nadal jest to problem, który jest w systemie. I, oczywiście, kwestia, jak to skutkuje jeżeli chodzi o pozyskiwane środki. Bo, z jednej strony, eWUŚ – takie przynajmniej było założenie – ma być narzędziem pomagającym w weryfikacji, a staje się weryfikatorem. A drugiej strony, czy NFZ odzyskał jakieś środki finansowe z tego tytułu, że wdrożono eWUŚ. Zatem, jakie środki odzyskano od pacjentów, którzy podobno wyłudzili lub nienależnie pozyskali świadczenie. Czy to są środki znaczące? Należy je bowiem porównać ze skutkami finansowymi, jakie wywołało wdrożenie systemu eWUŚ, jest to bowiem koszt po stronie płatnika, po stronie ministra. Tak więc chodzi mi o system eWUŚ z jego skutkiem na lata 2014 i 2015, bo jest jeszcze kwestia, która pewnie będzie tematem niejednego spotkania, dotycząca rozbieżności między konstytucją a prawami unijnymi, czyli dzieci, które w polskiej konstytucji mają pełne prawo do świadczeń, a będąc Polakami posiadają karty unijne. To jest nowy temat na ten rok, ale to dotyczy systemu eWUŚ, który nadal ma wiele problemów, wiele błędów i – jak słyszymy – skutkuje jednak prawie ośmioma procentami nieubezpieczonych. Czyli, jest to problem, z jednej strony, finansowy, bo wydatkujemy jakieś pieniądze, najprawdopodobniej zdecydowanie większe niż opłacanie świadczeń tych pacjentów, Polaków, obecnych w systemie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, najprościej byłoby, żeby pan prezes odpowiedział, a później... Proszę?

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Panie przewodniczący, jeśli można...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Poruszana w pytaniach sprawa miliarda, czy 200 mln, czy dzieci ubezpieczonych, czy nie, i tego sporu, który wystąpił w ubiegłym roku między prezesem NFZ a Skarbem Państwa... W Ministerstwie Zdrowia pracował zespół złożony z przedstawicieli ministra zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Finansów. Zespół zakończył prace, zweryfikował tę całą bazę, sprawę której podnosił wcześniej NFZ. Zakończyło się to przyjęciem takiego rozwiązania, że uznano... To znaczy, tak naprawdę, przedstawiciele MZ i NFZ, przy udziale ministra finansów, uznali roszczenie na kwotę przekraczającą niewiele 300.000 tys. zł. I to jest ostatecznie uzgodnienie, już po zamknięciu działania tego zespołu. Jedną z rekomendacji tego zespołu są takie zmiany w prawie, żeby nie było wątpliwości interpretacyjnych na poziomie MF czy MZ. Teraz pracujemy nad tymi zmianami prawnymi, żeby je przekazać do legislacji. Natomiast – żeby było jasne – ta kwota, po wszystkich sprawdzeniach i badaniach, przekroczyła lekko 300.000 tys. zł.

Odnosnie do drugiej kwestii poruszanej tutaj kilkakrotnie, mitycznego zysku, rozumiejąc, że wszyscy, którzy zajmują się finansami w jakikolwiek sposób, mniej lub bardziej amatorsko czy mniej lub bardziej zawodowo, mają świadomość tego, że na koniec roku,

podsumowując budżet finansowy firmy, która funkcjonuje cały czas, czyli 1 stycznia, 2 stycznia i 5 stycznia, zamyka się pewien księgowy obraz. I to, że środki są w Narodowym Funduszu Zdrowia pokazuje ten wynik. To nie jest zysk Funduszu. To jest wynik, który przechodzi na następne lata. I dalej Fundusz funkcjonuje, i płaci te środki na leczenie. To nie są środki, które są dzielone na dywidendę czy cokolwiek, ale w księgowości przyjmuje się, że 31 grudnia to jest dzień zamknięcia ksiąg i środki, które leżą na kontach, są po prostu księgowane. I nie jest tak, że zarzutem do NFZ może być to, że zostało 300.000 tys. zł, a nie wydano ich na nadwykonania. Fundusz w 2013 r. zapłacił wszystkim świadczeniodawcom za wszystkie umowy, jakie podpisał. Nadwykonania są rozliczane później. Warto, żebyśmy wiedzieli o takich rzeczach mówiąc słowa, które nie do końca są prawdziwe, bo to nie jest jakiś mityczny zysk Funduszu. To jest wynik finansowy, który po prostu został na koniec roku. I Fundusz działa nadal, więc te środki są dalej wykorzystywane na zdrowie w kolejnych latach, w kolejnych miesiącach. Tyle ogólnych uwag. Panie prezesie, proszę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeszcze komentarz, panie ministrze. Myślę, że jednak się nie rozumiemy. Każdy doskonale wie, jak należy interpretować ten zysk, i każdy doskonale wie, że te pieniądze w dalszym ciągu są wydawane nie na dywidendy, tylko na leczenie. Problem polega na tym, czy Narodowy Fundusz Zdrowia, może nie wiedząc, że jest to dokładnie 300.000 tys. zł, ale wiedząc, że pewne środki posiada, bo przecież jest to monitorowane, powinien zareagować w sytuacji, kiedy skończyły się kontrakty – jak pan słusznie powiedział, za nie wszystkie zapłacono, ale, na przykład, była kolejka na diagnostykę – czy też nie powinien reagować. Otóż, panie ministrze, posłowie uważają, że powinien reagować, powinien płacić i powinien umożliwić dodatkową diagnostykę czy inne dodatkowe świadczenia zdrowotne, na przykład, w grudniu, skoro te pieniądze posiada. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa, panie ministrze. Jeżeli mówimy o tej różnicy, to, po pierwsze, czy odnośnie do tych pieniędzy, już dokładnie wyliczonych co do złotówki, choćby chodziło o niewielką kwotę, państwo wystąpili o ich zwrot do Ministerstwa Finansów, bo, jak rozumiem, mają państwo w tej chwili dokładne wyliczenia. Nie można sprawy zamknąć w ten sposób, że państwo wyliczyli, że jest to kilkadziesiąt milionów więcej niż było w planach finansowych i nic z tym dalej nie zrobicie. Nawet te kilkadziesiąt milionów Ministerstwo Finansów powinno oddać. To, po pierwsze.

Po drugie, po co wydajemy ciężkie pieniądze na eWUŚ, skoro to wszystko nie działa i państwo muszą to w jakiś sposób dodatkowo przeliczać. Panie ministrze, ktoś ten eWUŚ wprowadzał, ktoś za jego funkcjonowanie odpowiada i ktoś odpowiada za bieżącą weryfikację. W związku z tym, pytam, czy ktoś ponosi konsekwencje z tego tytułu, że prezes NFZ, być może wprowadzony w błąd, chciał w takim razie wyłudzić od budżetu państwa dodatkowe kilkaset milionów złotych. Ktoś takie dane prezesowi NFZ przedstawił na podstawie określonych parametrów. Czy coś z tego wynika, czy po prostu państwo policzyli, i koniec?

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Myślę, panie przewodniczący, szanowni państwo, że warto sobie odpowiedzieć na jedno pytanie – po co ten eWUŚ powstał? Bo rozumiem, że dzisiaj system i Narodowy Fundusz Zdrowia są bardzo mocno krytykowane za eWUŚ, ale przypomnę, że ten system pomaga pacjentom. Przede wszystkim nie chodzi o kwitki, które nosili wcześniej regularnie, z drukiem RMUA, który brali od swoich księgowych, kadrowych czy Bóg wie kogo w firmie idąc do lekarza. Mają dzisiaj dostęp do tego systemu przy pomocy numeru PESEL. I to jest system potwierdzający ubezpieczenie... Potwierdzający... Panie przewodniczący, prosiłbym o wysłuchanie spokojne, bez emocji. Jeżeli kilka procent jest niepotwierdzonych i pan z tego wyciąga wnioski, że system nie potwierdza dla ponad 90%, to mijamy się zupełnie w ocenie tego systemu.

Odnośnie do drugiej rzeczy – system działa. To, że bazy, z których „zasysa”, nie zawsze są aktualne, to jest odrębna historia. Jednak to nie jest wina systemu eWUŚ, tylko baz. Dobrze, żebyśmy o tym wiedzieli. Dzisiaj system na pewno ułatwia pacjentom sytuację, bo nie muszą chodzić z dokumentami i pobierać ich co miesiąc z zakładu

pracy czy firmy, czy z urzędu, żeby potwierdzić, że są ubezpieczeni, bo dla przytłaczającej większości – ponad 90% ludzi – to poświadczenie jest. Mamy wątpliwości odnośnie do 7-8% osób, które są niepotwierdzone, ile z nich rzeczywiście jest nieubezpieczonych – bo tak przecież jest – a ile jest. Te bazy są weryfikowane na bieżąco, kiedy te osoby trafiają do lekarza pierwszego kontaktu czy do specjalisty. Kiedy okazuje się, że mają status czerwony, wtedy starają się zweryfikować czy potwierdzić ten status. To trwa. To jest baza, która będzie działać na bieżąco, bo przecież jest dynamiczna. Chciałbym, żebyśmy wiedzieli, o czym mówimy – eWUŚ to system potwierdzający ubezpieczenie. Bazy danych. Jeśli czasem są jeszcze nieaktualne, są weryfikowane, ale w Polsce mamy system ubezpieczeniowy i zawsze na jakiejś podstawie to ubezpieczenie żeśmy potwierdzali. Do tego służy eWUŚ.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Proszę państwa, jeszcze raz. Ponieważ powtórzyła się sprawa nadwykonań, to jeszcze raz powtórzę. Nie jest tak, że każde nadwykonanie od razu powoduje zasadność płacenia. Moglibyśmy to sobie wyobrazić tak – idę do stomatologa i proszę o zaopatrzenie trzech ubytków, a zaopatrzy cztery i wystawi mi rachunek. Tak oczywiście być nie może, i to nie jest racjonalne. Jest to decyzja zawarta w ramach umowy. Dlatego, nie wykluczając, że część tych świadczeń, które w ramach świadczeń ponadumownych została wykonana, jest zasadna pod względem potrzeb pacjentów, Fundusz weryfikuje to ciężką i niewdzięczną pracą. Trwa to tak długo, na miarę naszych zasobów ludzkich, naszych kosztów i możliwości weryfikacyjnych, natomiast, oczywiście, nie można tego wykonać pochopnie więc musi być każdorazowo dokumentacja, uzasadnienie i rozpoznanie.

Mogę podać dokładne dane, jaki jest średni czas od zgłoszenia roszczeń do momentu ich zakończenia, ponieważ są bardzo różne wzory tych działań. Nie ma jednolitego wzoru w kraju. Jedno roszczenie jest w całości oddalane przez sąd, inne jest w większości przyjmowane przez sąd, część kończy się ugodą, a część kończy się aneksem. W związku z tym informacje są w tabelkach podane i mogę przytoczyć, jak wyglądają sprawy sądowe... Sekundkę, zaraz znajdę, jeśli to panią poseł interesuje... Natomiast jest to teza absolutnie nie do obrony, że nadwykonanie to znaczy zobowiązanie do zapłaty. Tak nie jest. To zobowiązanie wynika, po pierwsze, z umowy... Tak. I dlatego jeszcze raz podkreślam – dyscyplina finansów publicznych powoduje to, że my te świadczenia jesteśmy zmuszeni weryfikować.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jeszcze miał odpowiedzieć ktoś z Ministerstwa Finansów. Czy pan prezes jeszcze kontynuuje?

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Już kończę...

Zastępca dyrektora Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej Ministerstwa Finansów Mirosław Stasiak:

Mirosław Stasiak, Ministerstwo Finansów...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To w międzyczasie poproszę pana z Ministerstwa Finansów o odpowiedź.

Zastępca dyrektora departamentu MF Mirosław Stasiak:

Chciałbym potwierdzić słowa pana ministra. Oczywiście, nie ma tego w ustawie, że NFZ ma generować zysk, wręcz przeciwnie – plan zatwierdzany powinien być zrównoważony. Pragnę jednak podkreślić, że czym innym jest plan, a czym innym jest wykonanie. Zawsze może wystąpić albo wynik dodatni, albo wynik ujemny. Jeżeli mamy wynik dodatni, to jest później uruchamiana odpowiednia procedura, która dotyczy tego, co z tą nadwyżką się robi. Może być przekazana na fundusz zapasowy i, tak jak pan minister stwierdził, w dalszym ciągu zostaje w NFZ i może służyć finansowaniu...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę nie dyskutować na stronie. Widzę trzy...

Poseł Anna Zalewska (PiS):

Ja prosiłam o podstawową informację...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę nie dyskutować na stronie. Na razie kontynuujemy. Pan dyrektor już skończył. Czy tak? Bardzo proszę, pan prezes.

Prezes NFZ Tadeusz Jędrzejczyk:

Tak, ta tabelka jest na pierwszej stronie aneksu do sprawy, zaraz po str. 196. I tak, jeśli chodzi o sprawy prowadzone w 2013, było ich 386 w całym kraju – wszczęte w 2013 r. W tym przypadku, w 2013 roku zakończono ogółem 420 spraw, z tego zawarto ugodę sądową odnośnie do 259 spraw, czyli jest to zdecydowanie większa część. Zasądzenie – czyli na podstawie wyroku sądowego – w 50 sprawach. W 111 sprawach zostało oddalone powództwo. Tu są wyszczególnione kwoty. Oddalenie powództwa, to było 189.000 tys. zł. Zasądzone kwoty – 143.000 tys. zł i ugody sądowe – 233.000 tys. zł.

Chciałbym przypomnieć, że ustawa o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej odsyła Narodowy Fundusz Zdrowia i świadczeniodawców do Kodeksu cywilnego i na jego podstawie te sprawy są prowadzone, z naciskiem na to, że staramy się zakończyć większość z nich w sposób ugodowy. W każdym planie finansowym planujemy wydatki na świadczenia z lat ubiegłych i prowadzimy to tak, aby środki, jakie mamy do dyspozycji, efektywnie wykorzystać. Powiedziałbym, że tu pośpiech nie jest wskazany, a weryfikacja jest zasadna.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Widziałem trzy zgłoszenia po raz kolejny. Bardzo proszę, pan przewodniczący... Dobrze, pan przewodniczący Hoc zrezygnował. Pani poseł Hrynkiewicz, proszę bardzo.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, jeżeli to jest bilans księgowy na dzień 31 grudnia, to nie można pisać, że to jest zysk. Oczekiwałam od pana prezesa, że nam wyjaśni, że takie są zobowiązania niezapłacone na ten dzień w tych 382.000 tys. zł. Bo przypuszczam, że są zobowiązania niezapłacone za grudzień. Prawda? Czy są? Nie, wszystko... Tyle panu zostało pieniędzy... I nazywa to pan zyskiem. I teraz tym zyskiem może pan dysponować dowolnie. Czy tak?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę nie dyskutować na stronie. Proszę zapytać do końca i pan prezes odpowie...

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Ja pytam pana prezesa, czy nie musi wobec tego przedstawić nam korekty do tego planu i dodatkowo pytam, jak te pieniądze mają być wydawane. Bo po to jest kontrola Sejmu w zakresie wydatków publicznych – tak przynajmniej stanowi konstytucja – żebyśmy wiedzieli, jak te pieniądze są wydawane. To jest też pytanie do pana dyrektora z Ministerstwa Finansów. Nie może być tak, że po prostu zostały pieniądze. Z jakiegoś powodu zostały. Z jakiegoś powodu to planowanie...

To nie jest pierwszy rok. W każdym roku mamy podobne rzeczy, ale z każdym rokiem narasta ten problem dowolnego planowania zarówno dochodów, jak i wydatków. A tu sprawa dotyczy nie tego, że możemy odłożyć pewne rzeczy. My ich nie możemy odłożyć, tylko, jeśli chodzi o leczenie – już kończę – muszą być wykonywane natychmiast. Ja jednak poproszę, żeby to dokładniej wyjaśnić.

Druga sprawa dotyczy systemu eWUŚ. Kiedy ten system był wprowadzany, było bardzo dużo zarzutów. Teraz pan minister chwali się, że mamy do czynienia z tym, że to jest 7-8%. Pani ministrze, chcę panu powiedzieć, że według danych Głównego Urzędu Statystycznego z usług ochrony zdrowia finansowanych ze środków publicznych w roku korzysta mniej więcej ¼ ogółu obywateli. Czyli, jeśli to jest 7-8%, to trzeba je odnieść do tej części, która z tych świadczeń korzysta, bo jeśli ja nie korzystałam ze świadczeń, to nikt mnie nie weryfikował, i żadna weryfikacja nie była potrzebna.

Następne moje pytanie dotyczy tego, dlaczego w tym systemie weryfikuje się negatywnie dzieci. Dzieci są ubezpieczone bez żadnych innych zobowiązań, że tak powiem. Po prostu, są ubezpieczone z ustawy. I w każdym sądzie taką sprawę, z którą pan się zgłosi, wygramy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Mam propozycję. Ponieważ nie ma sensu kontynuować tej wymiany zdań, bardzo bym prosił pana ministra i pana prezesa o udzielenie pani poseł odpowiedzi na piśmie na zadane pytania.

W tej chwili przejdziemy do wydania opinii. Są przygotowane dwie opinie Komisji Zdrowia odnośnie do tych sprawozdań – o rządowym dokumencie „Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2013” (druk nr 2711): „Marszałek Sejmu, po zasięgnięciu opinii Prezydium Sejmu, skierowała w dniu 29 sierpnia 2014 r. powyższy dokument do Komisji Zdrowia w celu rozpatrzenia. Komisja Zdrowia, po rozpatrzeniu tego dokumentu na posiedzeniu w dniu 24 września 2014 r., wnosi: Wysoki Sejm przyjąć raczy sprawozdanie z druku nr 2711”.

Czy ktoś jest przeciwny przyjęciu takiego stanowiska? W związku z tym, będziemy głosować za przyjęciem sprawozdania... Proszę przeczytać, jakie są procedury. Gdyby nie było sprzeciwu, byłoby to przyjęte. Widzę, że pan poseł Gos nie rozumie tego po tylu latach.

W takim razie przechodzimy do głosowania. Kto jest za przyjęciem tego sprawozdania? Kto jest przeciwny? Kto wstrzymał się od głosu?

15 osób głosowało „za”, 11 – „przeciw”, nikt nie wstrzymał się od głosu. Sprawozdanie zostało przyjęte w formie przeczytanej przeze mnie.

Pozostaje wybór posła sprawozdawcy. Bardzo proszę.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Proponuję panią poseł Kłosin.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Czy pani poseł się zgadza?

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Zgadzam się.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Czy ktoś jest przeciwny przyjęciu kandydatury pani poseł na sprawozdawcę Komisji? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie pani poseł będzie posłem sprawozdawcą.

I opinia do przedstawionego przez ministra finansów „Sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2013”: „Marszałek Sejmu, po zasięgnięciu opinii Prezydium Sejmu, skierowała w dniu 9 września 2014 r. powyższy dokument do Komisji Zdrowia w celu rozpatrzenia. Komisja Zdrowia, po rozpatrzeniu tego dokumentu na posiedzeniu w dniu 24 września 2014 r., wnosi: Wysoki Sejm przyjąć raczy sprawozdanie z druku nr 2719”.

Czy ktoś jest przeciwny przyjęciu takiego sprawozdania? W związku z tym, głosujemy.

Kto jest za pozytywną opinią do sprawozdania? Kto jest przeciwny? Kto wstrzymał się od głosu?

15 osób głosowało „za”, 9 było przeciwnych, nikt się nie wstrzymał od głosu, a więc i to sprawozdanie uzyskało pozytywną opinię.

Poseł sprawozdawca. Była propozycja, żeby to również była pani poseł Kłosin. Czy pani poseł się zgadza?

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Tak, zgadzam się.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Czy ktoś jest przeciwny tej propozycji? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie, dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji.