

VIII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **KOMISJI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO
I POLITYKI REGIONALNEJ
(NR 96)
z dnia 9 lutego 2017 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej (nr 96)

9 lutego 2017 r.

Komisja Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej, obradująca pod przewodnictwem posła **Andrzeja Maciejewskiego (Kukiz15)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

- informację **Ministra Zdrowia** na temat założeń projektów ustaw o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- informację **Ministra Zdrowia** na temat założeń projektu ustawy o sieci szpitali.

W posiedzeniu udział wzięli: **Piotr Gryza** oraz **Marek Tombarkiewicz** podsekretarze stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Aurelia Ostrowska** dyrektor Departamentu Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji, **Maciej Szustowicz** wicedyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Leszek Smolarczyk** koordynator ratownictwa medycznego w Komendzie Głównej Państwowej Straży Pożarnej, **Bartosz Pawnik** młodszy specjalista w Biurze Prawnym KG PSP, **Leszek Świątalski** sekretarz generalny Związku Gmin Wiejskich RP, **Grzegorz Kubalski** zastępca Dyrektora Biura Związku Powiatów Polskich, **Marek Wójcik** pełnomocnik Zarządu Związku Miast Polskich.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Sławomir Jakubczak**, **Dariusz Myrcha**, **Jolanta Osiak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Otwieram posiedzenie sejmowej Komisji Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum. Witam panie, panów posłów. Witam zaproszonych gości. Witam dwóch wiceministrów z Ministerstwa Zdrowia: pana Piotra Gryzę i pana Marka Tombarkiewicza. Witam również na naszym posiedzeniu przedstawicieli Komendy Głównej Państwowej Straży Pożarnej oraz przedstawicieli Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Dzisiejszy porządek dzienny przewiduje rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia na temat założeń projektów ustawy o sieci szpitali oraz o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Czy do porządku są uwagi? Nie słyszę. Stwierdzam przyjęcie porządku dziennego.

Proszę państwa, dzisiejsze spotkanie ma jakby dwie części. Pierwsza część dotyczyć będzie planowanej sieci szpitali. Zreferuje to pan minister Piotr Gryza. Druga część dotyczyć będzie zmiany ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, co zreferuje pan minister Marek Tombarkiewicz. Czy możemy rozpocząć, panie ministrze? Prezentacja podłączona?

Pierwsza część dotyczy sieci szpitali. Bardzo proszę panie ministrze. Trzy minuty przerwy technicznej.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Tombarkiewicz:

Panie przewodniczący, mam propozycję. My nie mamy prezentacji, mamy czystą informację, więc może zaczęlibyśmy, żeby zracjonalizować czas.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dobrze, panie ministrze. Dziękuję. Zatem, żeby nie marnować czasu, najpierw pan minister Marek Tombarkiewicz zreferuje tę część dotyczącą zmiany ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Marek Tombarkiewicz:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Przepraszam za głos, ale zostałem wyciągnięty z łóżka i jestem jeszcze niedoleczony, ale merytorycznie przygotowany.

Jeśli chodzi o zmianę ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, musimy pamiętać, że w zeszłym roku minęło 10 lat obowiązywania ustawy, która w trakcie tych 10 lat była kilkanaście razy nowelizowana. Przyszedł więc czas na dużą nowelizację, która z przyczyn trochę organizacyjnych została podzielona na dwie nowelizacje, co mogło niektóre osoby wprowadzić w błąd. Pierwsza nowelizacja, tzw. mała, dotyczyła wprowadzania systemu SWD PRM (system wprowadzania dowodzenia państwowego ratownictwa medycznego). Po wielu dyskusjach, po zmianach, wszystkie elementy związane z funkcjonowaniem dyspozytorni systemu SWD PRM zostały przeniesione właśnie do tzw. małej nowelizacji. Ta nowelizacja zakłada inne funkcjonowanie dyspozytorni medycznych w ramach komórki urzędu wojewódzkiego i dalszą koncentrację dyspozytorni, co jest wdrażane od roku 2010. Jednocześnie wprowadzamy przelicznik jednego dyspozytora na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców na terenie funkcjonowania dyspozytorni. Każda dyspozytornia będzie obejmowała rejon operacyjny, tzn. zostanie przypisany rejon operacyjny do dyspozytorni medycznej. W okresach dostosowawczych wojewoda będzie tworzył dyspozytornię na własnej bazie lokalowej, czyli w budynku urzędu wojewódzkiego lub w innym, albo też może powierzyć te zadania dyspozytorni medycznej dysponentowi zespołu ratownictwa medycznego, który posiada w swoich strukturach taką dyspozytornię. Chodzi o pewną racjonalizację kosztów, o ułatwienie funkcjonowania i łagodniejsze przejście tych kwestii zmiany podległości, jeśli chodzi o funkcjonowanie dyspozytorów medycznych, pod nadzór wojewody. Zgodnie z ustawą za funkcjonowanie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego na terenie województwa odpowiada wojewoda.

Jednocześnie ta nowelizacja, ze względu na olbrzymią rolę zawodu dyspozytora medycznego i konieczność szkolenia, doskonalenia zawodowego tej grupy zawodowej, przewiduje powstanie Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, które z jednej strony przejmie od MSW (bo aktualnie w MSW jest system SWD PRM) jako administrator i będzie dbał o jego serwisowanie, a także rozwój funkcjonalności. I tutaj aktualnie jesteśmy w fazie uruchamiania wersji 1.0, natomiast wersja 2.0 jest już opisana i czekamy na możliwość złożenia aplikacji ze środków unijnych w Ministerstwie Cyfryzacji.

Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego będzie zajmowało się szkoleniem dyspozytorów medycznych. Będzie też miało uprawnienia do szkolenia także innych zespołów ratownictwa medycznego.

W związku z dużymi potrzebami kadrowymi i problemami, jakie sygnalizowano z wielu urzędów wojewódzkich, jeśli chodzi o funkcję lekarza koordynatora ratownictwa medycznego, zdecydowaliśmy się na rozszerzenie tej definicji o wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego i dopuszczenie, oprócz zawodu lekarza, także zawodu ratownika medycznego i pielęgniarki systemu z odpowiednim doświadczeniem, do funkcjonowania w tej strukturze wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (czyli osoby, która w sposób ciągły na bieżąco zbiera wszelkie informacje od zespołów ratownictwa medycznego i koordynuje funkcjonowanie systemu, a więc zarówno zespołów, jak i bieżącą pracę szpitalnych oddziałów ratunkowych, transporty między szpitalne, transporty między województwami, konieczność użycia zespołów spoza województwa w przypadku zdarzenia, które wymaga większych sił). Taki był wniosek płynący z wielu urzędów wojewódzkich i my go uwzględniliśmy.

Teraz, jeśli chodzi o tzw. dużą nowelizację, podstawy zmian to: upublicznienie systemu ratownictwa medycznego poprzez możliwość funkcjonowania tylko podmiotów, które posiadają co najmniej 51% udziałów publicznych jednostek samorządu terytorial-

nego, bądź uczelni medycznej. Następnie – wprowadzenie etatyzacji zatrudnienia personelu zespołu ratownictwa medycznego. Szttywne zapisanie, że zespoły ratownictwa medycznego mogą być tylko trzyosobowe (w tej chwili zapis jest fakultatywny, więc mogą być zespoły dwuosobowe lub trzyosobowe). Po opiniach ze strony Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej uznaliśmy za konieczne funkcjonowanie zespołów trzyosobowych.

Jesteśmy cały czas w trakcie rozmów ze środowiskiem i wsłuchując się w potrzeby chcemy trochę złagodzić pierwotne zapisy, czyli pozostawić zespoły specjalistyczne zgodnie z aktualnym zapisem ustawy, tzn. od roku 2020 funkcjonowałyby zespoły specjalistyczne z lekarzem specjalistą medycyny ratunkowej, a do tego czasu te zespoły z lekarzami mogłyby funkcjonować na dotychczasowych zasadach, czyli lekarz w karetce mógłby być tzw. lekarzem systemu, a więc lekarzem, który posiada oprócz specjalizacji z medycyny ratunkowej także pięć innych specjalizacji lub jest po drugim roku specjalizacji. Dodam tylko, że po tym drugim roku specjalizacji musi kontynuować szkolenie. Tak więc, po roku 2020 lekarze w karetkach będą lekarzami specjalistami od medycyny ratunkowej lub po drugim roku specjalizacji pod warunkiem kontynuacji tego kształcenia.

Chcemy też jasno opisać ścieżkę kształcenia dla ratowników medycznych, a więc obowiązkowy licencjat 3-letni, półroczną praktykę i to wszystko zakończone egzaminem w Centrum Egzaminów Medycznych.

Jednocześnie chcemy wzmocnić obsadę szpitalnych oddziałów ratunkowych poprzez wpisanie obowiązku, że ordynatorem SOR musi być specjalista medycyny ratunkowej, co też było postulowane przez środowisko i wydaje się naturalne w tych zmianach.

W tej dużej ustawie są też delegacje zarówno dla Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, jak i Ministerstwa Obrony Narodowej o możliwość wydawania własnych rozporządzeń, które dotyczą pracowników podległych tym dwóm resortom, co było postulowane ze względu na pewną specyfikę funkcjonowania ratowników medycznych bądź pielęgniarek w MON na polu walki, a w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w różnych służbach, gdzie takie osoby są zatrudniane, jednak nie mogły wykonywać takich świadczeń medycznych, a więc świadczeń, do których są uprawnieni w systemie ratownictwa medycznego. W związku z tym rozszerzamy delegację i te dwa resorty będą mogły wydawać własne rozporządzenia, które będą w sposób szczegółowy kształtowały zakres obowiązków swoich funkcjonariuszy. To w skrócie tyle, panie przewodniczący. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Bardzo proszę, pan minister Piotr Gryza.

Poseł Andrzej Gawron (PiS):

Przepraszam panie przewodniczący, czy mógłbym zgłosić wniosek, żeby teraz przeprowadzić dyskusję na ten pierwszy temat? Bo jak zajmiemy się drugim tematem, to potem może być lekkie zamieszanie.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Przyjeliśmy to jako całość tematu, bo to będzie sieć szpitali a kwestia ratownictwa jest powiązana. Dlatego chcę to zakończyć pytaniami zbiorczymi. Czy możemy prosić, panie ministrze? Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. To o tyle się wiąże, że jednym z podstawowych kryteriów wejścia do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej jest kontrakt na szpitalny oddział ratunkowy albo na izbę przyjęć. Tak więc, jeden z drugim systemem, w takim sensie, ma istotne powiązanie.

Najpierw, szanowni państwo, chciałbym powiedzieć o kilku aksjologicznych wymiarach tej zmiany systemowej, następnie o profilach kwalifikujących oraz kilka słów o sposobach rozliczania świadczeń i o pewnych cechach, czyli podziale na podmioty publiczne i niepubliczne.

Jakie są cele proponowanej zmiany? Po pierwsze poprawienie dla pacjentów dostępu do świadczeń specjalistycznych, w szczególności poprzez połączenie w zakresie leczenia szpitalnego świadczeń leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjali-

stycznej. Po drugie zagwarantowanie odpowiedniego poziomu finansowania świadczeń realizowanych w ramach leczenia szpitalnego. Po trzecie zagwarantowanie ciągłości i stabilności finansowania jednostkom istotnym z punktu widzenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz pozostawienie możliwości finansowania świadczeń w pozostałych jednostkach.

Kolejny istotny cel to zoptymalizowanie liczby oddziałów specjalistycznych, poprawa elastyczności zarządzania szpitalem oraz optymalizacja struktury leczenia. Wiąże się to z tym, o czym wspomniałem, czyli w części będzie to finansowanie ryczałtowe i utworzenie jednego sposobu rozliczania dla świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego i leczenia ambulatoryjnego.

Kolejny bardzo ważny cel to uporządkowanie struktury szpitali i określenie obszarów odpowiedzialności poszczególnych poziomów szpitali. Tutaj warto dodać, że nasz system jest bardzo nieuporządkowany. Każdy de facto robi co uważa za stosowne. Jest to pewna cecha obecnego systemu. Obecny system jest odpowiedzią na produkty, które przygotowuje płatnik. Każdy podmiot, który znajduje się na rynku, stara się w tym systemie znaleźć i buduje swoją pozycję finansową poprzez odpowiednie przygotowanie produktów, czyli wykonywanie świadczeń. Przez to szpitale rozwijają się właściwie w zależności od własnych aktywności, pewnych uwarunkowań lokalnych, a także – de facto – kontaktów z płatnikiem publicznym. Dlatego system jest bardzo nieuporządkowany, nie ma określonych obszarów odpowiedzialności, a więc również w takim sensie brak jest kierunków rozwoju systemowego.

Jeden z istotnych problemów inwestycji środków europejskich, budowy kryteriów i przygotowania dokumentu strategicznego, jakim jest Policy Paper, był związany z budową kryteriów. Tutaj ta ustawa, poprzez określenie poziomów odpowiedzialności, właściwie wyznacza te kierunki: jeśli znajdujesz się w danym poziomie, to powinieneś rozwijać się w tym obszarze. I to jest właśnie uporządkowanie struktury i określenie obszarów odpowiedzialności.

Wreszcie kolejny cel to stworzenie mechanizmu przynoszącego wąkospecjalistyczne profile do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych. To jest jedna z istotnych systemowych konkluzji wynikających m.in. z map potrzeb zdrowotnych. Chociaż my to właściwie wiemy i do tego nie potrzebna była aż takiej analizy, ale taki jest wniosek z owej analizy, że w znacznej mierze w szpitalach podstawowych w oddziałach specjalistycznych wykonuje się świadczenia niespecjalistyczne. To jest jedna istotna cecha.

Druga cecha jest taka, że jakość świadczenia powstaje wtedy, kiedy jest odpowiednia liczba wykonywanych świadczeń. I m.in. w mapach potrzeb pokazywane są takie progi odcięcia, które mówią o tym, jak liczba wykonanych de facto świadczeń w poszczególnych profilach zapewnia odpowiednią jakość wykonywanych świadczeń. Wiąże się to z tym, że jeśli mamy określony poziom specjalistyczny, to liczba wykonywanych świadczeń wysokospecjalistycznych w tym profilu powinna być odpowiednia. I to jest właśnie mechanizm, który ma to umożliwić, czyli przenoszenie profili wąkospecjalistycznych do szpitali specjalistycznych wieloprofilowych.

Pewne cechy związane z funkcjonowaniem obecnego systemu. Po pierwsze – nieograniczona zasada ubiegania się o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, a jednocześnie od ponad 3 lat de facto zamrożenie systemu i aneksowanie umów, ponieważ każdy konkurs wiąże się z poważnymi problemami logistycznymi. Poza tym na poziomie podstawowym nie potrafimy określić co wyjdzie po przeprowadzeniu konkursu ofert. I ta obawa towarzyszyła nie tylko nam, ale i poprzednikom, którzy w drodze ustawowej aneksowali umowy i nie przeprowadzali od kilku lat konkursów na wszystkie zakresy świadczeń. A zakres świadczeń leczenia szpitalnego ma tutaj charakter szczególny.

Kolejna cecha to okresowe postępowania konkursowe dotyczące wyodrębnionych zakresów świadczeń oraz ich systemy rozliczeń powodujące pewną fragmentaryzację procesu udzielania świadczeń (czyli taką produktowość, o której już wspomniałem). My w systemie rozliczeń chcemy odejść od tego i gwarantować pewną ciągłość i kompleksowość dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Kolejna cecha. Istniejący model promuje kształtowanie struktury świadczeniodawców, jak również ich wewnętrznej struktury, przede wszystkim o produkty konkursowe, rozliczeniowe.

Inna cecha istniejącego obecnego systemu to permanentny stan niepewności po stronie szpitali, co do przyszłych warunków działalności, finansowania, utrudniająca dłuższą perspektywę. I właśnie na to jest odpowiedź taka, że określamy obszary odpowiedzialności, profile, w których te szpitale mogą działać, a także określamy istotne zasady finansowania świadczeń w lecznictwie szpitalnym.

Kolejna cecha obecnego systemu to ograniczona możliwość przesuwania świadczeń pomiędzy cząstkowymi kontraktami. Funkcjonujący model stwarza też presję na rozliczanie świadczeń lepiej taryfikowanych, preferowanie hospitalizacji pacjenta w sytuacjach, kiedy wystarczająca byłaby interwencja na poziomie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Oczywiście system jest bardzo złożony, więc jest to jakiś jeden element, ale taką cechą obserwujemy w obecnym systemie.

Jakie działania kierunkowe podejmujemy w tym systemie? Przede wszystkim odejście od zasady nieograniczonego ubiegania się o zawarcie kontraktu, na rzecz wyodrębnienia stabilnego systemu świadczeniodawców zabezpieczających podstawową dostępność z zakresu lecznictwa szpitalnego.

Wprowadzenie dla znacznej części świadczeń, ale nie dla całości, rozliczania w postaci ryczałtowej, w miejsce dzisiejszych rozliczeń na zasadzie *fee for service*.

I kolejna sprawa, o czym wspomniałem, ryczałtowa forma rozliczeń dotyczy tylko części rozliczanych świadczeń, natomiast na podstawie delegacji, która jest w projekcie ustawy, Minister Zdrowia określa w drodze rozporządzenia wykaz świadczeń, które ze względu na swoją specyfikę powinny być wyodrębnione z ryczałtu i rozliczane w ten sam sposób, jak do tej pory, czyli *fee for service* z określeniem kwoty zobowiązania, czyli tzw. limitu.

Będzie też koordynacja świadczeń poprzez połączenie w jednym sposobie rozliczenia świadczeń szpitalnych i świadczeń ambulatoryjnych, co powinno poprawić koordynację opieki nad pacjentem, bardziej racjonalnie przesuwać zasoby, czyli personel (ale nie tylko) i dostosować strukturę wewnętrzną podmiotów do adekwatności potrzeb zdrowotnych.

I to jest taki schemat utworzenia pewnych poziomów, czyli obszarów odpowiedzialności poszczególnych grup szpitali wraz z budowanymi kryteriami jakie szpital spełnia, kiedy może wejść do określonego poziomu.

Przejdę teraz do podstawowych kryteriów kwalifikacji, do podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Te kryteria podstawowe, zasadnicze, określone są w projekcie ustawy, natomiast pewne szczegóły określone są poprzez kryteria szczegółowe w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Przy czym generalnie w tej chwili w projekcie ustawy jest taka zasada, że to ustawa określa zasady, ustawa określa też minimalny poziom dla wyjątków, a Minister Zdrowia określa wejście dla tych wyjątków do systemu oraz dodatkowe warunki, które powinny być spełnione, żeby z tych wyjątków skorzystać.

Kryteria ustawowe. Podstawowym kryterium w projekcie ustawy, żeby zostać zakwalifikowanym do tego systemu, jest posiadanie w dniu kwalifikacji co najmniej dwuletniej umowy na izbę przyjęć albo na szpitalny oddział ratunkowy (ten wymóg nie dotyczy szpitali onkologicznych). W ogóle cały system obejmuje tylko tryb hospitalizacji, więc do wszystkich poziomów wchodzi tylko te umowy, które mają charakter trybu hospitalizacji, czyli hospitalizacji pełnej. Nie wchodzi natomiast umowy, które obejmowały tryb jednodniowy albo tryb hospitalizacji planowej.

Kolejne istotne kryterium to udzielanie przez ostatnie dwa lata świadczeń w zakresie profilu anestezyjologia i intensywna terapia. Dotyczy to poziomu drugiego i trzeciego w tym schemacie, który przedstawiłem wcześniej. Udzielanie świadczeń w ramach profili ustalonych ustawą dla danego poziomu i spełnienie szczegółowych kryteriów kwalifikacji dla danego poziomu.

Do profilu szpitali ogólnopolskich wchodziły instytuty oraz szpitale utworzone i prowadzone przez uczelnie medyczne, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, oraz szpitale utworzone przez ministrów.

I teraz profile charakteryzujące poszczególne poziomy szpitali. Poziom I to: choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, położnictwo i ginekologia, neonatologia i pediatria. I może od razu warto powiedzieć, jakie są kryteria wejścia do tego poziomu. Otóż, podstawowym, zasadniczym kryterium wejścia jest posiadanie umowy przez ostatnie 2 lata w trybie hospitalizacji na co najmniej dwa profile z tego poziomu. Ustawa dopuszcza tu wyjątek, że może być jeden profil, a rozporządzenie Ministra Zdrowia definiuje, że tym jednym profilem może być profil chorób wewnętrznych, jeśli jest to jedyny szpital w powiecie, albo jeśli choroby wewnętrzne stanowią podstawową działalność tego szpitala, czyli mają ponad 50% wartości umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. To jest poziom I.

Poziom II to następujące profile: chirurgia dziecięca, kardiologia, neurologia, ortopedia, otolaryngologia, okulistyka, urologia, chirurgia plastyczna, reumatologia. To jest pewien element warunkowy, ponieważ tutaj wejście szpitali do II stopnia ma kilka ścieżek. Tutaj trzeba mieć trzy profile z tego poziomu (łącznie 6 razem z poziomem I). Natomiast są jeszcze utworzone dodatkowe ścieżki związane ze świadczeniem usług w zakresie oddziałów ortopedycznych i rehabilitacyjnych oraz oddziałów chirurgii plastycznej, chirurgii i anestezjologii. Dotyczy to ośrodków oparzeniowych oraz szpitali, które mają charakter rehabilitacyjno-reumatologiczny. Jest to dodatkowa ścieżka wejścia do tego poziomu. Przy czym cały czas mówię o profilach kryterialnych, bo szpital, żeby wejść na dany poziom, musi mieć określone profile kryterialne. Powiem o tym jeszcze później. Oprócz profili kryterialnych są jeszcze profile dodatkowe oraz świadczenia dodatkowe, które są dołączane do zakresu działalności szpitala, która będzie finansowana przez płatnika.

W III poziomie lista profili kryterialnych jest stosunkowo duża. Żeby znaleźć się w III profilu trzeba posiadać umowę co najmniej na trzy profile z tego zakresu (łącznie 8 z poziomu I, II i III). Przy czym rozporządzenie Ministra Zdrowia dopuszcza wyjątek...

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Przepraszam państwa, proszę nie przeszkadzać panu ministrowi.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Dopuszcza taki oto wyjątek, że można mieć dwa profile z profili III stopnia, pod warunkiem, że oprócz tego ma się co najmniej dwa profile na III poziomie referencyjnym. Wtedy taki szpital wchodzi też do III poziomu. Ten III poziom jest o tyle charakterystyczny, że oprócz profili kryterialnych takiemu szpitalowi dołącza się wszystkie świadczenia. Tak więc szpitale III poziomu mogą wykonywać świadczenia w całym zakresie koszykowym.

Poziom onkologiczny. Wyróżniamy poziomy onkologiczne. Poziom onkologiczno-pulmonologiczny – to są szpitale, które pełnią inny charakter dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, niż szpitale ostre. One funkcjonują w obszarze opieki onkologicznej, skąd zostały wyodrębnione. Są to profile onkologiczne. Od razu powiem, że są trzy ścieżki wejścia do szpitali onkologicznych. Jedna ścieżka jest taka, że szpital powinien mieć sześć profili onkologicznych, w tym trzy makro metody leczenia onkologicznego, czyli chirurgia, radioterapia i chemioterapia. Jeśli te wszystkie trzy makro metody są, to wtedy taki ośrodek znajduje się na poziomie szpitali onkologicznych. Jest też ścieżka wyjątkowa, mówiąca o ilości profili w stosunku do całości profili, które są w danym szpitalu.

Szpitale pulmonologiczne to są profile pulmonologiczne i żeby znaleźć się w tym profilu trzeba mieć dwa spośród trzech profili pulmonologicznych. Jest jeszcze ścieżka dodatkowa, która mówi o kwocie w szpitalu pulmonologicznym.

Profil szpitali pediatrycznych. Są to wszystkie szpitale pediatryczne. Żeby znaleźć się w tym poziomie musi być 75% profili, które szpital ma obecnie – oczywiście na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Szpital ogólnopolski już zdefiniowaliśmy. To są wszystkie profile, na które dany podmiot miał umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Świadczenia dodatkowe. Jak wspomniałem, system jakby buduje podstawowe cechy, określa zakresy odpowiedzialności, a oprócz tego uwzględnia rzeczywistość i – na podstawie projektu ustawy i na podstawie projektu rozporządzenia – dodawane są pewne świadczenia, czy profile dodatkowe. Te profile – w tym wypadku akurat grupy świadczeń przedstawionych na slajdzie – są dla wszystkich poziomów, tj. AOS w perspektywie poradni przyszpitalnej. Czyli jeśli dany szpital świadczył usługi w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonywanej w poradniach przyszpitalnych, to w zakresie tym, który odpowiada charakterowi świadczeń wykonywanych przez szpital na danym poziomie. Przy czym ten charakter jest nieco rozszerzony w rozporządzeniu, ponieważ w załączniku do rozporządzenia jest zamieszczony szczegółowy wykaz jakie porady mogą być wykonywane przez szpitale na określonych poziomach.

To jest zrealizowane taką drogą, że po prostu definiujemy pewien ogólny profil zachowawczy i profil ostry chirurgiczny, i przypisujemy do tego pewne szersze spektrum porad, które mogą być wykonywane przez dany podmiot.

Jeśli szpital znajdzie się w tym systemie, grupą świadczeń dodawanych jest rehabilitacja wykonywana w warunkach szpitalnych oraz rehabilitacja w warunkach dziennych, a także dodatkowe świadczenia określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

Dla poziomów I, II, III i pediatrycznego (te szpitale mają izbę przyjęć albo szpitalny oddział ratunkowy) dołącza się umowę na nocną i świąteczną opiekę zdrowotną. Jest to regulacja ustawowa. Natomiast dla poziomu III dołącza się wszystkie świadczenia, które mogą być wykonywane w koszyku. Oczywiście, jeśli te kryteria koszykowe spełnia.

Jest też jedna bardzo ważna zasada, że każde nowe świadczenie, które miało być wykonywane przez szpital, a do tej pory nie było wykonywane (czyli nie wchodzi w zakres systemu) musi być poprzedzone konkursem ofert. W przypadku szpitali ogólnopolskich też. Czyli, jeśli coś wykonywałem do tej pory i miałem na to zawartą umowę dwuletnią, ale z pewnymi wyjątkami. Wspominam o tym, bo w ramach świadczeń dodawanych mamy np. programy lekowe, albo mamy chemioterapię. I w przypadku programu lekowego nie ma w ogóle określonego okresu umowy, a w przypadku chemioterapii jest to okres 3-miesięczny. Jednak jest ogólna zasada i jeśli podmiot chciałby świadczyć nowe usługi, których do tej pory nie wykonywał, i nie ma w zakresie umowy podpisanej z płatnikiem, to będzie finansowany dopiero po przeprowadzeniu konkursu ofert.

Teraz sama procedura kwalifikacji na podstawie projektu ustawy. Na podstawie kryteriów ustawowych i określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia dyrektor oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia publikuje raz na 4 lata wykaz szpitali zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia. Sieć buduje się raz na 4 lata. Pierwszy wykaz szpitali zakwalifikowanych zacznie obowiązywać – oczywiście, jeśli ta ustawa zostanie przyjęta w wersji zaproponowanej – od 1 lipca 2017 r. Ta data jest o tyle istotna, że w zasadzie większość umów w systemie wygasa 30 czerwca 2017 r. i jakieś rozwiązanie dla tego typu sytuacji (nawet w sensie taktycznym krótkoterminowym) trzeba znaleźć. To rozwiązanie jest zarówno długoterminowe, jak i krótkoterminowe.

Ustawa przewiduje też szczególny tryb znalezienia się w systemie. Mianowicie, jeśli szpital nie zostanie zakwalifikowany do tego systemu a pełni istotną rolę na rynku w dostępie do świadczeń zdrowotnych i jednocześnie ma umowę na jakiś rodzaj w zakresie leczenia szpitalnego, to dyrektor oddziału – jak tu napisano – „w szczególnie uzasadnionych przypadkach potwierdzonych potrzebą zabezpieczenia świadczeń może wskazać taki podmiot do systemu, po uzyskaniu zgody Ministra Zdrowia”. Wykaz kwalifikacji jest ustalany raz na 4 lata, ale jeśli szpital nie będzie wypełniał tych kwalifikacji, np. nie będzie wykonywał określonego zakresu świadczeń albo nie będzie spełniał wymogów sanitarno-epidemiologicznych, to może z tej sieci wypaść, albo może przejść na niższy poziom, zgodnie z kryteriami kwalifikacyjnymi. I tutaj jest też określona procedura. W ustawie też jest określona procedura odwoławcza od wykazu kwalifikacyjnego, który zostanie przygotowany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Warto też dodać, że w przepisach przejściowych tworzymy, ponieważ jest bardzo krótki czas, ścieżkę możliwości połączenia podmiotów, jeśli organy założycielskie tych podmiotów dojdą do wniosku, że będzie to racjonalne. Przy czym połączenie powinno nastąpić na poziomie zakładu leczniczego – to jest istotne – na terenie województwa

i ze względu na pewne ograniczenia ustawowe, które występują w tej chwili, wyłączamy pewien przepis z ustawy o działalności leczniczej (jest tam rygor przerwy 3-miesięcznej), a także wprowadzamy zapis, że jeśli będzie akt o połączeniu i zostanie on dostarczony przed datą kwalifikacji, to dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ, oprócz listy kwalifikacyjnej szpitali, publikuje też listę podmiotów, które zamierzają się połączyć, już na podstawie aktu o połączeniu. Wszystkie czynności faktyczne i formalne związane z połączeniem powinny zostać zakończone przed datą 20 czerwca, bo wtedy oddział musi otrzymać wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Oczywiście wszystko to dotyczy spełnienia kryteriów podstawowych, o których mówiłem na samym początku.

To, co jakby zamyka tę informację, to fakt, że szpital zakwalifikowany do systemu w zakresie rodzaju świadczeń wskazanych przy kwalifikacji oraz w zakresie profili dodatkowych i świadczeń dodatkowych uzyska prawo zawarcia umowy z NFZ z pominięciem trybu konkursowego. I co też jest istotne – szpital zakwalifikowany do tego systemu w zakresie rodzaju świadczeń wskazanych przy kwalifikacji, łącznie ze świadczeniami dodatkowymi, nie będzie mógł dodatkowo uczestniczyć w konkursie ofert na te same świadczenia. Tak więc, jeśli mam to w umowie, to na te same świadczenia nie mogę wystartować w konkursie.

Warto też dodać, że system zabezpieczenia nie wyczerpuje całości systemu (o tym powiem jeszcze na koniec przy okazji pewnego slajdu). Powtarzam – system zabezpieczenia nie wyczerpuje całości systemu. Jest to znaczna jego część, ale pozostają jeszcze środki, które będą gwarantowały dostęp do świadczeń zdrowotnych w drodze konkursowej. Czyli te szpitale, które nie wejdą do tego systemu, będą mogły wystartować w konkursie zarówno na cały profil swojej działalności, jak i na te profile, które nie znajdują się w tym systemie zabezpieczenia.

Kolejna rzecz to zasady budowania ryczałtu określone jako kierunkowe w projekcie ustawy, a szczegółowo określone w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia (nawet łącznie z wzorem wyliczania tego ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy) zarówno w postaci wyliczenia pierwszego ryczałtu, jak i ryczałtu na kolejne okresy rozliczeniowe. Podaliśmy tu informację, zgodną z zapisem ustawowym, na jakiej podstawie ma być budowana zasada budowania ryczałtu na kolejne okresy rozliczeniowe. Istotnym elementem jest to, że szczegółowe warunki umów określi Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze zarządzenia. I druga bardzo istotna sprawa – system rozliczeniowy opiera się na jednorodnych grupach pacjentów (tak, jak teraz), ponieważ ten mechanizm jest zarówno mechanizmem sprawozdawczym – tak będzie w przypadku ryczałtu, pokazującym pracę danego podmiotu – jak i systemem rozliczeniowym, w przypadku wydzielonych grup świadczeń.

Prezentuję tu państwu cały schemat związany z tym, jakie regulacje prawne muszą być zastosowane, żeby cały system zadziałał. Jest to ustawa, jak i rozporządzenia Ministra Zdrowia, ale nie tylko w PSZ. Tu jest też kwestia rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów, zarządzenie prezesa oraz wykazy, które publikuje dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ.

Wspominałem już o tym, ale warto to podkreślić. Obok kontraktowania świadczeń w ramach zabezpieczenia (tego, w ramach ryczałtów, ale także wybranych grup świadczeń) będzie też istniał system kontraktowania, jak dzisiaj. Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ na podstawie porównania planu zakupu świadczeń z opieki zdrowotnej ze świadczeniami zdrowotnymi, które będą wykonywane przez świadczeniodawców w ramach systemu zabezpieczenia, przeprowadzi konkurs ofert na świadczenia zdrowotne, w zakresie których potrzeby zdrowotne na terenie danego województwa nie będą należycie zaspokojone.

Pokazuję tu państwu schematyczny sposób finansowania szpitala, który znajdzie się w systemie zabezpieczenia. To jest akurat przykładowo dla szpitali II stopnia. I tak, dla szpitali II stopnia wchodzi profile charakterystyczne dla szpitali I stopnia.

Profile charakterystyczne dla szpitali II stopnia. Jest tu pewna rzecz, którą trzeba podkreślić. Mianowicie, przyjmujemy szersze rozumienie interny i chirurgii. Otóż przez chirurgię i przez internę rozliczamy i sprawozdajemy znacznie szerszy zakres niż tylko

to, co do tej pory było wykonywane na chirurgii i na internie. Zgodnie zresztą z obecnie funkcjonującym zarządzeniem prezesa, tzw. krzyżykowym, w którym określa się wymiennosc możliwości wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej. W wyniku analizy widać, że znaczna część świadczeń urologicznych, geriatrycznych czy reumatologicznych może być wykonywana na oddziale chirurgii, reumatologicznych na oddziale chorób wewnętrznych, geriatry – prawie w całości może być rozliczana w ramach profilu wewnętrznego, część kardiologii może być rozliczana w ramach profilu wewnętrznego. Tak więc, w znacznej mierze te świadczenia, które były wykonywane w szpitalu, który np. miał profil jaki nie wchodzi do zakresu danego poziomu szpitala, mogą być wykonywane w ramach szerzej rozumianego oddziału wewnętrznego albo oddziału chirurgicznego. I to jest ta pozycja „dedykowane świadczenia zdrowotne”, a także „świadczenia dodatkowe”. Bo my część profili dołączamy do określonych poziomów szpitali, o czym już wspominałem. Toteż mamy tu w ramach ryczałtu świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej realizowane w poradniach przyszpitalnych – też z pewnym rozszerzeniem, które jest określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, bo tam mamy listę porad, które mogą być rozliczane i sprawozdawane w ramach profili świadczonych przez dany szpital, jednocześnie z takim rozszerzeniem, o którym mówiłem, poradni chorób wewnętrznych i poradni chirurgicznej.

To jest metoda rozliczania ryczałtowego połączona z jeden system ryczałtowy. Wzory budowania wielkości tego ryczałtu i sposobu rozliczania podane są w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia, który jest dołączony do projektu ustawy.

Tu z kolei mamy, iż, na podstawie delegacji ustawowej, Minister Zdrowia wyłącza czy wskazuje grupy świadczeń, które ze względu na swoją specyfikę i charakterystykę powinny być odrębnie finansowane. Mamy tu odrębnie finansowane, ale też w drodze ryczałtu: na SOR, na izbę przyjęć, na nocną pomoc lekarską, ale też rozliczanie i finansowanie rehabilitacji, która jest odrębnie finansowana w tej chwili. Również świadczenia związane z porodem, świadczenia opieki koordynowanej (to są nowe produkty, które zaczynają się pojawiać w koszyku; w tej chwili mamy dwa takie produkty: opieka koordynowana pacjentów ostrego zapalenia wieńcowego, a także endoplastyki). Kolejne świadczenie, które znajduje się w tym wykazie, jest związane z zaćmą, świadczenia związane z kartą DILO, chemioterapia, radioterapia i programy lekowe. I to rozliczane jest – oprócz ryczałtu na SOR i nocną pomoc lekarską, która odbywa się dokładnie tak, jak teraz, ale w drodze ryczałtu – dokładnie tak, jak teraz. Czyli w umowie określona jest liczba i kwota zobowiązania. No i oczywiście może tu być relacja pomiędzy płatnikiem a wykonawcą świadczeń. Oprócz tego istnieje możliwość – jeśli jest takie zapotrzebowanie na świadczenia i ogłoszony konkurs przez dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ – że dany szpital może wystartować w jakimś rodzaju świadczeń, których nie wykonuje. Czyli, jeśli ma wysoką specjalistkę w jakimś profilu szpitalnym, a nie znalazło się to w sieci, to może w tym wystartować i jeśli zajmuje mocną pozycję rynkową, to z pewnością ten konkurs wygra.

Tu mam schematyczny przykład tego zarządzenia prezesa, o którym wspominałem. Czyli porównanie i pokazanie, że są pewne jednostki, grupy, które mogą być wykonywane na kilku profilach. I jeśli, np. mogą być wykonywane na oddziale urologii i na oddziale chirurgii wewnętrznej, tzn., że to, co było wykonywane na oddziale urologii, może być rozliczane na oddziale chirurgii wewnętrznej i to wchodzi w zakres tego kontraktu, jeśli w danym stopniu nie wchodzi urologia.

Kolejny slajd przedstawia udziały na podstawie modelu danych. To bardzo istotne, żeby to było dobrze zrozumiane. Otóż, pracowaliśmy na modelu danych z roku 2015 i kwoty tu wymieniane nie dotyczą kwot, które będą w roku 2017. To jest model danych z roku 2015 i mówimy o udziałach, które są budowane na tej podstawie. Ogólny schemat jest taki, że do systemu zabezpieczenia, na podstawie modelu danych z roku 2015, wchodzi 91% środków, a 9% jest poddane metodzie konkursowania świadczeń.

Tu przedstawiony jest całościowy system kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Na tym slajdzie pokazujemy to, co wchodzi do systemu zabezpieczenia. W przypadku lecznictwa szpitalnego, jak wspominałem, jest to około 91% środków na podstawie modelu danych z roku 2015. Czyli na szpitale, które weszły do tego systemu zabezpie-

czenia, z tymi wszystkimi profilami, które weszły, przypada 91% środków, które były w roku 2015, a na pozostałe przypada 9% środków. W przypadku specjalistyki – taki sam model. Do systemu zabezpieczenia weszłyby 33% środków (ale na podstawie modelu danych z roku 2015), a w przypadku rehabilitacji weszłyby 27% na podstawie modelu danych z roku 2015. Czyli, jeśli szpital wchodzi do systemu zabezpieczenia, dołączamy mu określone poradnie, które są poradniami przyszpitalnymi. Przy czym jednocześnie rozszerzamy pojęcie poradni przyszpitalnych. Definiujemy w tym projekcie ustawy poradnię przyszpitalną taką, która de facto jest w tej samej dzielnicy, albo w tej samej gminie. A w przypadku rehabilitacji dołączamy wszystkie profile rehabilitacyjne – oczywiście, jeśli szpital miał na to umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jest to około 27% środków (na podstawie modelu danych z roku 2015) z zakresu lecznictwa. Rehabilitacja wchodzi do systemu zabezpieczenia, pozostałe podlegają konkursowi – podobnie jak AOS. A w pozostałych zakresach, czyli opieka psychiatryczna, opieka długoterminowa, opieka paliatywna, leczenie stomatologiczne, uzdrowskowe, programy profilaktyczne podlegają konkursowaniu dokładnie tak samo, jak obecnie. Przy czym w projekcie ustawy w tej chwili aneksujemy o pół roku opiekę psychiatryczną. Czyli szpitalom, które mają umowę na opiekę psychiatryczną, leczenie uzależnień, dyrektorzy – według tego projektu ustawy – zaproponują aneksowanie umowy o kolejne pół roku. Wiąże się to z dwoma aspektami. Po pierwsze, będzie to przesunięcie jakiejś części nawału pracy na późniejszy okres. Po drugie – planujemy proces pilotażu związanego z centrami zdrowia psychicznego i chcemy to zrobić w najbliższym czasie, więc żeby nie zaburzać tego procesu, to aneksowanie jest zasadne.

Kolejny slajd to zestawienie związane z porównaniem udziału podmiotów niepublicznych i podmiotów publicznych i udziału procentowego. Łącznie podmioty niepubliczne w systemie – powtórzę tylko, że na podstawie danych z roku 2015 – to około 4% całego systemu. Natomiast mają one większy udział w przypadku szpitali onkologicznych, bo około 15% środków, w ramach tej grupy szpitali, które wejdą do grupy szpitali onkologicznych. W szpitalach I stopnia jest to też około 15% w środkach dla podmiotów, które nazwaliśmy przedsiębiorcami.

Kolejny slajd – ogólne zestawienie, żeby zobaczyć, iż ten system jest istotnym elementem, ale jest tylko pewną częścią. Z tym systemem związane są regulacje koszykowe, które regulują wymagania możliwości wykonywania świadczeń. Związane to jest z rozporządzeniem o ogólnych warunkach umów, na podstawie których obecnie są kontraktowane świadczenia, i te warunki cały czas obowiązują. Obowiązują regulacje dotyczące taryf i wyceny świadczeń. Obowiązują też zarządzenia szczegółowe prezesa w tych zakresach wydzielonych. No, bo jeśli coś jest świadczeniem wydzielonym do odrębnego finansowania, to umowa też ma taki sam charakter, jak obecnie. Natomiast szczegółowe rozporządzenie prezesa będzie się odnosiło do sprawy budowy i wyceny ryczałtu na pierwszy i na kolejne okresy rozliczeniowe.

Tak więc jest to część obecnego systemu i w tym schemacie pokazujemy co wchodzi w lecznictwo szpitalne. Pokazuję tu państwu całość lecznictwa szpitalnego, natomiast system zabezpieczenia jest tylko częścią tego systemu. Są regulacje prawne, które określają ten system. To jest nie tylko ustawa, ale i te regulacje, o których mówiłem, plus jeszcze dwa rozporządzenia Ministra Zdrowia (kwalifikujące oraz określające zasady wyliczania ryczałtu) i jest konkurs, który uzupełnia całość systemu dla świadczeń, które nie zostały należycie zabezpieczone w systemie zabezpieczenia. No i oczywiście jest cały pozostały system. Można powiedzieć, że te regulacje obowiązują też tutaj. Mamy systemy, które w dalszym ciągu pozostają całkowicie w obszarze konkursowania świadczeń, o których już wspominałem. I to wszystko w tej prezentacji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję panom ministrom za bardzo szczegółowe informacje. Otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pan poseł Marek Sowa.

Poseł Marek Sowa (N):

Panie przewodniczący, panie ministrze. Robiłem sobie w trakcie wystąpienia notatki i spróbuję zadać kilka pytań. Jak rozumiem, projekt ustawy jest już po wszystkich

uzgodnieniach. Był też chyba w porządku obrad Rady Ministrów, ale spadł. Dochodzą oczywiście informacje, że część ministrów sprzeciwia się temu dokumentami, w takiej wersji, jak jest. Z drugiej strony mamy zaplanowany dosyć konkretny (bardzo krótki) czas, kiedy te wszystkie sprawy muszą być zrealizowane.

W związku z powyższym mam następujące pytania. Czy mamy możliwość zapoznania się z tym, jak wygląda sytuacja szpitali w poszczególnych województwach, a nie tylko w ujęciu krajowym? Chodzi o rozbięcie na szpitale powiatowe, szpitale wojewódzkie, rządowe i oczywiście prywatne. Czy na te kryteria naniesione zostały szpitale w województwach? Jaka część budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia – interesuje mnie ciągle poziom regionalny, bo podczas prezentacji pan minister twierdził, że o wszystkim będą decydowali dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ – trafia dzisiaj do szpitali kwalifikujących się do tej sieci szpitali, a jaka część środków trafi po wejściu w życie ustawy?

Kolejna kwestia. Ile dodatkowych środków trafi do szpitali w ramach konkursów? Taka prognoza, jak rozumiem, musi być zrobiona w skutkach regulacji, bo budżet jest znany – tym bardziej, że to będzie wprowadzone.

Kolejna kwestia. Pan minister mówił o możliwości połączenia szpitali, ale one muszą funkcjonować w ramach jednego zakładu leczniczego. Czy mogą być dwa oddziały, dwie lokalizacje? Rozumiem, że będzie jeden organ założycielski i jeden zakład leczniczy, czy tak? W związku z tym, jak ma wyglądać do końca czerwca ten akt połączenia: czy wystarczy tylko uchwała rady powiatu bądź sejmiku województwa, czy też musi być przeprowadzony cały proces, łącznie z wpisem do rejestru wojewody? Bo chyba u wojewody jest rejestr zakładów leczniczych.

A co najważniejsze, bo albo mi to umknęło, albo pan minister tego nie pokazał – jaki jest harmonogram działań, jeśli to wszystko ma się zdarzyć do 30 czerwca? Bo od 1 lipca będziemy mieli finansowanie w nowym zakresie (poza szpitalami psychiatrycznymi, gdyż pan minister powiedział, że one będą anektowane jakby z automatu na pół roku). Zwracam uwagę, że jesteśmy w połowie lutego, a ustawy nie ma w Sejmie. Stąd też interesuje mnie – jaki jest harmonogram? Bo najpierw jest Rada Ministrów, potem praca w Sejmie, w Senacie, potem podpis prezydenta. Tak więc, nawet w takim trybie, jak państwo potrafcie, wszystko to potrwa. Tym bardziej, że najbliższe posiedzenie Sejmu jest za 2 tygodnie.

Kolejna kwestia. Kiedy będą wydane wszystkie rozporządzenia Ministra Zdrowia, wszystkie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, o których pan minister mówił? Nie ukrywam, że taki harmonogram to kluczowa rzecz i taka „mapa drogowa” dojścia, musi być pokazana. W mojej ocenie ten termin 1 lipca jest po prostu nierealny.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję panie pośle. Zdaje się, że pan poseł zadał wszystkie możliwe pytania. Jeszcze pani poseł Skowrońska.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Ja może odpowiem.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Na część pytań, jak sądzę, już odpowiedziałem. Zacznę od kwestii połączenia. To jest takie wydłużenie procedury kwalifikacyjnej. Harmonogram, a właściwie daty kwalifikacyjne związane z połączeniem, są następujące. Akt połączenia musi być dostarczony przed datą wywieszenia wykazu szpitali kwalifikowanych. A akt połączenia to uchwała odpowiedniego organu. Natomiast wypis z RPWDL czyli rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – czyli to, co pan określił rejestrem wojewody – musi być dostarczony do 20 czerwca. To nie sama uchwała, bo sama uchwała to tylko intencja i ta intencja ma zostać zauważona, więc dyrektor oddziału publikuje te podmioty, które zamierzają się połączyć i uwzględnia to w planie finansowym. Czyli, np. nie ogłasza konkursu na dodatkowe świadczenia, które są związane z wykonywaniem świadczeń

przez połączone podmioty. Natomiast całkowite połączenie musi nastąpić do 20 czerwca, w sensie formalnym, czyli chodzi o wypis z RPWDL.

Jeśli chodzi o harmonogram – rzeczywiście jest to najtrudniejsza rzecz. Powiedziałbym, że to jest rzecz, która niezupełnie jest związana ze mną, bo jest to decyzja Rady Ministrów. Ja dzisiaj państwu prezentuję projekt. Decyzja zostanie podjęta przez Radę Ministrów. Ja dzisiaj mówię o wymiarze merytorycznym, jak ten projekt ma wyglądać. Można tu rozważać różne warianty. Ale harmonogram jest taki, że 27 ogłasza się wykaz szpitali zakwalifikowanych i w tym samym momencie – albo w bliskim czasie – muszą być ogłoszone konkursy na świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, AOS i rehabilitacji dla całego systemu. Te konkursy to 3 miesiące. System zabezpieczenia funkcjonuje od 1 lipca, natomiast w jakiejś części procedura konkursowa jeszcze trwa i dyrektor oddziału może wykorzystać odpowiednie instrumenty prawne, żeby tam, gdzie konkursy nie zostaną jeszcze rozstrzygnięte, mógł jakby „wydłużyć” umowę, która obowiązuje w tej chwili. Tak mogę odpowiedzieć na to w tej chwili.

Pyta pan o udział. Ten udział został określony. Na podstawie modelu z danych z roku 2015 udział systemu zabezpieczenia w całości środków wynosi 91%.

Na pytanie, jakie środki z tej puli konkursowej zostaną przeznaczone na szpitale, które wejdą do sieci, odpowie dopiero dyrektor oddziału, ponieważ jest to decyzja lokalna. On określi te świadczenia, które mają być kupione w ramach konkursowania, i jeśli konkurs wygra podmiot, który jest w sieci, to on będzie miał ten kontrakt, a jeśli wygra podmiot niepubliczny albo podmiot, który nie wchodzi do systemu zabezpieczenia, to on będzie miał ten kontrakt. Przy czym, jest tu – wspomniałem już o tym – istotne ograniczenie, że jeśli podmiot ma już te świadczenia, w tym zakresie, które może wykonywać na podstawie umowy w ramach systemu zabezpieczenia, to on w takim konkursie nie może wystartować.

Jeśli chodzi o środki finansowe to po przyjęciu ustawy, czy rozpoczęciu procedury legislacyjnej, Narodowy Fundusz Zdrowia ma kilka ustawowo przewidzianych rezerw i część tych rezerw zostanie wykorzystanych do tego, żeby system zabezpieczenia można było przeprowadzić. Tak mogę odpowiedzieć w tej chwili.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję. Pani poseł Skowrońska.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO) – spoza składu Komisji:

Jeśli chodzi o pierwsze pytanie to chcę przyłączyć się do pytania pana posła Sowy, dotyczącego terminu wdrożenia zaproponowanego rozwiązania, wskazując krytycznie, że jest to bardzo krótki termin. Dodam, że zmierzyć się z tym będzie musiało około 1500 podmiotów. Trudno mi zrozumieć, że to wszystko uda się zrobić w czasie, o którym mówił pan minister, bez jakiegokolwiek zamieszania na rynku świadczeń.

Moje dwa pytania dotyczą finansowania. Pytanie pierwsze – czy pan minister mógłby powiedzieć, ile więcej środków trafi na świadczenia? Jako, że poza samymi środkami, które świadczeniobiorcy składają do Narodowego Funduszu Zdrowia, pan minister wspominał o rezerwach. Proszę o wskazanie konkretnej rezerwy i ile środków z tej rezerwy zamierzacie państwo dodatkowo przeznaczyć. Wiadomo, że na koniec roku zobowiązania szpitali wynoszą około 11,2 mld zł, z tego zobowiązania wymagalne to około 2,1 mld zł. One wzrosły w roku ubiegłym, w porównaniu do roku 2015, o około 20%.

Proszę powiedzieć paniom i panom posłom tej Komisji, jak również osobom zainteresowanym, jak państwo spróbujecie zmienić plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia – chodzi o plan finansowy NFZ na świadczenia ogółem – mając na uwadze: lecnicstwo szpitalne, POZ, całą specjalistkę, w zakresie zbilansowania się tego modelu? Kiedy zamierzacie państwo przedłożyć do zaopiniowania plany finansowe dotyczące świadczeń w tym nowym, przewidzianym przez państwa modelu? Bo ten model, w sposób zdecydowany, będzie zmieniał istniejącą sytuację.

Chciałabym również zapytać – jak na dzisiaj wygląda finansowanie leków w porównaniu do pierwotnego planu? Jak państwo prognozujecie wydatki na leki w ramach posiadanych przez świadczeniobiorców uprawnień? Czy to będą środki zaplanowane na leki, czy też będziecie państwo próbowali ciąć koszty?

I ostatnie pytanie z serii finansowania. Resort zdrowia zapowiadał weryfikację, przymierzenie się do nowej wyceny poszczególnych świadczeń. Jak to będzie przebiegało i na jakim jest etapie? Czy dzisiaj podmioty, które są świadczeniodawcami, mają już na ten temat wiedzę (w tym i oddziały NFZ), żeby mogły się do tej procedury przygotować? Kiedy ostatecznie parlament otrzyma ustawę w tej sprawie, abyśmy mogli zobaczyć, czy to, co państwo zaplanowali jest realne i czy ma solidne podstawy finansowania? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję pani poseł. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Jeśli chodzi o finanse, to w tej chwili obowiązuje opublikowany plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia. W planie finansowym wszystkie pozycje są ujawnione. Można każdą pozycję zobaczyć. Ustawa też określa procedurę uruchomienia poszczególnych rezerw. I to będzie realizowane zgodnie z ustawą. Tak mogą na to odpowiedzieć. Po prostu – będziemy wykorzystywać instrumenty, które są przewidziane w ustawie.

Jeśli chodzi o przygotowanie się świadczeniodawców do tego systemu, to chcę powiedzieć, że to, iż aneksowanie, czy trwanie umów kończy się 30 czerwca, wiedzą wszyscy. Tak więc, ze strony wykonawców świadczeń tego należy się spodziewać. Zresztą – być może państwo to wiedzą, ale być może nie – zostały ogłoszone konkursy na opiekę paliatywną i hospicyjną oraz opiekę długoterminową, a za chwilę zostanie ogłoszony konkurs na stomatologię. A to dlatego, że umowy wyczerpują swój bieg 30 czerwca i świadczeniodawcy, na podstawie regulacji prawnej, muszą się spodziewać, że w tym czasie będą ogłoszone konkursy. Tak więc, nie jest to novum.

Kolejne pytanie dotyczyło kwestii przygotowania się do tego systemu. Kryteria są tak zbudowane, że bazują na podstawie dotychczasowej współpracy z płatnikiem. Zatem nie trzeba się w tym zakresie przygotowywać. Po prostu spełnia się kryteria, bądź nie spełnia się. Te kryteria, w takim sensie są systemowo jasno sprecyzowane. Oczywiście, jest mechanizm możliwości połączenia, który zresztą wykorzystuje mechanizmy, jakie są w obecnej ustawie. Możliwość połączenia zawsze w ustawie istnieje. Mechanizmy cesji w obecnym brzmieniu ustawy działają. Zresztą, te połączenia, o których się mówi w tej chwili, to są połączenia, o których dyskutuje się od dawna. Od bardzo dawna dyskutuje się na temat tych połączeń, o pewnych procesach racjonalizujących, zwiększających potencjał, de facto zmniejszających koszty administracyjne. I ta ustawa może być pewnym elementem mobilizującym do dokonania tych zmian. O tych zmianach mówi się od dawna. Gdzie? Na przykład na Śląsku, czy na Pomorzu. Takie dyskusje o połączeniach tych podmiotów trwały od dawna i teraz one przybierają na sile. Tak więc, to jest tylko pewna mobilizacja do tego, żeby podjąć taką działalność.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję. Pan poseł Gawron.

Poseł Andrzej Gawron (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze. Dziękuję za tak szczegółową i ciekawą prezentację. Pytanie – czy jest możliwe, aby te prezentacje przesłać na nasze skrzynki poselskie? Bardzo o to proszę. Drugie pytanie dotyczy opieki lekarskiej nocnej i świątecznej. W prezentacji ten temat był poruszony. Powiedział pan, że opieka nocna i świąteczna w tych miejscach, gdzie jest szpital i gdzie w tej chwili tą opiekę realizuje podmiot zewnętrzny, prywatny, z mocy ustawy przejdzie do szpitala. Chciałbym, aby pan potwierdził, że rzeczywiście tak się stanie, iż 1 lipca w naszym mieście powiatowym, jakim jest Lubliniec, gdzie jest jeden szpital z izbą przyjęć i gdzie tę opiekę lekarską nocną i świąteczną prowadzi podmiot zewnętrzny, z mocy ustawy ta opieka trafi do szpitala. I w jakim wymiarze finansowym? Czy to będzie kontrakt, który ten podmiot miał, czy też będzie jakiś inny sposób wyliczenia tego kontraktu?

Skoro pan przewodniczący zdecydował, że dyskusja ma dotyczyć obu tematów, mam też pytanie w zakresie ratownictwa medycznego. Pytanie dotyczy centralizacji dyspozytorni. Moim zdaniem, proces centralizacji dyspozytorni był błędem. Stąd pytanie – czy

we wszystkich województwach ten proces nastąpił, czy też są województwa, gdzie nie dokonano centralizacji dyspozytorni? Czy dalej będziemy szli w kierunku centralizacji? Z obserwacji mojego rejonu wynika, że nie działa to tak, jak było zapowiadane. Zdarzają się pomyłki z miejscowościami. Czasami karetka nie trafia pod właściwy adres. Mam przykład miejscowości Lisów i Lisowice, gdzie karetka została błędnie wysłana. Dzieje się tak, ponieważ pracownicy regionalnej dyspozytorni nie znają dobrze topografii terenu, a urządzenia GPS też są omyłne, czasami zaś są nazwy zwyczajowe danych przysiółków i w efekcie karetka krąży. Jaki jest stosunek ministerstwa do procesu centralizacji dyspozytorni? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję. Najpierw odpowie pan minister Gryza, potem pan minister Tombarkiewicz.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Tak. Tak mogę odpowiedzieć.

Poseł Andrzej Gawron (PiS):

A jaka kasa?

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Ryczałt nocnej pomocy lekarskiej będzie wyliczany według zasady jednolitej dla wszystkich podmiotów. To jest ryczałt w oparciu o wykonane świadczenie. Tak to jest rozliczane. Rzeczywiście, na podstawie projektu ustawy, umowy o nocnej pomocy lekarskiej są rozwiązywane (te, które nie są świadczone przy izbach przyjęć). A jeśli nie ma takiego świadczenia, to dyrektor ogłasza konkurs na to świadczenie, albo np. wypełnianie normy związanej z nocną pomocą lekarską wymaga jeszcze jednego podmiotu, w jakiejś tam odległości. Więc w takim sensie – tak.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję.

Poseł Andrzej Gawron (PiS):

A prezentacja?

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Prezentacja będzie jutro dostana. Taką mam informację. Pan minister Tombarkiewicz.

Podsekretarz stanu w MZ Marek Tombarkiewicz:

Jeśli chodzi o koncentrację dyspozytorni, to ona zaczęła się w roku 2010. W 2013 r. weszła ustawa o systemie powiadamiania ratunkowego, która zakłada koncentrację. Nie zgodzę się tutaj, że jest to zły trend, bo tak, jak jest jeden CPR na całe województwo i on daje sobie dobrze radę, spełnienia swoje funkcje, tak docelowo jedna dyspozytornia w większości województw też by wystarczyła. Proces postępuje. Związany jest z uruchamianiem systemu SWD PRM. Jeszcze w siedmiu województwach nie został zakończony. Tu harmonogram od dawna jest znany i wdrażany. Oczywiście my taką ostateczną koncentrację wydłużamy do 2028 r.

Owszem, zdarzają się takie sytuacje (nawet tragiczne), ale one związane były jakby z niedoskonałością systemu. Teraz wszędzie będzie obowiązywał system SWD PRM . Na razie w wersji 1.0, ale w ciągu roku mam nadzieję, że wejdzie wersja 2.0 już poprawiona z nowymi funkcjami. Trzeba też pamiętać, że w momencie wdrożenia systemu koncentracji będą likwidowane tzw. dziesiątki alarmowe i jedynym numerem alarmowym będzie numer 112. Tak więc, wszystkie zgłoszenia alarmowe będą przyjmowane przez operatorów numeru 112, którzy będą rozdzielali rozmowy do poszczególnych służb ratunkowych. Proces będzie postępował. Na razie, jeśli chodzi o liczbę dyspozytorów, to trochę się zmieniło: jeden na każde rozpoczęte 200 tysięcy mieszkańców w województwie. W okresie przejściowym wojewoda, na podstawie pewnych lokalnych potrzeb, pewnych okoliczności, po uzasadnieniu, będzie mógł wystąpić do Ministerstwa Zdrowia o zwiększenie liczby dyspozytorów, a tym samym dyspozytorni, jeśli uzna taką potrzebę. Natomiast generalnie, koncentracja, troszkę wolniej, ale będzie następowała.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję. Pan poseł Starzycki.

Poseł Dariusz Starzycki (PiS):

Panie przewodniczący, panowie ministrowie. Chciałbym jeszcze dopytać odnośnie tego łączenia się szpitali w celu znalezienia się w wyższym stopniu. Jeśli chodzi o szpitale, których właścicielem jest jeden organ, to sprawa jest oczywista. Natomiast chciałbym dowiedzieć się jak ministerstwo podchodzi do takich pomysłów (które też się pojawiają) łączenia szpitali publicznych z prywatnymi. Również takich, które znajdują się w różnych miastach nieraz dość oddalonych od siebie. Czy tu są jakieś ograniczenia, czy też będzie taka możliwość i nie ma żadnych przeciwwskazań w tym zakresie? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję. Proszę bardzo, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Zapis projektu ustawy mówi w tej chwili, że szpital jest kwalifikowany na poziomie zakładu leczniczego na poziomie województwa.

Poseł Dariusz Starzycki (PiS):

To wszystko?

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Rozumiem, że to jest odpowiedź. Dziękuję. Bardzo proszę, pan Marek Wójcik.

Pełnomocnik Zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Panie przewodniczący, przede wszystkim dziękuję za to, że państwo wprowadziliście ten temat do porządku obrad. Obie te ustawy, to kwestie niezwykle istotne dla funkcjonowania samorządów terytorialnych.

Mam kilka pytań, ale postaram się bardzo konkretnie je postawić, bez zbędnych opisów. Po pierwsze – sieć szpitali jest potrzebna, to jest oczywiste. Natomiast nie w takim tempie. Przypomnę, że od dzisiaj do terminu przedstawienia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia aktu o połączeniu mamy 39 dni – mimo, że nie ma ustawy na Radzie Ministrów. W ciągu 39 dni nie jesteśmy w stanie przeprowadzić procedury związanej z konsultacjami społecznymi, z podjęciem uchwały. Mamy przecież jeszcze organ nadzoru, który może tę uchwałę uchylić. Powtarzam – 39 dni, bo do 20 marca mamy przedstawić akt połączenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ.

Kwestia następna. Pytanie do pana ministra – ile szpitali mających dzisiaj kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia po 1 lipca tego kontraktu nie będzie posiadało? Może inaczej, bo być może trudno będzie panu odpowiedzieć. Tak więc – ile automatycznie nie wejdzie do sieci? Bo są trzy ścieżki wejścia do sieci. Pierwsza – formalna, którą pan minister opisał szczegółowo. Druga – na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, za zgodą Ministra Zdrowia. I trzecia – konkursowa, konkursowa w cudzysłowie.

Ja mam dane dotyczące jednego województwa, które przedstawię, żebyście państwo mieli jasność sprawy. W województwie małopolskim na 67 podmiotów leczniczych, mających w tej chwili kontrakt z Funduszem w zakresie hospitalizacji, 33 wejdzie do sieci szpitali, 34 w tej chwili nie znalazłoby się w tej sieci. Pozostawiam te dane bez komentarza. Mam tylko pytanie – ile w skali kraju będzie takich szpitali?

Niestety, nie skorzystają ze środków publicznych – albo w niewielkim wymiarze – tylko te podmioty, które nie miały do tej pory kontraktów z Funduszem (w ciągu ostatnich 2 lat). W Polsce jest kilkanaście nowowyprowadzonych szpitali. Najczęściej są to szpitale, które od kilku lat są w gotowości. Takim „sztandarowym” jest szpital w Świętochłowicach. Pan poseł Gawron na pewno go zna. Fantastycznie wyposażony szpital, który czeka na kontrakt. Ten szpital nie będzie w sieci automatycznie, ponieważ nie miał kontraktu przez ostatnie 2 lata. Ten projekt praktycznie pozbawia możliwość wejścia do sieci szpitalom, które nie miały do tej pory kontraktu z Funduszem.

Kluczowa jest kwestia wysokości ryczałtu. Pan minister powiedział, że ryczałt jest wyliczany na podstawie wykonania 2015 r. Tak więc, nie uwzględnia wzrostu kosztów w ostatnich latach, wynikających m.in. z podwyżek płac dla pielęgniarek, nie mówiąc już

o wzroście kosztów związanych z inflacją. Nie uwzględnia także kosztów wynikających z podniesienia wymogów technicznych, czy też kadrowych.

Chciałbym prosić o wyjaśnienie, bo nie jest jasna sprawa ryczałtu wyliczanego na województwa. Ja ten projekt ustawy znam, bo to jest kolejna wersja i współpracujemy z panem ministrem bardzo ściśle. Chciałbym jednak, aby pan minister precyzyjnie powiedział, kto będzie ustalał ryczałt na województwa. Pamiętacie zapewne państwo dyskusję dotyczącą podziału środków na województwa. Algorytm dzisiaj jest zapisany w ustawie. I bardzo dobrze. Bo obawiamy się, że kiedy ryczałt będzie ustalany w drodze rozporządzenia, to nie będzie stabilizacji i będzie to obciążone niekoniecznie merytorycznymi przesłankami. Przepraszam, że mówię to otwarcie, ale przeszliśmy ostatnio ostry atak dyskusji na temat wysokości środków dla województwa i to był horror.

Prośba o odpowiedź – dlaczego nie można, w stosunku do wielu podmiotów, korzystać z instytucji konsorcjów, zapisanych dzisiaj w ustawie o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych? To znakomicie pomogłoby tym podmiotom, które nawiązałyby współpracę i wykorzystałyby instytucję konsorcjum do wspólnego startowania o kontrakt. Gwarantowałyby to większą dostępność niż teraz. Ja państwu podałem liczby dotyczące Małopolski. One znakomicie potwierdzają, że możemy mieć kłopot z dostępnością terytorialną szpitali. Stąd instytucja konsorcjów, pozwalająca na wspólne ubieganie się o środki publiczne, mogłaby być sposobem na to, żeby tej dostępności nie ograniczać.

I teraz powiem coś, co potwierdzają nawet pracownicy resortu, łącznie ze szczeblem ministerialnym. Niestety, wprowadzenie instytucji ryczałtu i likwidacja nadwykonań spowoduje ograniczenie dostępności do hospitalizacji. Dlatego, że jeżeli dyrektor szpitala ma ryczałt precyzyjnie określony, to z jednej strony będzie miał naciski organu prowadzącego, żeby go wykorzystać w całości, a z drugiej strony mówi się tak (i myślę, że pan minister to potwierdzi) – jeżeli przekroczysz ryczałt nie dostaniesz ani złotówki z Funduszu. Wobec tego wszyscy będą starali się idealnie trafić w ryczałt. A można to robić tylko jednymi świadczeniami, mili państwo – hospitalizacją planowaną. Bo, jak mam SOR, izbę przyjęć i muszę przyjąć pacjentów ilu przyjdzie, mogę tylko i wyłącznie operować hospitalizacją planowaną, wydłużając kolejkę.

Co do opieki nocnej i świątecznej, wróć do pytania panów posłów, bo pan minister nie powiedział wszystkiego. Dlatego chciałem, aby pan minister wyjaśnił co się stanie w przypadku opieki nocnej i świątecznej, która nie była świadczona przez podmioty lecznicze prowadzące hospitalizację, przez szpitale. Otóż, w tym projekcie ustawy jest taka informacja, że z dniem 1 lipca wygaszają się wszystkie umowy z podmiotami leczniczymi prowadzącymi opiekę nocną i świąteczną. Jeżeli w dużym powiecie opieka nocna i świąteczna była świadczona w kilku miejscach (w tym poza szpitalem) to tam, gdzie była świadczona poza szpitalem, już świadczona nie będzie. W przypadku dużych powiatów jest to bardzo istotny element, ponieważ oznacza, że wszyscy będą musieli pędzić po pomoc nocną i świąteczną kilkadziesiąt kilometrów. Mówię to mając konkretne dane z konkretnych miejscowości. Stąd pytanie – czy musi tak być, że opieka nocna i świąteczna musi być prowadzona tylko i wyłącznie w tych podmiotach leczniczych, które są szpitalami i mają kontrakt z Funduszem?

Panie ministrze, to nie jest tak, jak pan powiedział, że rozszerzacie definicję poradni. Wręcz odwrotnie – państwo zawęziliście definicję instytucji poradni przyszpitalnej, ograniczając poradnię przyszpitalną do obszaru funkcjonalnego dzielnicy, jeżeli ona jest wyznaczona w mieście. A jeżeli w mieście nie ma dzielnicy – do obszaru miasta. Do tej pory takiego ograniczenia nie było.

Ja bardzo chcę podziękować za to, że państwo w ostatniej chwili przenieśliście część rozwiązań z rozporządzenia do ustawy, ponieważ do tej pory mieliśmy do czynienia z dość kuriozalną sytuacją, że tak naprawdę dla sieci szpitali nie ustawa miała kluczowe znaczenie, tylko rozporządzenia. I cieszę się bardzo – tu podziękowanie – że w kontekście profili i zasad przenieśliście państwo rozwiązania do ustawy.

Słowo o ratownictwie medycznym. Otóż, chciałem zapytać pana ministra, skąd będą dodatkowe środki na ratownictwo medyczne, skoro zwiększacie państwo standardy zatrudnienia z „2-3” na „3”. Bo teraz będzie obowiązek zespołu trzyosobowego, to niestety, ale zwiększy to nakłady na prowadzenie ratownictwa medycznego.

Ta ustawa ewaluowała, więc mogę się pomylić i dlatego zapytam. Otóż, rozumiem, że pan minister mówił o tym, iż lekarze ze specjalnością ratownictwo medyczne będą w zespołach specjalistycznych, a nie w zespołach podstawowych. Chyba, że się mylę i również w zespołach podstawowych mają być lekarze ze specjalnością...

Podsekretarz stanu w MZ Marek Tombarkiewicz:

Nigdy nie byli i nie będą.

Pełnomocnik Zarządu ZMP Marek Wójcik:

Rozumiem. Chciałem to uściślić. Zatem w zespołach specjalistycznych będzie lekarz medycyny ratunkowej i...

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Panie Marku, proszę już precyzować pytanie, bo pan już ma wystąpienie, a to miały być pytania.

Pełnomocnik Zarządu ZMP Marek Wójcik:

Panie przewodniczący, bardzo przepraszam. To jest dla nas, z punktu widzenia samorządów – szczególnie samorządu powiatowego i miejskiego – niezwykle kluczowa kwestia, jak będą działały nasze szpitale. Niestety, mamy do czynienia ze zwiększającą się skalą zobowiązań, a nie odwrotnie. W związku z tym martwimy się o los naszych szpitali.

W przypadku ratownictwa mają też być lekarze ratownictwa medycznego na SOR-ach. Pytanie – skąd państwo znajdziecie tych lekarzy? My mamy z tym kłopot. Podobnie – skąd znajdą się środki na wywiązanie się z innego postulatu, który znalazł się w tym projekcie, a mianowicie zatrudnienia wszystkich w ratownictwie na umowę o pracę? Dzisiaj, z tego co mi wiadomo, tylko 47% spośród pracujących w ZRM jest zatrudnionych na umowę o pracę.

Kolejne pytanie – skąd będą środki na odszkodowania dla podmiotów leczniczych, które nie są upaństwowione? Pytam, bo ta ustawa powoduje upaństwowienie. Przypominam, że Polska ma podpisaną umowę z 61 państwami. Zacytuję taki klasyczny artykuł, który większość z tych umów zawiera. Otóż, Polska zobowiązała się, że: „Strony nie będą podlegały nacjonalizacji, wywłaszczeniu ani też nie będą poddane skutkom równoznacznym z nacjonalizacją, wywłaszczeniem.”. W przypadku ratownictwa będziemy mieli do czynienia z wywłaszczeniem, niestety. Zatem pytanie – skąd znajdą się środki na odszkodowania?

Kolejne pytanie dotyczy zgonów na drodze w przypadku wypadków. Pan minister wie o co chodzi, bo w powiatach od wielu lat pytamy o to, kto będzie wypisywał akty zgonu. Proszę o odpowiedź – kto wypisze akt zgonu w przypadku np. wypadku komunikacyjnego? Sprawa nie jest banalna, ponieważ teoretycznie rzecz biorąc ten obowiązek ciąży na starostwie lub prezydencie miasta na prawach powiatu. W związku z tym pytanie – jak to zorganizować, jeśli chodzi o wypadki komunikacyjne? Czy państwo macie jakiś pomysł w tej sprawie?

I ostatnie dwie rzeczy. Prośba o to, żeby jednak z większą asertywnością podejść do podmiotów samorządowych przy tworzeniu planu zabezpieczenia ratownictwa medycznego. Dlatego, że na razie my mamy tylko dawać informacje, mamy słuchać wojewody i nie mamy nic do gadania w tej materii. Mimo, że my wiemy jak funkcjonują nasze społeczności lokalne i czego potrzebują. Tymczasem na dzień dzisiejszy, według tego projektu, mamy tylko dawać, a nic nie mamy do powiedzenia.

Szkoda, że nie ma pana posła Andrzeja Gawrona, bo chciałem potwierdzić to co powiedział: koncentracja dyspozytorni działa na szkodę, a nie na pożytek pacjentów. A oni są przecież najważniejsi. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję. Jedna moja uwaga. Proszę państwa, na razie mówimy o założeniach, tymczasem wchodzimy w dyskusję na coraz większe gabarytowo szczegóły, a przecież dzisiaj nie mamy przed sobą żadnych projektów ustaw.

Proszę, pan minister Gryza, a potem pan minister Tombarkiewicz.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Myślę, że pan minister Wójcik jest mistrzem, bo powiedział o zawężeniu tego, co w rzeczywistości jest rozszerzeniem. To jest przykład jak można rozszerzenie zinterpretować jako zawężenie. I od tego zacznę. Mianowicie rozszerzamy pojęcie przychodni przyszpitalnej, ponieważ teraz jest bardzo wąskie, i definiujemy obszarowo w postaci dzielnicy albo gminy. Bo gdybyśmy definiowali tak, jak do tej pory, to znaczna część poradni nie mogłaby być włączona do systemu zabezpieczenia. To jest jedna rzecz.

Druga rzecz. System zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jest poddany konkurencji rynkowej. Po prostu to, co jest niezbędne dla kompleksowości dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla pewnej całości funkcjonowania szpitala, dołączamy w ramach systemu zabezpieczenia, a w pozostałym zakresie, jeśli ma poradnie, które nie wypełniają kryterium systemu zabezpieczenia, może stanąć w konkursie – tak, jak teraz. Tak, jak teraz może stanąć w konkursie i zderzyć się z innymi podmiotami. I to jest ten obszar konkursowy, w którym może starać się o uzyskanie kontraktu. Zresztą to jest pewien rynek. W tym obszarze definiujemy rynek, możliwość spotkania się różnych ofert, zarówno podmiotów, które wchodzi do sieci, jak i nie wchodzi. Jeśli oczywiście te świadczenia nie są wykonywane w ramach systemu zabezpieczenia. A są wykonywane w ramach systemu zabezpieczenia, jeśli znalazły się w przychodni przyszpitalnej i wyczerpaniu odpowiedniej definicji. To jest jedna sprawa.

Kolejna sprawa. Kwoty wynagrodzenia na pielęgniarki określone są ustawowo. I tu nie musimy niczego uwzględniać, ponieważ jest to odrębnie rozliczane i to musi być wypełnione, więc w ogóle jestem zdziwiony, że pan zwraca na to uwagę, bo pieniądze muszą na to być i są. I są do tej pory wypłacane.

Kolejna rzecz dotyczy – jak pan to nazwał – ryczałtu na województwo. Nie ma czegoś takiego.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO) – spoza składu Komisji:

Jest algorytm.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Oczywiście. Mechanizm jest określony w ustawie. Jest algorytm, jest plan finansowy Funduszu, jest plan finansowy poszczególnych oddziałów. I w tym zakresie porusza się dyrektor oddziału. I część tego planu finansowego na lecznictwo szpitalne, część planu finansowego na lecznictwo ambulatoryjne, część planu finansowego na rehabilitację i na podstawową opiekę zdrowotną w zakresie nocnej pomocy lekarskiej, wchodzi w system zabezpieczenia. Pozostałe elementy są poddane konkursowaniu. Tak więc, ustawa określa algorytm podziału środków. Taka jest odpowiedź. Nie ma czegoś takiego, jak ryczałt na województwo. Finansowanie ryczałtowe podmiotów jest elementem pozycji finansowej planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia „Finansowanie świadczeń w zakresie lecznictwo szpitalne” na poszczególne oddziały, zgodnie z podziałem algorytmu. I jeszcze tu wchodzi kwestia decyzji dyrektora, bo przecież on może dokonywać pewnych przesunięć.

Kolejna sprawa – kontrakt na nocną pomoc lekarską. Oczywiście to wszystko zweryfikuje życie, ale jeśli będzie wiadomo, że w danym obszarze nie ma zabezpieczonej nocnej pomocy lekarskiej, to po prostu dyrektor ogłosi konkurs na nocną pomoc lekarską. To jest oczywiste. Ten zapis ustawowy zmierzał do tego, że mogły wystąpić sytuacje takie, iż dwa podmioty obok siebie świadczyłyby tę nocną pomoc lekarską, a to byłoby nieracjonalne. A jeśli jest racjonalne, to ten podmiot, który wykonuje świadczenia w tej chwili, po prostu wystartuje w konkursie. Jest rozporządzenie Ministra Zdrowia mówiące o kryteriach ocen ofert. Tak więc, nawet będzie miał tutaj odpowiednie punkty, bo miał kontrakt.

Kolejna rzecz, o którą pan pytał, to kwestia limitów. Proszę państwa, ja chcę przywołać dokument NIK. Chodzi o kontrolę NIK i funkcjonowanie Narodowego Funduszu Zdrowia (choć ta kontrola nie dotyczyła samego funkcjonowania NFZ). Teza postawiona po kontroli: wzrasta liczba świadczeń a dostęp się nie poprawia, wzrastają pieniądze wydatkowane w systemie, a dostęp się nie poprawia. Dlatego mówienie o tym, że poprawa dostępu jest przez to, iż będzie coraz więcej ewidencjonowanych świadczeń,

jest po prostu błędem strategicznym. I ten system ma umożliwić odejście od tego pewnego węzła gordyjskiego, że chcemy zwiększyć dostępność i zwiększamy sprawozdawalność świadczenia a zmniejszamy dostęp.

W projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia znajduje się pewna zasada punktacji, ponieważ w wyliczaniu ryczału na kolejny okres rozliczeniowy uwzględnia się kwestie posiadania akredytacji, kwestie zwiększenia udziału świadczeń ambulatoryjnych w całej puli, kwestie większej liczby świadczeń skomplikowanych. To wszystko zwiększa kwotę ryczału, więc to jest pewna próba wyjścia z systemu, który nie działa w sposób poprawny.

Natomiast z drugiej strony wyłączamy z tego ryczału te grupy świadczeń, które mogą być wykonywane jednostkowo i które de facto mogą ten ryczałt całkowicie zużyć: zaćma, poród, endoprotezy, kwestie karty DILLO, chemioterapia, radioterapia, programy lekowe. Te grupy świadczeń wyłączamy i dzięki temu być może jeszcze kilka świadczeń zostanie dołączonych. Chociaż na razie, na tym poziomie przeprowadzonej analizy, można powiedzieć, że te rozporządzenia są w stanie prawie gotowym. My moglibyśmy je przyjmować, chociaż oczywiście jest jeszcze trochę czasu, żeby te rozporządzenia mogły być już przedstawione najpierw do konsultacji formalnej, a później do wejścia w życie – oczywiście jeśli ustawa zostanie przyjęta.

Poprawa systemu nie nastąpi przez to, że będziemy coraz więcej ewidencjonować wykonanych świadczeń. To nie jest rozwiązanie. Rozwiązaniem jest pewna racjonalizacja, finansowanie tych świadczeń, które ewidentnie są związane z liczbą wykonanych świadczeń. I w takiej oto perspektywie, według naszej oceny, dostęp się zwiększy. Nie zmniejszy, a zwiększy.

Jednocześnie pani poseł i pan poseł mówicie o postępującym zadłużeniu szpitali. Otóż system, który jest, generuje zadłużenie szpitali i ten system trzeba zmienić. I to jest propozycja zmiany systemu, który zadłuża szpitale.

Wreszcie sprawa listy szpitali, o której pan minister Wójcik wspominał. Które szpitale z tej listy są szpitalami samorządowymi? Bo szpitale, panie ministrze, są różne. W RPWDL są zarejestrowane szpitale, które mają jedno łóżko. Jest taki szpital. Są szpitale, które mają dwa łóżka. Dlatego podaję przykład udziału środków, bo oczywiście można powiedzieć, że kilka szpitali nie weszło. Szpitale, które realizowały jakąś częściową usługę. Ten system wstawia i promuje szpitale, które realizują usługę całościową, gwarantują bezpieczny dostęp do świadczeń dla pacjentów. A te szpitale w zakresach jednodniowych i planowanych staną do konkursów. Bo te konkursy na pewno będą na określone grupy świadczeń. Tak więc, one będą miały szansę, ale jednocześnie w takim charakterze – tam, gdzie to zapotrzebowanie na świadczenie rzeczywiście występuje.

Jeszcze raz przypomnę to przywołanie udziałów. Na podstawie danych modelu danych z roku 2015 do systemu zabezpieczenia wchodzi 91% środków z roku 2015. To mówi o skali. Bo tu nie chodzi o liczbę podmiotów malutkich, które nie weszły, tylko o to, jaka skala systemowa weszła do tego systemu i które podmioty de facto znalazły się w tym systemie. A jeśli nawet się nie znalazły (bo nie wynika to z kryteriów kwalifikacji) to oczywiście jest ta droga, która jest procedurą nadzwyczajną, czyli wskazania dyrektora oddziału za zgodą Ministra Zdrowia, a także konkurs. Bo konkurs jest tą metodą dopełnienia systemu. Jeśli szpital pełni istotną rolę, to na pewno albo znajdzie się w drodze wskazania, albo stanie do konkursu i go wygra.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję bardzo. Proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Marek Tombarkiewicz:

Jeśli chodzi o skład zespołu i zwiększenie z dwuosobowego na trzyosobowy. Teraz w znaczącej części zespołów podstawowych jeżdżą trzy osoby. Niektórzy dysponenci wykorzystują możliwość, żeby jeździły zespoły dwuosobowe. Niektórzy dysponenci, ale także związek zawodowy, uważają, że zespoły dwuosobowe w większości przypadków są wystarczające. Natomiast generalnie środowisko ratowników postulowało, żeby to były zespoły trzyosobowe. Wychodząc temu naprzeciw, a jednocześnie słuchając zarzu-

tów co do łamania przepisów BHP (przez to, że są zespoły dwuosobowe) uznaliśmy, że zespoły muszą być trzyosobowe.

Likwidacja lekarzy z większości zespołów „S”. Jeżeli zostawimy aktualny zapis ustawy, który mówi, że po roku 2020 lekarzem zespołu „S” może być tylko specjalista medycyny ratunkowej, to spowoduje to bardzo duży spadek liczby zespołów „S” w skali kraju. Musimy jasno powiedzieć: różnica w stawkach, jaką otrzymują lekarze w stosunku do ratowników na pewno spowoduje możliwość sfinansowania dodatkowej trzeciej osoby w zespole. Mówimy tu o drugiej ustawie (która w dalszym ciągu jest jeszcze w procedowaniu przez konferencję uzgodnieniową), do której tworzymy nowy OSR, który będzie pokazywał koszty. Poza tym, te zmiany są projektowane dopiero po roku 2020, więc pamiętajmy też o wzroście nakładów na podstawie wzrostu PKB od roku 2018. Te dwa fakty trzeba ze sobą łączyć. Zwłaszcza, że środki, które są przekazywane aktualnie przez Ministra Finansów, w ramach dotacji celowych budżetu państwa na ratownictwo medyczne, przejdą do środków, które będą w gestii Ministerstwa Zdrowia, które będzie – mówiąc kolokwialnie – rozdzielało te środki.

Postulat likwidacji umów śmieciowych, a tym samym jasne umocowanie pracowników na umowach o pracę, oczywiście pociąga za sobą koszty, ale trzeba też pamiętać, że jest to, po pierwsze, postulat większej części środowiska pracowników ratownictwa medycznego. A po drugie – jest odroczony w czasie do tych wszystkich zmian. I też należy to połączyć z ustawą o minimalnych płacach w sektorze ochrony zdrowia, która pokazuje koszty i daje gwarancję pokrycia tych kosztów. Nie można rozdzielać tych dwóch elementów, czyli zapisów z ustawy o PRM z zapisami chociażby planowanych nakładów, jak i ustawy o płacy minimalnej.

Jeśli chodzi o odszkodowania nie bardzo widzę powodów, żebyśmy mieli je płacić. Każda umowa wygasa 30 czerwca i nikt nie ma zapisu, że po 30 czerwca, czy od 1 lipca będzie miał gwarancję udzielania świadczeń. To jest ryzyko, niestety. Mamy opinię Biura Analiz Sejmowych, która mówi, że nie ma tu żadnego ryzyka utraty praw nabytych albo jakichś odszkodowań. Takie jest nasze stanowisko. Każdy kto wchodzi w ten biznes musiał liczyć się z ryzykiem, że przepisy prawa mogą ulec zmianie. Stąd nie widzimy podstaw do grożenia nam jakimiś odszkodowaniami.

Jeżeli chodzi o stwierdzanie zgonu, a raczej wypisywanie karty zgonu, to teraz też na miejscu wypadku komunikacyjnego lekarz nie wypisuje karty zgonu, tylko wypełnia kartę informacyjną. Ustawa zakłada rozszerzenie uprawnień dla ratowników medycznych – uprawnienie do stwierdzenia zgonu na podstawie pewnych protokołów, które są w fazie ustalania. Ratownik medyczny będzie tylko stwierdzał zgon, natomiast sposób wypisywania karty zgonu będzie taki, jak teraz. Dodam tylko, że mocno zaawansowane są prace nad zmianą ustawy o cmentarzach. I drugim elementem tej ustawy będzie ustawa o koronerze, a wtedy ostateczne kwestie, związane z tą częścią administracyjną wypisania aktu zgonu, będą opisane w tej ustawie. Na pewno ta ustawa wejdzie wcześniej niż okres wejścia tych zmian w ustawie o PRM. Teraz, po stwierdzeniu zgonu, kartę zgonu wypisuje zazwyczaj lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który leczył pacjenta w ostatniej chorobie. Zgony w wyniku wypadków podlegają osobnej procedurze. Wtedy zazwyczaj prokurator decyduje o wykonaniu sekcji zwłok i wtedy jest to kompletnie inna procedura.

Jeżeli chodzi o system i koncentrację dyspozytorni, to pierwsza koncentracja dyspozytorni miała miejsce w województwie małopolskim. Była bardzo agresywna, bo z kilkunastu dyspozytorni – do dwóch dyspozytorni. Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła takie postępowanie, bo efektem było skrócenie czasu dojazdu, a o to w tym chodzi. Tak więc, wydaje się, że nieuprawnione są opinie, iż koncentracja dyspozytorni to samo zło. Tworząc system Centrum Powiadamiania Ratunkowego, od razu było wiadomo, że będzie to jedno centrum, które obejmuje całe województwo. Jakoś nie słychać, żeby te CPR źle funkcjonowały.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję. Poseł Galla, proszę bardzo.

Posel Ryszard Galla (niez.):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze. Bardzo krótko chciałbym zapytać o przyszłość szpitali, które nie wchodzą do sieci. Jak pan informował, część szpitali, które są szpitalami wojewódzkimi specjalistycznymi, nie wchodzi do sieci, ewentualnie można je na wniosek dyrektora oddziału NFZ i za zgodą Ministra Zdrowia, wprowadzić do sieci. Ja nawet w styczniu wystąpiłem z takim zapytaniem do ministerstwa. Chodziło o konkretny Wojewódzki Zespół Specjalistyczny Neuropsychiatryczny w Opolu, choć wiem, że takich szpitali jest więcej w kraju. Jaka jest przyszłość tych szpitali? Bo to jednak są duże szpitale. Ten opolski akurat jest przewidziany w działaniach marszałka, jako nie tylko neuropsychiatryczny, ale także neurochirurgiczno-psychiatryczny. Tam nawet są już przygotowywane pewne działania. Moje pytanie brzmi – czy ten szpital, według założeń, które pan przedstawiał, ma szansę wejść do sieci, czy jednak będzie musiał indywidualnie na wniosek dyrektora oddziału, za zgodą Ministra Zdrowia, ubiegać się o miejsce w sieci?

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Nie wiem, jak odpowiedzieć merytorycznie, bo nie wiem, czy neurochirurgia to ten obszar, który powinien być w tym szpitalu. Neurochirurgia wymaga ewidentnie OIOM-u, wymaga intensywnego nadzoru i to nie jest tak, że w szpitalu neuropsychiatrycznym ona powinna w ogóle występować. Dlatego poważnie bym się zastanowił, czy właściciel robi właściwy ruch. I poważnie zastanowiłbym się, jako płatnik, czy te świadczenia tam bym kupował, bo chciałbym kupić tam, gdzie te operacje są wykonywane do tej pory, gdzie jest większa pewność i gdzie jest większa jakość. I to jest jakby pierwsza odpowiedź. Ale, jeśli chodzi o szpitale psychiatryczne i neuropsychiatryczne...

Głos z sali:

Neurologiczny czy psychiatryczny?

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Neuropsychiatryczny to oddział neurologiczny i oddział psychiatryczny. Te szpitale w ogóle nie wchodzą do sieci, bo psychiatria to jest odrębny system. My nie mogliśmy połączyć jednego systemu z drugim, ponieważ chcemy budować system „centra zdrowia psychicznego” i to się musi jakoś z tym wiązać. Stąd jest aneksowanie umowy o pół roku. Jeśli zdążymy ten system zbudować w ciągu tego pół roku, to podamy inny sposób konkursowania czy w ogóle dostępu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. To dotyczy zakresu psychiatrycznego. Natomiast w zakresie neurologicznym część będzie przez konkurs, a część będzie wskazana jako wskazanie dyrektora. Oczywiście analizy trwały i mniej więcej można powiedzieć, które szpitale będą wskazywane. Oczywiście będzie musiała być przygotowana odpowiednia analiza i decyzja ministra związana z jakąś procedurą, ale tak to będzie wyglądało, ponieważ jest to inny zakres niż leczenie szpitalne.

I tutaj w ogóle uwaga natury analizy systemowej. To szczególne wskazanie dyrektora i później zgoda ministra, to jednak pewna cecha dopełniająca ten system. Po prostu nie sposób systemowo określić kryteriów, które by cały system dopełniły. To musi mieć pewien wymiar lokalny. Stąd zresztą konkursowanie. A jeśli chcemy odejść z konkursowania w skali całego systemu, w skali makrosystemu, z ogromnymi ryzykami związanymi z tym sposobem kontraktowania świadczeń, to niestety nie wszystkie kryteria można zbudować w taki sposób, żeby model oddawał rzeczywistość. Stąd taka pozycja systemowa „pozostałe” i ta pozycja „pozostałe” to właśnie ta ścieżka specjalna.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję. Pani poseł Skowrońska.

Posel Krystyna Skowrońska (PO) – spoza składu Komisji:

Panie ministrze, ja zadałam kilka pytań, a pan minister odpowiedział tylko na jedno, dotyczące planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia. Chciałabym panu ministrowi przypomnieć – bo mieliśmy okazję nawet przy niektórych rozwiązaniach praco-

wać – że reprezentowałam posłów wnioskodawców w zakresie obowiązującego do dzisiaj algorytmu. Byłam również członkiem Komisji Zdrowia i Komisji Finansów Publicznych, które każdorazowo, kiedy trzeba było go zatwierdzać w Komisji Finansów Publicznych i w Komisji Zdrowia, taką procedurę przeprowadzały. I w tym zakresie doskonale znam problemy budowania planu finansowego, zmian planu finansowego i rezerw w planie finansowym. Zadałam pytanie, w kontekście wypowiedzianej przez pana ministra na inne pytanie odpowiedzi, dotyczące ilości wykonywania świadczeń, wyższych środków, które wpływają ze składek do Narodowego Funduszu Zdrowia. Pan minister wskazał, że nowy model będzie dawał szanse na zmniejszenie kolejki.

Ten projekt ustawy miał być procedowany przez rząd w dniu wczorajszym, na posiedzeniu Rady Ministrów. A zatem wszystkie elementy dotyczące oceny skutków tego rozwiązania powinny być przeprowadzone. Stąd zadałam pytanie, bo zobowiązania wymagalne to 2,1 mld zł, zobowiązania niewymagalne przeszło 11 mld zł, i chciałam w tym modelu zobaczyć te 91%, które nie będą obejmowały konkursów. Czy ten model pozwoli szpitalom – po pierwsze – bilansować się? Po drugie – zmniejszyć kolejkę? I po trzecie, jeśli pan minister powiedział, że są dodatkowe rezerwy w budżecie – prosiłabym o wskazanie tej rezerwy. Która to będzie rezerwa, jakie środki i ile państwo przewidujecie dla realizacji tego projektu?

Pozostają jeszcze nierozwiązane problemy dotyczące nadwykonań i dotychczasowej procedury negocjacyjnej – zapłaty za nadwykonania. Chciałabym, aby pan minister powiedział ile się skrócą kolejki, bo państwo (dzisiaj ministrowie, a wtedy posłowie) wskazywaliście, że w tym projekcie zmniejszą się kolejki, a one się nie zmniejszyły.

Powiedział pan jeszcze o jednym elemencie – wyjęciu procedur związanych z endoprotezą, zaćmą i innym sposobie ich finansowania. Czy w ten sposób chciał pan minister powiedzieć, że kolejka do zaćmy się skróci? Jeżeli tak – to o ile? Albo, że za procedurę okulistyczną dotyczącą operacji zaćmy będzie się płacić mniej, w porównaniu do tego roku, żeby można było tę kolejkę maksymalnie skrócić. To są pytania.

I jeszcze ostatnie pytanie, na które poprosiłabym, panie ministrze, o odpowiedź. Czy państwo przewidujecie, że w całym wdrażaniu ustawy nie będą zmieniane plany finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia, z podziałem na oddziały Funduszu?

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję bardzo pani poseł. Panie ministrze, bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Odpowiedziałem w ten sposób i tę odpowiedź podtrzymuję: regulacja dotycząca planu finansowego jest określona w ustawie, w planie finansowym określone są pozycje związane z poszczególnymi rezerwami, jest też wynik finansowy za rok 2016 i możliwość umieszczenia tego wyniku finansowego w funduszu zapasowym (oczywiście to jest w drugiej połowie roku) i te instrumenty mogą być wykorzystywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i będą wykorzystane. W tej chwili tak mogę powiedzieć, bo to jest zgodne z regulacją prawną.

Poseł Krystyna Skowrońska (PO):

Znamy to.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Właśnie. I ja tak odpowiadam. To będziemy wykorzystywać. To, co jest przewidziane regulacją prawną. A to nie jest zakresem tej regulacji ustawowej, ponieważ ona wchodzi w system już obowiązujący.

Jeśli chodzi o kolejki, to odpowiedź jest przewidziana w systemie. Jeśli będą wystarczające środki związane również ze sływem składki, czyli jak zobaczymy, jak sływa składka w roku bieżącym, to będziemy mogli uruchomić większe środki np. na zmniejszenie kolejek w zakresie zaćmy czy endoplastyki. I to jest dokładnie ten sam mechanizm, który obowiązuje dzisiaj. Dzisiaj system też może zrobić to samo: jeśli sływa odpowiednio składka, to można w regulacjach przewidzianych w ustawie w planie finansowym, wykorzystując środki finansowe, który wpływają do Narodowego Funduszu Zdrowia, finansować określone świadczenia. To jest dokładnie ta sama regulacja

i tę regulację będziemy stosować. Tak mogę na to pytanie odpowiedzieć. Natomiast to, że środki zostaną skierowane np. w większym zakresie na określone kolejki, to jest decyzja lokalna dyrektora oddziału NFZ. W tym systemie to on ponosi odpowiedzialność, on określa plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej i to on ostatecznie decyduje w jakich obszarach zwiększa finansowanie. Oczywiście związane z tym jest przesuwanie planu, ustalanie planu itd. Jednak nie ma na to odpowiedzi systemowej, bo to jest odpowiedź lokalna. Podobnie, jak teraz.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję. Proszę, pan poseł Sowa.

Poseł Marek Sowa (N):

Panie przewodniczący, panie ministrze. De facto ja też nie uzyskałem odpowiedzi na pierwszy blok moich pytań. Pytałem pana ministra o informację nie krajową statystyczną, tylko regionalną. Chciałbym, aby każdy członek Komisji otrzymał takie zestawienie z każdego regionu, które szpitale wchodzi do sieci, a które szpitale są poza siecią. Bo państwo doskonale wiecie. Nie ma co udawać, że nie wiecie.

Pan minister powiedział: proszę podać przykład szpitala w Małopolsce, który nie wchodzi do sieci, a jest szpitalem samorządowym. Ja mogę powiedzieć panu o co najmniej trzech takich szpitalach, które do sieci nie wchodzi. Pierwszy to szpital okulistycki wybudowany 5 lat temu, przeniesiony z Witkowic – poza siecią. Drugi to Szpital Chorób Płuc w Jaroszewcu, w 100% wyremontowany za pieniądze z budżetu województwa – poza siecią. Trzeci szpital to KRC Rehabilitacja w Woli Justowskiej. Jest jeszcze Rabka, jest jeszcze szereg innych szpitali. Proszę pana, nie zdążymy tego połączyć. Nawet, gdyby marszałek chciał dzisiaj, to nie jest w stanie połączyć tych szpitali, bo co prawda przy łączeniu szpitali nie trzeba przeprowadzać procesu likwidacji, ale jest to bardzo czasochłonna ścieżka. Wymaga to konsultacji społecznych, opiniowania przez związki zawodowe. Zanim organ założycielski podejmie te uchwały, rada powiatu, czy sejmik województwa potrzebuje 3 miesiące, żeby taki proces finalnie zakończyć, od momentu jego rozpoczęcia. Później dyrektor połączonego już szpitala musi fizycznie przeprowadzić ten proces. Nawet, jeśli korzystamy z art. 23¹ (bo tak jest w przypadku szpitali) to i tak musimy zawrzeć układ zbiorowy ze wszystkimi społecznymi. I dyrektor na to potrzebuje czasu. To wszystko musi się stać. Podaję tu państwu konkretne przypadki. I proszę mi wierzyć – a trochę szpitali łączyłem w Małopolsce – że nie ma takiej możliwości, żeby wyrobić się od dzisiaj do 30 czerwca. To jest niemożliwe i pan minister oczywiście doskonale o tym wie. I dlatego dzisiaj odpowiada w ten sposób, żeby nie opierać się na faktach, tylko delikatnie wskazać, iż jest to problem.

Druga rzecz dotyczy sprawy, którą poruszył pan Marek Wójcik reprezentant strony samorządowej. W ostatnim czasie ze środków samorządowych zostało przeprowadzonych szereg inwestycji w ochronie zdrowia. Będąc przez 5 lat marszałkiem województwa zainwestowałem w ochronę zdrowia ponad 400 mln zł. Szpital im. Jana Pawła II ma zwiększony budżet o 15% (30 mln zł), a rocznie ponosi 20 mln zł strat, bo moce przerobowe ma dużo większe i gdyby był konkurs na uczciwych warunkach to oczywiście nie miałby żadnego problemu, żeby pozyskać kontrakt zdecydowanie większy niż dzisiaj. Podobna sytuacja jest w przypadku szpitala im. J. Dietla. Mógłbym dużo takich przykładów podać. Mają one budżety na poziomie 30-30%. Zamrożenie dzisiaj przez ryczałtowanie ich z poziomu 2015 r. to powrót, panie ministrze, do głębokiej komuny i wysłanie sygnału do wszystkich: nie inwestujcie, bo poprawa jakości w ochronie zdrowia po prostu się nie opłaca i kto to zrobił nie ma z tego żadnych korzyści. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Proszę państwa, zamykam listę mówców, bo posiedzenie trwa już prawie dwie i pół godziny. Proszę o odpowiedź ze strony pana ministra. Przypominam tylko, że jesteśmy na etapie założeń.

Głosy z sali:

Projekt jest gotowy, panie przewodniczący.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Ale do nas, do Sejmu projekt nie trafił. Czekamy na projekt. I tu moja gorąca prośba na przyszłość do wszystkich posłów. Kiedy projekt trafi na posiedzenie plenarne, to apeluję aby nie pozwolić na to, żeby nas pominięto, jako Komisję. Chodzi o to, by ten projekt trafił też do naszej Komisji. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Panie pośle, to dlaczego nie były ogłaszane konkursy od tak dawna? Dlaczego nie były ogłaszane, skoro mówi pan, że gdyby szpital stanął do uczciwego konkursu, to by wygrał. To dlaczego nie były ogłaszane? I to jest odpowiedź na pana podstawowe pytanie.

Poseł Marek Sowa (N):

Ale to pan jest drugi rok wiceministrem zdrowia, a nie ja.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Pan jest posłem i widział pan ten system poprzedni i wie pan dlaczego nie były ogłaszane konkursy. To jest jedna sprawa. Druga sprawa – każdy konkurs wiąże się z ryzykiem. Pan jest pewien, że wygrałby w konkursie. Wszyscy są pewni, że wygrają w konkursie, ale to jest gra spot, zerojedynkowa: ktoś wchodzi, a ktoś nie wchodzi. Wyobraźmy sobie, że ten szpital złożył wadliwą formalnie ofertę i został odrzucony, a obok jest szpital nawet niewielki, który złożył ofertę na część produktów – bo taki jest mechanizm kontraktowania na produkty – i wygrał ten konkurs. I co wtedy? Bo pan oczywiście uważa, że ten szpital wygra. Ale być może wygra, być może nie wygra. Na tym polega...

Poseł Marek Sowa (N):

Pan też wie, że wygra.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Nie, ja tego nie wiem. Znam przypadki, kiedy szpitale, które mogły wygrać, przegrywały ze względów formalnych. I to trzeba uwzględniać przy tej metodzie kontraktowania świadczeń. I dlatego m.in. poprzednicy aneksowali tę umowę, bo zwyczajnie obawiali się takich reakcji w czasie konkursowania. I to wszyscy wiedzą po jednej i po drugiej stronie. Każdy uważa, że jego szpital jest najlepszy. Każdy uważa, że jego szpital wygra konkurs, ale w konkursie może się tak nie okazać.

Natomiast zwracam uwagę na ten element – w tym systemie znajduje się zdecydowana większość szpitali. Jeśli chodzi o te, które nie wchodzi, to pozostaje jeszcze część środków, więc one mogą jeszcze stanąć w konkursie. I rzeczywiście wtedy ten konkurs nie jest w ogromnej skali systemowej, gdzie można popełnić błędy, gdzie można de facto konkurs źle przygotować. I ponieważ skala systemowa jest mniejsza, dotyczy mniejszych środków, to te środki można odpowiednio celować. I wtedy odpowiedzialność ogłaszania konkursu w zakresie leczenia szpitalnego jest daleko większa. Tak więc, jeśli szpital nie znalazł się w sieci, a jest istotny dla systemu, to na pewno w tym systemie się znajdzie. Tak mogę odpowiedzieć.

Przewodniczący poseł Andrzej Maciejewski (Kukiz15):

Dziękuję bardzo. Zamykam dyskusję. Dziękuję wszystkim przybyłym gościom. Dziękuję za bardzo wyczerpujące, jak na tym etapie, odpowiedzi. Dziękuję za pytania, ciekawą dyskusję i liczę, że kiedy pojawi się projekt w Sejmie spotkamy się jeszcze raz, żeby nad nim debatować. Dziękuję wszystkim.