



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(149)

18. posiedzenie
Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia
w dniu 5 marca 2002 r.

V kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych na temat sytuacji finansowej kas chorych w 2002 r.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 10)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Marek Balicki)

Przewodniczący Marek Balicki:

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

Witam państwa serdecznie. Witam przedstawicieli różnych instytucji i organizacji, tak licznie zgromadzonych na dzisiejszym posiedzeniu komisji. Witam panie i panów senatorów. Z gości w szczególności chciałem powitać prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych Michała Żemojdę i delegację Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, obserwujących nasze posiedzenie przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia z panią minister Wojtalą i ministrem Kopczykiem, przybyłych dyrektorów kas chorych oraz przedstawicieli różnych organizacji i instytucji, w tym samorządów zawodów medycznych.

Projekt porządku obrad dzisiejszego posiedzenia komisji składa się z jednego punktu – sytuacji finansowej kas chorych w 2002 r. Referować będzie prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Czy są uwagi pań i panów senatorów do porządku obrad dzisiejszego posiedzenia komisji? Rozumiem, że uwag nie ma i porządek został przyjęty.

Proponuję, żebyśmy w taki sposób przeprowadzili dzisiejsze posiedzenie komisji, że pan prezes Żemojda przedstawi w takim kilkudziesięciominutowym wprowadzeniu sytuację kas chorych w tym roku i w ostatnich latach oraz kwestię kontraktowanych świadczeń zdrowotnych na 2002 r., z uwzględnieniem jawności kontraktów i wynikających z tego wniosków. Następnie prosilibyśmy tych dyrektorów kas chorych, którzy chcieliby uzupełniająco zabrać głos, o wystąpienia trwające do dziesięciu minut, następnie będą pytania pań i panów senatorów oraz gości reprezentujących różne organizacje, związki i samorzady, a następnie dyskusja.

Wszystkich, którzy będą zabierać głos i będę zadawać pytania, bardzo bym prosił o podawanie imienia i nazwiska. Przebieg dzisiejszego posiedzenia komisji, tak jak każdego innego, jest nagrywany i przy sporządzaniu stenogramu jest to niezwykle przydatna informacja. Ci z państwa, którzy po raz pierwszy są na sali posiedzeń plenarnych Senatu, proszeni są przy zgłaszaniu się do głosu o wciśnięcie zielonego przycisku, który uruchamia mikrofon, po zakończeniu wypowiedzi proszę o wyłączenie.

Na początek jeszcze krótka informacja. Członkiem naszej komisji jest pan profesor Religa, który dzisiaj, niestety, nie jest obecny, ale powód nieobecności profesora Religi jest dla nas wszystkich i dla całej służby zdrowia wyjątkowy, ponieważ dzisiaj w Zabrze dokonywana jest pięćsetna operacja przeszczepu serca w Polsce i stąd nieobecność pana profesora, jest to jakieś wydarzenie.

Możemy zatem przejść do porządku obrad. Proszę pana profesora Żemojędę o przedstawienie sytuacji finansowej kas chorych w 2002 r.

Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych Michał Żemojda:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Informacja na temat sytuacji finansowej kas chorych w ciągu trzech lat ich funkcjonowania, jak również informacja dotycząca kontraktów, realizacji zasady jawności, była już prezentowana na posiedzeniu sejmowej Komisji Zdrowia, jak również na posiedzeniu Związku Powiatów Polskich, tak że informacja jest znana uczestniczącym w tym posiedzeniu dyrektorom kas chorych. Myślę, że dyrektorzy kas chorych wybaczą, że w pewnych sprawach będę się powtarzał, ale jest to posiedzenie senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia. Chciałbym teraz przejść już do właściwego tematu.

1 stycznia 1999 r. weszła w życie, długo oczekiwana przez wszystkich, reforma systemu ochrony zdrowia, reforma, która wywoływała bardzo duże nadzieje społeczne. Wydaje mi się, że po tych trzech latach jest czas na pewne podsumowanie, i sądzę, że na podstawie przekazanych informacji każdy z państwa postawi diagnozę, wysnuje odpowiednie wnioski, również na przyszłość.

Chciałbym zacząć od tego, że problematyka ochrony zdrowia jest problematyką bardzo drażliwą, dlatego też znajduje poczesne miejsce w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej i ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym niejako nawiązuje do brzmienia art. 68 konstytucji, który mówi, że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych, a warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. I właśnie tą ustawą, która w najpełniejszym zakresie określa zasady przyznawania świadczeń zdrowotnych, jest ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Ubezpieczenie zdrowotne, tak jak każde inne ubezpieczenie społeczne, oparte jest na zasadach solidaryzmu społecznego i z tej zasady solidaryzmu społecznego wynika właśnie zasada zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Istotą tej reformy było to, żeby każdy obywatel naszego kraju miał zagwarantowany równy dostęp do świadczeń zdrowotnych, niezależnie od statutu materialnego i niezależnie od tego, na jakim obszarze przebywa, gdzie zamieszkuje.

Powstało szesnaście kas i siedemnaście branżowa. Kasy te są instytucjami samorządowymi. Organy kas, ich radę wybiera Sejm, rada później powołuje zarząd.

Teraz trzeba powiedzieć, na tle tego, o czym wstępnie wspomniałem, jak po tych trzech latach jest realizowana ta zasada solidarności społecznej oraz zapewnienia równego dostępu do świadczeń. Z uwagi na to, iż istnieje duże zróżnicowanie dochodowe, a również istnieje zróżnicowanie, jeżeli chodzi o liczbę ubezpieczonych, ustawodawca wprowadził instytucję wyrównania finansowego, czyli instytucję polegającą na tym – zresztą funkcjonującą w różnych postaciach od chwili wprowadzenia ubezpieczeń na wypadek choroby – że bogatsze kasy dopłacają, dokładają pewne środki kasom biedniejszym, żeby ubezpieczeni w tych biedniejszych kasach mieli w miarę równy dostęp do świadczeń zdrowotnych. I tak jak wspomniałem, temu celowi miała służyć instytucja wyrównania finansowego. Stworzono pewien algorytm, polegający na tym, że wylicza się to, czy dana kasa ma dopłacić innym kasom, ich ubezpieczonym, czy też otrzymać środki od innych kas. Przyjęto tu trzy podstawowe dane: liczbę ubezpieczonych do sześćdziesięciu lat, liczbę ubezpieczonych powyżej sześćdziesięciu lat

i tak zwany korektor dochodowy, obejmujący 40% dochodów. Ja do tej pory nie wiem, dlaczego przyjęto akurat taki korektor. Założono, że co roku prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych w oparciu o pewne dane będzie wydawał decyzję dotyczącą kwoty wyrównania finansowego. I ta decyzja, już czwarta, została na 2002 r. wydana. Przyjęto na początku założenie, iż ten mechanizm wyrównania finansowego będzie funkcjonował w sposób dosyć prosty. Uznano także, że będzie funkcjonował sprawnie system informatyczny ZUS, że ZUS będzie w sposób należyty identyfikował ubezpieczonych i z tym wyrównaniem finansowym w zasadzie nie będzie problemu. Przyjęto, nie wiem dlaczego, że właśnie ZUS ma pobierać składki na ubezpieczenia zdrowotne. Tymczasem inny jest krąg podmiotów objętych ubezpieczeniem społecznym, to jest około trzynastu milionów ludzi, a inny ubezpieczeniem zdrowotnym, którym objęci są praktycznie wszyscy obywatele kraju, czyli już te zbiory ubezpieczonych, jeżeli chodzi o ubezpieczenie społeczne i ubezpieczenie zdrowotne, znacząco się w ZUS różniły.

Chcę zresztą powiedzieć, że stopień identyfikacji ubezpieczonych na przestrzeni tych trzech lat przez ZUS wyglądał bardzo nieciekawie i kształtował się od 40% do 70%. Aktualnie ten wskaźnik wynosi około 70%, czyli tak naprawdę nie wiemy, brakuje nam pełnej i rzetelnej informacji na temat przynależności 30% ubezpieczonych do określonych kas chorych. Dlatego też ten mechanizm wyrównania finansowego był skażony od początku podstawową wadą – brakiem rzetelnej informacji z ZUS. Początkowo opierał się on właśnie o te niepełne informacje z ZUS, o informacje z kas chorych dotyczące aktywnej liczby ubezpieczonych na listach aktywnych POZ. Pełnomocnik ministra do spraw wprowadzenia ubezpieczenia zdrowotnego weryfikował te dane i przekazywał prezesowi Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych i te dane corocznie stanowiły podstawę do wydawania decyzji. Dopiero w zasadzie do wyrównania finansowego na 2002 r. przyjęto najbardziej prawidłowe dane, które były weryfikowane w ramach systemu PESEL przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji. Trzeba powiedzieć, że decyzje dotyczące mechanizmu wyrównania finansowego skażone były różnymi wadami, różnymi nieprawidłowościami. Ja tylko podam państwu parę takich przykładów.

Przy przyjmowaniu danych do wyrównania finansowego na 2001 r. przyjęto, że jedna z najmniejszych kas, kasa lubuska, stała się nagle kasą bogatą i ma dopłacić do systemu kwotę 9 milionów zł, a przy wyrównaniu finansowym na 2002 r., kiedy już przyjęto pewne bardziej prawidłowe dane – a trzeba dodać, że na terenie województwa lubuskiego funkcjonuje od początku rejestr usług medycznych – uznano nagle, że ta kasa jest kasą bardzo biedną i inne kasy mają jej dopłacić kwotę 90 milionów zł. Te dwie liczby chyba, proszę państwa, nie wymagają komentarza. Jeżeli chodzi o wyrównanie finansowe, to chcę jeszcze podać przykłady dwóch kas o zbliżonym potencjale, chodzi o osiągnięte przychody ze składek i o kwotę, o liczbę ubezpieczonych, są to dwie największe, o największym potencjale kasy – kasa mazowiecka i śląska. W wyrównaniu finansowym na 2001 r. śląska kasa chorych miała dopłacić innym kasom 204 miliony zł, a mazowiecka kasa chorych – przypominam, że jest to kasa o zbliżonym potencjale – kwotę 435 milionów zł. Gdyby przyjąć te dane za prawidłowe, oznaczałoby to, że kasa mazowiecka ma dwukrotnie wyższe przychody ze składek, jak również dwukrotnie większą liczbę ubezpieczonych. Dlatego też, z uwagi na to, iż była sprawa wyrównania finansowego w NSA, Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych zmienił poprzednią decyzję o wyrównaniu finansowym na 2001 r., uznając, że te różnice nie

znajdują żadnego uzasadnienia ani w stanie faktycznym, ani w stanie prawnym. Sprawa teraz toczy się przed Naczelnym Sądem Administracyjnym i myślę, że Naczelny Sąd Administracyjny jako organ niezawisły, do tego powołany, rozstrzygnie sprawę i wyda decyzję, którą będą musieli uszanować zarówno Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, jak i pozostałe kasy chorych uczestniczące w procesie kontraktowania świadczeń i wypłacające wyrównanie finansowe. Tak że dziś, po trzech latach, trzeba powiedzieć, że ten mechanizm nie zdał egzaminu.

Oprócz tego mechanizmu wyrównania finansowego funkcjonuje również mechanizm udzielania zaliczek przez ZUS. Po prostu ZUS nie ma pełnych informacji na ten temat i dzieje się to na zasadzie pewnych danych makroekonomicznych przygotowanych przez ministra zdrowia, minister zdrowia wspólnie z ministrem pracy wydają rozporządzenie, gdzie określają kwoty zaliczek. Proszę państwa, ten mechanizm udzielania zaliczek, niestety, też nie do końca realizuje tę zasadę solidaryzmu społecznego i równego dostępu do świadczeń. Analizowaliśmy pierwsze wyjściowe rozłożenie procentowe zaliczek na poszczególne kasy chorych, z lutego 1999 r., dysponujemy takim dokumentem, i obecne, występujące zresztą już od dłuższego czasu, i trzeba stwierdzić, że mechanizm zaliczkowy wyraźnie preferuje kasy może nie tyle bogatsze, ale kasy o większym potencjale, jeżeli chodzi o przychody ze składek i liczbę ubezpieczonych.

Ja chcę tylko powiedzieć o paru liczbach. Na początku te największe kasy. Ubezpieczeni z kasy mazowieckiej i śląskiej otrzymywali w lutym 1999 r. około 12,5% ogólnej sumy składek przekazywanych przez ZUS pozostałym kasom – wtedy to jeszcze było, że tak powiem, sterowane ręcznie na podstawie pewnych danych przekazywanych przez pełnomocnika rządu do spraw wprowadzania ubezpieczeń zdrowotnych – a teraz te kasy otrzymują prawie 15%. Czyli ich udział wzrósł o 1/5. A kasy o małej liczbie ubezpieczonych, takie jak kasy podlaska, lubelska, straciły i otrzymują gdzieś o 1/3 mniej środków, niż otrzymywały na starcie tej reformy.

Z uwagi na to, iż nie mamy do końca zweryfikowanych pewnych danych, trudno nam się do tego w sposób jakiś racjonalny odnieść, trzeba jednak jednoznacznie postawić tezę, że w wyniku trzech lat funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w kształcie przyjętym w 1998 r. przez nowelę ustawy z 6 lutego 1997 r. stało się tak, że ubezpieczeni w tych kasach o dużym potencjale stali się bogatsi, otrzymują więcej środków na świadczenia, pogorszyła się zaś, jeżeli chodzi o ten dostęp do usług medycznych, sytuacja ubezpieczonych w kasach najbiedniejszych.

I teraz chciałbym przejść do omówienia sytuacji finansowej kas chorych. Po trzech latach można postawić tezę, za chwilę ją przedstawię, iż sytuacja finansowa kas chorych na przestrzeni tych trzech lat ulegała stopniowej i zasadniczej poprawie, czego nie można do końca powiedzieć o sytuacji finansowej publicznych ZOZ. Nie mamy pełnych danych, ale dysponujemy danymi na koniec 2000 r. i sytuacja finansowa kasy chorych, czyli tego podmiotu, który daje niejako w ramach kontraktów najwięcej pieniędzy na świadczenia, nijak się miała, w niektórych przypadkach, do sytuacji finansowej funkcjonujących na obszarze danej kasy publicznych ZOZ.

1999 r. był dla kas chorych rokiem trudnym wejścia w życie reformy. W tym czasie, w 1999 r., aż trzynaście kas chorych miało ujemny wynik finansowy. Tylko cztery kasy chorych uzyskały nadwyżkę przychodów nad kosztami, to były kasy: małopolska, podkarpacka, śląska i warmińsko-mazurska. Łącznie te kasy miały dodatni wynik finansowy w kwocie 150 milionów zł, kiedy ujemny wynik finansowy pozosta-

łych kas wynosił prawie 1 miliard zł. I w ramach tego dodatniego wyniku finansowego śląska kasa chorych miała nadwyżkę prawie 72 miliony zł, kasa podkarpacka – ponad 41 milionów zł, kasa warmińsko-mazurska – ponad 31 milionów zł. W 2000 r., na skutek poprawy ściągalności składek, myślę, ujemny wynik finansowy uzyskało już tylko osiem z siedemnastu kas. Łączny ten ujemny wynik finansowy tych ośmiu kas wynosił ponad 220 milionów zł i największy ujemny wynik finansowy posiadały: kasa lubuska – prawie 56 milionów zł, kasa lubelska – ponad 45 milionów zł i kasa podlaska – ponad 40 milionów zł. I na tę stratę w 2000 r. miało wpływ głównie przekroczenie planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych.

Chcę przypomnieć, że oprócz tych zasad, które wymieniłem, ustawa o PUZ zawiera fundamentalną zasadę, iż kasy działają jako instytucje nienastawione na zysk i powinny osiągać równowagę przychodów i wydatków. Tak że można powiedzieć, że zarówno nieracjonalnym, niewłaściwym działaniem kas jest gromadzenie nadmiernych nadwyżek finansowych, jak również nieracjonalnym działaniem kas jest przekraczanie planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych.

I tak jak mówiłem, sytuacja finansowa się poprawiła, dziewięć kas już uzyskało nadwyżkę przychodów nad kosztami. Są to kasy: kujawsko-pomorska, małopolska, mazowiecka, podkarpacka, śląska, warmińsko-mazurska, wielkopolska, zachodniopomorska i branżowa, a łączny dodatni wynik finansowy tych kas wyniósł prawie 500 milionów zł. I największe nadwyżki, co pokazują zresztą określone tendencje, miały: kasa śląska – dodatni wynik finansowy w kwocie ponad 157 milionów zł, czyli ten wynik się poprawił ponad dwukrotnie, kasa wielkopolska – dodatni wynik finansowy prawie 100 milionów zł i kasa branżowa – prawie 70 milionów zł.

Wszystkie te kasy, które uzyskały ujemne wyniki finansowe, zostały zobowiązane, podobnie jak w poprzednim roku, do opracowania planów przywrócenia równowagi finansowej, do przeznaczenia odpowiednich środków na fundusz rezerwowy. I następnie mamy 2001 r., który przynosi jedną bardzo poważną, ale bardzo pozytywną decyzję dla systemu ochrony zdrowia, zarówno dla ubezpieczonych, jak i dla kas oraz świadczeniodawców, mianowicie zwiększona zostaje o 0,25 składka na ubezpieczenie zdrowotne. W pierwszym półroczu 2000 r. poza tym jest bardzo dobry wpływ składki, bardzo dobra ściągalność i następuje radykalna poprawa wyników finansowych kas chorych. Ze wstępnych analiz sprawozdań finansowych za czwarty kwartał 2001 r. – te sprawozdania będą zatwierdzone po badaniu ich przez biegłych rewidentów sądowych na przełomie marca i czerwca – wynika, że już w 2001 r. tylko pięć kas chorych uzyskało ujemne wyniki finansowe i są to kasy: dolnośląska, lubuska, pomorska, opolska i zachodniopomorska. Łączna kwota ujemnego wyniku finansowego tych kas wynosi około 68 milionów zł i chciałbym wymienić: dolnośląska kasa chorych ma ujemny wynik finansowy w kwocie około 34 milionów zł, pomorska – niecałe 4 miliony zł, opolska według wstępnych badań – minus 24 miliony zł, zachodniopomorska – niecałe 7 milionów zł. Nadwyżkę przychodów nad kosztami uzyskało zaś aż dwanaście kas chorych, to jest kasa kujawsko-pomorska... Zresztą nie będę ich wszystkich wymieniał, te pięć, które wymieniłem, wystarczy. Chcę powiedzieć, że łączny wynik finansowy tych kas wyniósł bez mała 800 milionów zł, z tego dodatni wynik finansowy osiągnęły kasy branżowa – ponad 189 milionów zł, śląska – prawie 168 milionów zł i z tych kas o najwyższym dodatnim wyniku finansowym jeszcze chciałbym wymienić kasę wielkopolską, która osiągnęła nadwyżkę prawie 120 milionów zł.

I analizując tę sytuację finansową kas chorych, należy stwierdzić, że generalnie nastąpiła poprawa sytuacji finansowej kas chorych – szczególnie kas, które poprzednio uzyskiwały ujemne wyniki finansowe – większość kas posiada płynność finansową, z uwagi również na to, iż został uruchomiony fundusz rezerwowy oraz zostały podjęte działania założone w planie przywrócenia równowagi finansowej.

Jak mówiłem, łączny wynik finansowy kas to około 700 milionów zł. Ale podam jeszcze, jak wyglądały łączne zobowiązania finansowe kas wobec świadczeniodawców, według meldunku dekadowego na 31 grudnia 2001 r. Otóż łączny stan zobowiązań wynosił tylko 427 milionów zł, czyli oceniając nadwyżkę finansową kas – 700 milionów zł – trzeba powiedzieć, że przekraczała ona w sposób znaczący łączny stan zobowiązań kas chorych wobec świadczeniodawców. I największe zobowiązania wobec świadczeniodawców, chcę powiedzieć, posiadają: mazowiecka kasa chorych, prawie 154 miliony zł, czyli 35,9% ogółu zobowiązań kas chorych, dolnośląska – 15,3%, kujawsko-pomorska – 11,6% i branzowa kasa chorych – prawie 10%.

Jeżeli chodzi o fundusz rezerwowy, to, jak wszyscy państwo doskonale wiecie, wszystkie kasy są zobowiązane do jego utworzenia, a łączny stan środków na funduszu rezerwowym na 31 grudnia wynosił około 554 milionów zł. Jeśli uwzględnić zobowiązania wymagalne oraz stan środków funduszu rezerwowego na koniec grudnia, to pięć kas nie ma zdolności pokrycia zobowiązań wymagalnych funduszem rezerwowym, są to: kasa dolnośląska, która posiada zobowiązania wymagalne w wysokości prawie 87 milionów zł na koniec grudnia 2001 r., a praktycznie nie ma środków na funduszu rezerwowym, kasa lubelska, która posiada niecałe 2 miliony zł zobowiązań wymagalnych na koniec roku, a ma zero środków na funduszu rezerwowym, kasa lubuska, w której zobowiązania wymagalne wynoszą prawie 9 milionów zł, a na koniec roku stan środków funduszu rezerwowego wynosił niecałe 2 miliony 500 tysięcy zł, kasa podlaska i kasa pomorska – czyli pięć kas w przypadku zaistnienia konieczności pokrycia zobowiązań nie ma środków na funduszu rezerwowym. A jak te środki na funduszu rezerwowym wyglądają w poszczególnych kasach? Jeżeli chodzi o ogół tych środków, tak jak wspomniałem, to wynoszą one prawie 554 miliony zł, a najwięcej tych środków na funduszu rezerwowym zgromadziła śląska kasa chorych – prawie 111 milionów zł, mazowiecka kasa chorych – prawie 79 milionów zł, wielkopolska kasa chorych – ponad 67 milionów zł.

Jeszcze w kontekście sytuacji finansowej kas chorych, w kontekście tej zasady równoważenia wydatków i przychodów, chciałbym powiedzieć o jednej rzeczy. Mianowicie, według stanu na 31 grudnia, stan środków pieniężnych na rachunkach bankowych kas chorych wynosił ponad 1 miliard 700 milionów zł. Łączny stan zobowiązań w systemie, uwzględniając wszystkie zobowiązania kas, wszystkie należności, wynosił zaś 1 miliard 535 milionów zł. I najwięcej na lokatach – i nie tylko na lokatach krótkoterminowych, ale również na lokatach długoterminowych – posiadały kasy: śląska, prawie 464 miliony zł, to jest ponad 27% ogółu środków pieniężnych na rachunkach bankowych, wielkopolska, prawie 338 milionów zł, podkarpacka, kasa chorych, która w ramach wyrównania finansowego otrzymuje ponad 250 milionów zł, posiada na rachunkach bankowych 161 milionów zł. To są kasy, które posiadają największe nadwyżki. Kasa mazowiecka posiadała na koniec roku nadwyżki w wysokości 85 milionów zł. I właśnie kasa mazowiecka miała jeszcze w trzecim kwartale nadwyżki finansowe na rachunkach bankowych zbliżone do nadwyżek tych największych kas, jednak-

że te nadwyżki przeznaczyła na świadczenia zdrowotne i można powiedzieć, że w zasadzie osiągnęła stan równowagi.

I teraz chciałbym przejść do kosztów świadczeń zdrowotnych per capita, czyli na jednego ubezpieczonego, jakie były w 2001 r., i chciałbym się odnieść do tego, jak te koszty świadczeń zdrowotnych na jednego ubezpieczonego mają się do stanu finansowego poszczególnych kas. Otóż średnio w całym systemie kas chorych na każdego ubezpieczonego, czyli na trzydzieści osiem i pół miliona osób, przypadało w 2001 r. trochę ponad 679 zł – tyle wszystkie kasy wydatkowały na koszty świadczeń zdrowotnych. I pięć kas osiągnęło wyższe od średniej w systemie nakłady na świadczenia zdrowotne per capita. Są to kasy: śląska – 752 zł, mazowiecka – 747 zł, dolnośląska – 710 zł, opolska – ponad 703 zł i pomorska – 682 zł. Te pięć kas chorych osiągnęło nakłady na świadczenia zdrowotne per capita wyższe od średniej. Proszę państwa, należy tu, w tym miejscu, zauważyć, że trzy kasy spośród tych pięciu wymienionych osiągnęły za 2001 r. straty finansowe – kasa dolnośląska, opolska i pomorska. I na wyższe od średniej w systemie nakłady na świadczenia zdrowotne per capita, w przypadku tych kas, miało wpływ głównie znaczne przekroczenie przez te kasy kwot zaplanowanych na świadczenia zdrowotne na ten okres. Wysokie zaś przekroczenie zaplanowanych kosztów świadczeń zdrowotnych wpłynęło na osiągnięcie przez te kasy strat za 2001 r. Ja chcę podać tylko przykład jednej kasy, która w drugim kwartale 2001 r. przekroczyła plan wydatków na świadczenia zdrowotne o kilkanaście procent. Dokonał tego zarząd, w ogóle nie pytając o zdanie rady kasy. Pozostałe kasy wydały na koszty świadczeń zdrowotnych mniej niż średnio w systemie. I, proszę państwa, najciekawsze jest to, że najniższe nakłady na świadczenia zdrowotne w systemie wyniosły niecałe 600 zł i, co ciekawe, najmniej na jednego ubezpieczonego w 2001 r. wydała branżowa kasa chorych, która teoretycznie powinna wydawać znacznie więcej. Oznacza to, że rozpiętość między maksimum a minimum per capita w stosunku do średniej wynosi prawie 155 zł.

Jeżeli chodzi o poszczególne rodzaje świadczeń, bardzo ciekawe dane dotyczą szpitali. Otóż, jeżeli chodzi o szpitale, średnia na jednego ubezpieczonego wynosiła 314 zł i najwięcej na szpitale wydano w opolskiej kasie – 346 zł, mówiłem o sytuacji tej kasy, w mazowieckiej kasie chorych – 340 zł, można rozumieć tę sytuację, na terenie Mazowsza funkcjonuje bowiem szereg klinik, instytutów, na Dolnym Śląsku – 338 zł, w świętokrzyskiej kasie – 335 zł, w podkarpackiej – 329 zł, w wielkopolskiej – 325 zł i śląskiej – 324 zł.

Jeżeli chodzi o POZ, to pomorska kasa chorych wydała ponad 121 zł na jednego ubezpieczonego, przy średniej dla systemu 88 zł, ale już w podlaskiej kasie chorych jest to tylko 64 zł, czyli prawie połowę mniej niż w kasie pomorskiej. Jeżeli chodzi o stomatologię, to śląska kasa chorych – ponad 41 zł, przy średniej 24 zł, a specjalistykę, to w mazowieckiej kasie chorych – 75 zł, przy średniej 49 zł.

I chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na jedną, bardzo ciekawą informację, jeżeli chodzi o koszty świadczeń zdrowotnych, koszty profilaktycznych programów zdrowotnych, finansowanych ze środków kas chorych, w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego na terenie danego województwa, na obszarze funkcjonowania kas chorych. Proszę państwa, otóż śląska kasa chorych wydała 14 zł i 40 gr na jednego ubezpieczonego na koszty profilaktycznych programów zdrowotnych, przy średniej 3 zł 30 gr na jednego ubezpieczonego, a podlaska kasa chorych wydała tylko 35 gr na jednego ubezpieczonego. I oczywiście można powiedzieć, jakie są tego przyczyny, ale

uwzględniając zasadę równego dostępu ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych, to te dane, które podałem, mogą budzić co najmniej zdziwienie. I jak się rozmawia z niektórymi dyrektorami kas, gdzie są te niskie wydatki na profilaktyczne programy zdrowotne, to oni odpowiadają wprost, zresztą myślę, że sami będą mogli się dziś wypowiedzieć, że nie mogli wydać na te programy, ponieważ z trudem wiązali koniec z końcem, ponieważ z trudem mogli zapewnić środki na podstawowe świadczenia zdrowotne na terenie danego województwa. Czyli praktycznie w jednym województwie szereg programów, mammografia i inne, jest realizowanych bez kolejek, a w innych województwach programy profilaktyczne są w zasadzie w ogóle nierealizowane.

I czy o to chodziło twórcom reformy, którzy ją wprowadzali 1 stycznia 1999 r.? Wydaje się, że nie. I właśnie w tym momencie chciałbym nawiązać jeszcze raz do zasady równego dostępu do świadczeń medycznych. Na podstawie tych danych i danych przekazanych państwu należy stwierdzić, iż pogłębiła się nierówność w dostępie do świadczeń zdrowotnych w wyniku trzech lat funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Fakty mówią same za siebie. Czym się bowiem różni mieszkaniec województwa podlaskiego od mieszkańca województwa mazowieckiego? Dziecko z jakiejś małej miejscowości na Podkarpaciu od dziecka w Warszawie? Nie da się do końca zrównoważyć tych spraw, nie o to też chodzi, ale wydaje się, że jest to zjawisko niepokojące. A wynika ono z tego, że właśnie 1 stycznia 1999 r. powstało siedemnaście kas chorych, które przyjęły własne, często nie wiadomo z czego wynikające, zasady kontraktowania. Jest to też wynik rozbuchanych, niczym niezrozumiałych kosztów administracyjnych. Chcę przypomnieć, że różnice w kosztach administracyjnych, od najniższych do najwyższych, kształtują się w stosunku jeden do trzech. I biorąc jeszcze pod uwagę dużą dowolność w dopływie środków do tych kas, co poprzednio wykazałem, to te kasy po prostu uprawiały siedemnaście niezależnych, często można to nazwać dosadniej, polityk zdrowotnych. I oto po trzech latach mamy do czynienia z sytuacją, kiedy w kraju nie ma jednolitego systemu opieki zdrowotnej. Różnice są znaczące i pogłębiła się nierówność w dostępie do usług medycznych.

Ja chcę jeszcze powiedzieć o jednej rzeczy, przechodząc do kontraktów i do zasady jawności. Jak państwo doskonale wiecie, przez dwa lata, praktycznie do początku 2001 r., pełnomocnik rządu do spraw wprowadzenia ubezpieczeń zdrowotnych interpretował prawo w ten sposób, że uznawał, iż finanse kas chorych nie należą do sektora finansów publicznych, że nie należy, nie można, bo to stanowi naruszenie tajemnicy handlowej, podawać cen jednostkowych kontraktów. Dziwna interpretacja, przecież są to środki z naszych składek, na pewno są to finanse publiczne. I dopiero nowelizacja z 20 lipca 2001 r. wprowadziła zasadę jawności kontraktów, jeżeli chodzi o kasy chorych. I od 27 września kasy chorych mają obowiązek zamieszczania na swoich stronach internetowych pełnej, kompleksowej informacji łącznie z ceną jednostkową na temat zawartych kontraktów. W zasadzie, biorąc poprawkę na to, iż niektóre kasy mają problemy z kontraktowaniem na 2002 r., mają opóźnienia, można powiedzieć, że po pewnych działaniach dyscyplinujących wszystkie kasy opublikowały dane o swoich kontraktach na 2002 r.

Urząd od początku mojego działania jako prezesa przyjął zasadę działania przy podniesionej kurtynie, my nie mamy żadnych tajemnic, przekazujemy pełne informacje o działalności urzędu, pełne informacje o działalności kas wszystkim zainteresowanym, a więc parlamentarzystom, samorządowcom, pracodawcom działającym w służbie zdrowia, samorządom zawodowym, związkom zawodowym. W związku z tym podjęliśmy

próbę, nie do końca może udać, porównania cen zawartych kontraktów. Wysłaliśmy pierwszą informację do kas chorych i natknęliśmy się na wręcz niesamowitą barierę. Otóż w żaden sposób nie można było porównać tych danych – różne zasady kontraktowania, te same świadczenia nazywane w różny sposób itp. Ja nie jestem lekarzem, więc jeżeli będzie potrzeba bardziej szczegółowego odniesienia się do tych kwestii, to może później w formie odpowiedzi na pytania pan prezes Tokarczyk szczegółowo się do tego ustosunkuje. Parę kas nawet, chcę to powiedzieć z pełną odpowiedzialnością, przekazało nam te dane tak, żebyśmy nie mogli w żaden sposób w nich się połapać. W związku z tym na spotkaniu z kasami chorych ustaliliśmy pewien, że tak powiem, zagregowany system, żeby można było przynajmniej te najważniejsze sprawy porównać. Z tym też był problem, bo pierwsze dane przesłane przez kasy chorych wzbudzały wiele naszych wątpliwości. Jednakże dzięki współdziałaniu, rozmawianiu, wspólnemu wyjaśnianiu udało się nam opublikować ten materiał. Jak powiedziałem na wstępie, gdybyśmy chcieli rzeczywiście bardzo dokładnie zbadać ceny kontraktów, musielibyśmy jeszcze trochę popracować. Będziemy nadal nad tym pracować i jeżeli będziemy mieli bardziej zbliżone, dokładniejsze informacje, to również wszystkim zainteresowanym będziemy czy to na naszych stronach internetowych, czy w formie elektronicznej przekazywać.

I cóż, proszę państwa, się okazało – oprócz tego, że, jak powiedziałem, jest kompletna dowolność, jeżeli chodzi o nazewnictwo? Każda kasa ma inne rodzaje umów, każda kasa w inny sposób kontraktuje, każda kasa w inny sposób rozlicza. A szczególnie problemy mają ci duzi świadczeniodawcy, którzy mają na przykład podpisane kontrakty ze wszystkimi kasami chorych. Naprawdę jest to droga przez mękę. I tak jak mówiłem, ta różnorodność nie jest niczym uzasadniona. A porównanie cen? Proszę państwa, przez to od początku wszyscy doznajemy szoku. Otóż w porównywalnych świadczeniach są wręcz kolosalne różnice. Jeszcze do zrozumienia są różnice między poszczególnymi kasami chorych, można bowiem powiedzieć, że inne koszty świadczeń mogą być w Warszawie, inne gdzieś tam na Podlasiu. Ale szokiem dla nas i czymś niezwykle trudnym do uzasadnienia – myślę, że obecni na spotkaniu dyrektorzy kas odniosą się do tego – są różnice w kontraktach, w tych samych rodzajach świadczeń występujących w poszczególnych województwach, w poszczególnych województwach – chcę z pełną odpowiedzialnością to podkreślić.

I chciałbym tu podać kilka takich najbardziej ciekawych przypadków. Myślę, że obecni na sali dyrektorzy kas do tych kwestii się odniosą i wyjaśnią sprawę tak znacznego zróżnicowania. Na przykład w chirurgii ogólnej w kasie pomorskiej, osobodzień, minimalna cena jednostkowa – 80 zł, maksymalna cena – 500 zł, różnica – 625%. W kasie wielkopolskiej, chirurgia ogólna, hospitalizowany do dwudziestu czterech godzin, minimalna cena – 330 zł, maksymalna cena – 1 tysiąc 650 zł, różnica – 471%. W kasie opolskiej porada złożona, minimalna cena – 17 zł, maksymalna – 90 zł. Poradnia okulistyczna, tu kilka przykładów. W śląskiej kasie chorych porada, minimalna cena jednostkowa – 13 zł, maksymalna cena – 60 zł, różnica – 480%. W małopolskiej kasie poradnia okulistyczna, ortodystyka, minimalna cena – 11 zł, maksymalna cena – 100 zł. I mógłbym jeszcze, państwo mają te dane, podać szereg różnych przypadków. Te dane szokują. Ja stoję na stanowisku, że na pewno nie należy stosować zasady równych cen, nie da się jej zastosować, bo różne są poziomy szpitali, różny jest personel, różne są stopnie referencyjne, ale występujące w tym zakresie różnice niczym racjonalnym nie dają się uzasadnić. Te dane wywołały szok na posiedzeniu Zarządu Związku Powiatów Polskich.

Wydaje mi się, że czas najwyższy podjąć działania w kierunku ujednoczenia reguł gry, jeżeli chodzi o kontraktowanie, jak również podjąć działania mające na celu uporządkowanie cen, by różnice w cenach nie były tak szokujące i żeby były one rzeczywiście czymś racjonalnym uzasadnione. Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych wspólnie z przedstawicielami kas chorych podjął działania mające na celu ujednoczenie zasad kontraktowania na 2003 r. Zostały powołane odpowiednie zespoły, chcemy do końca maja przygotować ogólne warunki umów, pewne jednolite zasady rozliczania z zachowaniem specyfiki poszczególnych świadczeń, mamy przygotować odpowiednie bloki tak, żeby konkurs ofert na 2003 r. mógł wystartować w czerwcu tego roku według pewnych jednolitych reguł gry. Do udziału w pracach nad tymi ogólnymi warunkami umów zaprosiliśmy przedstawicieli samorządów terytorialnych, zapraszamy też przedstawicieli samorządu zawodowego, zaprosimy również, ponieważ chcemy na początek przygotować wstępny materiał, przedstawicieli związków pracodawców i związków zawodowych działających w służbie zdrowia, po to właśnie, żeby te reguły kontraktowania, ujednoczone reguły gry, pewne zasady rozliczania obowiązujące w całym kraju były przygotowane przez wszystkich i żeby nie budziły zasadniczych kontrowersji. Myślę, że rozmawiając w formie dialogu, dojdziemy do konsensusu, by kontraktowanie na 2003 r. odbywało się przy otwartej kurtynie i według jednolitych, jasnych dla wszystkich reguł gry. Bo w tym zakresie, trzeba to powiedzieć, jest zdecydowanie najwięcej nieprawidłowości. Dziękuję państwu za uwagę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu prezesowi.

Zanim przejdziemy do pytań i dyskusji pań i panów senatorów, prosiłbym jeszcze w tej pierwszej części dyrektorów kas chorych, tych, którzy by chcieli, o zabranie głosu. Czy ktoś z państwa się zgłasza?

Pan dyrektor Idzikowski, proszę bardzo. Ja bym proponował takie wystąpienia kilkuminutowe, do dziesięciu minut.

Dyrektor Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych Sławomir Idzikowski:

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Goście!

Tak jak pan przewodniczący prosił, chciałem w imieniu dyrektorów kas chorych wyartykułować w kilku krótkich słowach pewne problemy, które częściowo oczywiście już zostały omówione i poruszone w wystąpieniu pana prezesa Żemojdy. Pewne elementy chcielibyśmy jeszcze, jako dyrektorzy kas chorych, zasygnalizować, podkreślić.

To, o czym nie było w dniu dzisiejszym mowy, a mianowicie element, który stał się dyskusyjny, przynajmniej w środowisku...

Przewodniczący Marek Balicki:

Ja przepraszam bardzo, pan dyrektor Idzikowski reprezentuje Mazowiecką Regionalną Kasę Chorych, jest jej dyrektorem. To informacja dla tych z państwa, którzy go nie znali. A skoro pan przedstawia stanowisko większej grupy dyrektorów, to czas może być trochę dłuższy.

Dyrektor Mazowieckiej Regionalnej Kasy Chorych Sławomir Idzikowski:

Panie Przewodniczący, będę się naprawdę streszczał.

Proszę państwa, składka została zamrożona na poziomie 7,75%. Chciałem zwrócić uwagę na jeden bardzo niebezpieczny element, który się w systemie wydarzył. Kasy chorych układają plany finansowe, pierwsza wersja takiego planu powstaje do 30 września roku poprzedniego. W związku z tym aktualnie istniejące plany finansowe, zatwierdzone przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, były zatwierdzane w oparciu o przewidywaną ośmioprocentową składkę. Składka została zamrożona, a kontrakty, czyli zakup usług, został dokonany w większości przypadków na poziomie 8%. I w przypadku mazowieckiej kasy chorych ten element powoduje deficyt w stosunku do zakupionych usług zaplanowanych o około 130 milionów zł.

Kolejnym elementem jest zmiana wskaźników makroekonomicznych, które pierwotnie były przekazywane przez ministra finansów do planu finansowego kas chorych. Aktualnie ustawy o budżecie zmieniły te wskaźniki i tak w przypadku mazowieckiej kasy chorych jest to kolejne 110 milionów zł zmniejszenia środków w porównaniu do pierwotnego planu finansowego.

Chciałbym tu uniknąć polemiki, czy 8% czy 7,75%, chcę tylko zasygnalizować problem – on dotyczy nie tylko kas chorych, ale przede wszystkim chodzi tu o ubezpieczonych i świadczeniodawców – deficytu w zaplanowanych i zakupionych środkach w stosunku do możliwości finansowych.

To, co oczywiście budzi olbrzymie kontrowersje, i pan profesor Żemojda to już podkreślał, to brak pełnej ewidencji ubezpieczonych i identyfikacji składki przez ZUS. Jest to, proszę państwa, bardzo poważny problem. 34% na dzień dzisiejszy ogromnej kwoty 28 miliardów zł jest w tym kraju niezidentyfikowane. Następuje rozdział w formie zaliczkowania i tu się zaczynają kłopoty, dlatego że ten mechanizm jest nieczytelny i żeby nie wiem, ile razy był poprawiany, budzi uzasadnione kontrowersje regionalne, budzi uzasadnione kontrowersje wśród kas chorych, świadczeniodawców, bo to się przekłada na cały system. Chciałem podkreślić, że tak ogromna ilość niezidentyfikowanej składki powoduje często niepotrzebne spory, napięcia i insynuacje o pewne manipulacje przy systemie.

Problemem jest również mechanizm wyrównania finansowego, tu pan prezes już to przedstawiał. W tej chwili ten mechanizm wyrównania jest skorygowany, ale nadal zgodnie z zasadą solidaryzmu społecznego kasy bogatsze oddają część swoich przychodów kasom biedniejszym. Ten element był do tej pory również niedoskonały i budził ogromne kontrowersje nie tylko wśród dyrektorów kas chorych, nie tylko wśród zarządów kas chorych, ale również wśród ubezpieczonych. Tyle, w skrócie, jeśli chodzi o element przychodów kas chorych.

I kilka słów na temat kosztów, skoro już mówimy o sytuacji finansowej. Podstawowa pozycja, dzisiaj to nie padło na sali, wydatkowania środków to leczenie szpitalne. Średnio 50% wydatków kas chorych idzie na leczenie szpitalne. I oczywiście jest to zrozumiałe, bo to jest najbardziej kosztochłonne, ale jest to również najbardziej wrażliwy społecznie sektor rynku usług medycznych. Proszę państwa – 50% wydatkowania, czyli ogromne pieniądze w skali systemu, w tym roku będzie to około 14 miliardów zł. Sytuacja zakładów opieki zdrowotnej, w tym szpitali, niestety się nie poprawia. Truizmem byłoby powtarzanie, że medycyna idzie naprzód, a postęp medycyny jest związany z kosztami. Tego oszukać się nie da. A widać w wielu regionach

kraju brak dogłębnej restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej, brak czytelnej sieci szpitali, brak gwarancji dla jednostek, niezbędnych dla zabezpieczenia tych specjalnie wrażliwych świadczeń medycznych, brak pewnego poziomu finansowania pozwalającego na utrzymanie danej placówki i na jej rozwój – dzisiaj w większości przypadków mamy do czynienia tylko z próbami przetrwania.

Kolejny element, druga pozycja, 20%, to są proszę państwa, leki. Nic na ten temat na tej sali nie było mówione, a właśnie 20% budżetu kas chorych średnio to są refundacje kosztów leków. I tu jest niezbędne czytelne działanie, nie wiem, interwencjonizm polityki państwa w kierunku refundacji, w kierunku polityki lekowej czy stworzenia czytelnych zasad tej polityki. Proszę państwa, wszędzie na świecie leki drożeją, co roku w każdym systemie dochodzi do wzrostu nakładów, ale średni wzrost nakładów w państwach, które posiadają politykę lekową, posiadają monitoring rynku leków, wynosi do 7%. W Polsce obserwujemy co roku wzrost kosztów refundacji leków przekraczający 20%. To jest bardzo niepokojące zjawisko, zwłaszcza że kasy chorych, mimo że ta pozycja jest tak ogromna i kosztochłonna – 20% budżetu, nie mają praktycznie możliwości regulowania tego rynku. Kasa chorych nie ordynuje leków, ordynuje świadczeniodawca, lekarz. Kasa chorych nie ustala listy leków refundowanych, nie ustala cen, jest tylko i wyłącznie płatnikiem i to płatnikiem, który płaci w oparciu o ustawę. Kasy chorych nie mają umów z aptekami, płacimy w oparciu o ustawę. I tu jest ten element, który, myślę, wymaga bardzo pilnego działania. Wiem, że Ministerstwo Zdrowia robi w tym kierunku bardzo istotne ruchy i one są bardzo oczekiwane ze strony kas chorych.

I na zakończenie chciałem dodać, że dyrektorzy kas chorych uznają, absolutnie, że dziś pilnego ujednoczenia wymaga różnorodność zasad kontraktowania, różnorodność słownictwa. Chcemy praktycznej realizacji art. 68 ustawy. Teraz mamy, my dyrektorzy, trudności, to znaczy, jeżeli zdefiniujemy problem, to mamy trudności w jego opisaniu, dlatego że już nam się słowniki rozeszły. I to jest tylko i wyłącznie przyczynek do tego, aby jak najszybciej ten system w sposób czytelny ujednoczyć. Kasy chorych są za tym. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu dyrektorowi Idzikowskiemu.

Zgłasza się dyrektor śląskiej kasy chorych pan doktor Sośnierz, proszę bardzo.

Dyrektor Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych Andrzej Sośnierz:

Szanowni Państwo, pan dyrektor Idzikowski przedstawił stanowisko części kas chorych. Stanowisko kas chorych nie jest do końca jednolite, zresztą tutaj pan prezes sam powiedział, że jest to siedemnaście polityk zdrowotnych, ale ja bym to poszerzył, jest kilkaset polityk samorządowych w Polsce. To jest kwestia tego, jak ma być urządzone państwo. Czy w państwie ma być wszystko jednolite? Czy w państwie ma być jednak pewne zróżnicowanie, mają być różnego rodzaju przedsięwzięcia? Każdy samorząd terytorialny prowadzi własną politykę na swoim terenie i jakoś nikogo to nie oburza, nikt nie próbuje tego stanu zmienić. Ostatecznie samorządność jest jedną z fundamentalnych cech tego państwa. Wydaje się więc, że nie jest to aż tak naganna zasada, którą należałoby tutaj bulwersować publiczność.

Jest to kolejne wystąpienie prezesa – mieliśmy szansę go wysłuchać już w różnych gremiach – w którym brakuje jednego. Prezes urzędu nadzoru słusznie bowiem pokazuje różnego rodzaju dane, ale prawie nigdy nie podaje interpretacji, a szczególnie nie podaje pogłębionych analiz przyczyn omawianych zjawisk. Mówi się, że kasy są zadłużone, i uznaje się, że to jest choroba systemu. A być może to kasa zawiniła, że jest zadłużona? Ja mógłbym wskazać kilka kas chorych, które ewidentnie w sposób świadomy weszły w problemy finansowe. Jedna, tutaj wymieniona wcześniej jako taka bardzo pokrzywdzona, w roku 2000 zrobiła pewien ruch, który spowodował konsekwencje finansowe w kolejnych latach. Przedstawiając informację już na pewnym wyższym szczeblu, należy nie tylko powiedzieć, że jest zadłużenie, ale trzeba także wyjaśnić, dlaczego tak jest.

Mówiąc, że niektóre kasy chorych są w dobrej sytuacji finansowej, podaje się proste wytłumaczenie, że pewnie dostali za dużo pieniędzy. No i to wszystko tłumaczy. A nie daj Boże, jeśli dyrektor kasy mieszka blisko byłego ministra, to już wszystko jest tak jasne i oczywiste, że już nie można innego wytłumaczenia dopuścić do świadomości. A to nie jest tak, bo jednak są pewne inne powody takiego stanu rzeczy. Jestem państwu w stanie podać przykłady, choć nie chciałbym wymieniać kas z imienia, ale jeśli ktoś będzie chciał, potrafię państwu wytłumaczyć, dlaczego niektóre kasy się zadłużyły i dlaczego niektóre nie. Tego brakuje w informacji prezesa.

Podobnie jest z przedstawioną informacją o cenach. Strasznie bulwersują te ceny, pokazuje się na przykład, że 100 zł – kłykciny kończyste w jednym zakładzie, w śląskiej kasie chorych, i 1 tysiąc zł w innym zakładzie. I oczywiście afery, nic tylko o tym pisać. Ale w tym pierwszym zakładzie, to po prostu jest lapisowanie tych kłykcin kończystych, można pomyśleć czy nie za dużo, czy to nie powinny być jeszcze tańsze, a w drugim zakładzie jest to operacja plastyczna związana z wadami, z wycięciem tych kłykcin, czasem z plastyką odbytu, z różnymi problemami, które się z tym wiążą, na przykład z całą plastyką krocza. I oczywiście wszystko jest wtedy jasne. Tutaj aż może za mało 1 tysiąc zł na tę plastykę, a tam może za dużo złotych na to lapisowanie. Jeszcze być może różnica powinna być większa.

Więc jeśli pokazuje się tak fragmentaryczne informacje, to jest to dezinformowanie opinii publicznej, można powiedzieć, dlatego że państwo nie macie żadnych szans ocenić racjonalności tego typu zachowań w kasach chorych. Być może trzeba po prostu epatować opinię publiczną i poruszać takimi różnicami. Pan prezes nie jest lekarzem, więc to oczywiste, że nie musi się na tym znać, ale zanim przedstawia taką informację, powinien sięgnąć do dokładniejszych informacji.

Porada okulistyczna – też tutaj przedstawiono, że gdzieś tam kosztuje 19 zł, a gdzieś 13 zł czy nawet 60 zł. 13 zł jest w poradni, w której nie ma nic, a 60 zł w klinice okulistycznej pani profesor Gierkowej. No i co? I z afery zrobiło się nic. Więc jednak takie fragmentaryczne przedstawienie nie daje pełnej informacji.

Również jest kwestia zaliczek i stawek przekazywanych na ubezpieczonego. Proszę państwa, wystarczy tylko zmienić odpowiednio liczbę ubezpieczonych w kasie i całe te wykresy będą zupełnie inaczej wyglądały. Jeżeli podzieli się budżet kasy śląskiej przez pomniejszoną sztucznie liczbę ubezpieczonych, którą uznaliście w tej chwili za obiektywną – wyszła jakaś tam z rachunków MSWiA, w których popełniono błędy, to też jesteśmy w stanie wykazać – to wtedy mianownik jest mały i wychodzi nam więcej. Jeżeli się innej kasie doliczy ubezpieczonych, to wyjdzie im mniej – to jest

oczywiste. Te dane trzeba pokazać relatywnie, trzeba pokazać, z czego to wyszło. Te dane są tylko jedną z możliwych interpretacji stanu rzeczy. Jedną z możliwych, nie mówię nieprawdą czy nieopartą na faktach. Na pewno nie jedyną możliwą i najprawdopodobniej nie najprawdziwszą z możliwych. Mówię o tym, co uzyskano, dzieląc przez liczbę ubezpieczonych. Uznano potem, że już wszystko jest jasne i wszystko ma swoje dalsze konsekwencje.

Jest również kwestia przekazywanych zaliczek ZUS. Po raz kolejny, tu już bardziej wybiegam w przyszłość, mamy tutaj do czynienia z różnymi, jak się okazuje, podziałami tych zaliczek. W tej chwili przygotowywana jest kolejna korekta tego rozporządzenia, która znów zmienia ten system. Najgorsze co w systemie się wydarzyło, to ciągle próby ręcznego manipulowania pieniędzmi. Ilekroć udawało się system utrzymać według zasad, które były zapisane w ustawach lub w rozporządzeniach, tylekroć te reguły się broniły. A ilekroć próbowano ręcznie zmanipulować, coś oszukać, coś dopisać albo przełożyć pieniądze z kasy do kasy, tylekroć pojawiały się problemy w kasach chorych. Tym sposobem burzy się system i jego logika. Najbardziej niebezpieczne dla systemu jest ręczne sterowanie pieniędzmi w celu poprawienia w jakiejś kasie sytuacji lub w innej kasie sytuacji pogorszenia. To od razu otwiera niekończącą się skłonność do przesuwania pieniędzy między kasami chorych, dowolnie, uznaniowo, według zasady przyjaznej lub też nieprzyjaznej kasy chorych, bogatej lub też biednej, bardziej miłej prezesowi czy ministrowi lub miłej mniej. To są bardzo niebezpieczne zjawiska, które nie mają końca i które destabilizują system.

Można by niejednokrotnie w ten sposób podsumować dotychczasowe kłopoty kasowe, ja to krótko przedstawiłem, ustosunkowując się do wypowiedzi przedmówców. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję panu dyrektorowi.

Pan dyrektor Kukurba, dyrektor kasy małopolskiej, proszę bardzo.

Dyrektor Małopolskiej Regionalnej Kasy Chorych Jacek Kukurba:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja nie będę się odnosił do wyrównań finansowych i do przychodów, chciałbym uzupełnić wypowiedź pana prezesa oraz wypowiedzi pana dyrektora Idzikowskiego i pana dyrektora Sośnierza o parę zjawisk, które tak jakby pozostały nie do końca sprecyzowane.

Przede wszystkim problem jest taki, że kogoś uważa się za grzesznika, ponieważ ma płynność finansową od samego początku, potrafił w pewien sposób zdyscyplinować rynek świadczeń oraz zapewnić stabilizację świadczeniodawcom i to nie poprzez coroczne tworzenie konkursów ofert, ale przez zawieranie kontraktów otwartych, czyli zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która daje taką możliwość. Skoro my, jako kasy, jesteśmy zobowiązani przedstawić trzyletni plan przychodów ze składek, to i nasi świadczeniodawcy, a więc dyrektorzy szpitali, zgodnie z ustawą o finansach publicznych, jak również zgodnie z wcześniej obowiązującymi przepisami dotyczącymi korzystania ze środków publicznych, powinni takie plany nam przedstawiać, a więc pokazać, jak widzą wraz ze swoimi organami założycielskimi rozwój, planowanie, przyszłość funkcjonowania placówek służby zdrowia.

Również nie wszystko powiedziano na temat przychodów, planów finansowych. Proszę państwa, plany finansowe są u nas kosztowe. A co to znaczy? My robimy plan finansowy na podstawie zawartych świadczeń w roku poprzednim, w związku z czym nigdy nie potrafimy przewidzieć, czy zamkniemy, co jest naszym obowiązkiem, plan finansowy, czyli czy wydatki i dochody wyjdą na zero, czy zbilansujemy przychody z kosztami. I na przykład, jeżeli było określone w 1999 r., że przychody przekraczają wydatki, czyli koszty o 0,22%, w Małopolskiej Kasie Chorych stanowiło to 5 milionów 600 tysięcy zł, to jest żaden przychód. W 2000 r. było to już jednak 33 miliony zł. Dlaczego o tym mówię? Bo nie zostało powiedziane, że każdy przychód, który zostaje w ramach bilansu przeniesiony na rok następny, stanowi przychód i może być wydany tylko i wyłącznie na świadczenia zdrowotne. To jest bardzo ważne. To nie są pieniądze, które ktoś schował do kieszeni. Chodzi więc o zwiększanie przychodu, a tego nie można precyzyjnie co do złotówki zaplanować przy takich kwotach – ja przecież operuję budżetem prawie dwumiliardowym – i przy takiej działalności takiej instytucji.

Problem pozostaje jeszcze taki. Dlaczego w kasach są lokaty? Ja bardzo często spotykam się z zarzutami, że kasy lokują pieniądze. Tak, lokują pieniądze. I bardzo dobrze. A co to znaczy, że lokują? Poza funduszem rezerwowym, który jest kapitalizowany, a wynika to z ustawy, my to musimy robić, bo odsetki z tego tytułu idą na świadczenia zdrowotne. Są to krótkie lokaty i ponieważ pomiędzy wpływem na konto a wypływem środków finansowych z konta są dwa, trzy, cztery dni, to my lokujemy pieniądze i mamy z tego tytułu dodatkowy przychód. Ten przychód może być przeznaczony tylko na świadczenia zdrowotne. Inaczej jest w przypadku budżetu państwa, który lokuje pieniądze w Narodowym Banku Polskim i nie ma z tego tytułu żadnych dodatkowych przychodów. A więc są to lokaty, które powiększają środki wydatkowane na świadczenia zdrowotne, czyli po prostu pieniędzy na te świadczenia jest więcej.

Dlaczego nie była do końca wyjaśniona sprawa – myślę, że przynajmniej kilku dyrektorów się ze mną zgodzi – programów zdrowotnych. Proszę państwa, dzisiaj się mówi potocznie o programach profilaktyki zdrowotnej. Na przykład w programie profilaktyki zdrowotnej, o ile mnie pamięć nie myli, nawet nie ma, no może jest niecałe 2%, małopolskiej kasy chorych. Mówię o tym, co nazywa się profilaktyką zdrowotną, ale są jeszcze programy zdrowotne, które w porozumieniu z niektórymi instytucjami my prowadzimy. I to nie jest profilaktyka. To jest między innymi program zdrowotny w zakresie żółtaczki wirusowej typu B i C, program interferonowy, program wczesnej interwencji kardiologicznej, to jest szereg programów prowadzonych w instytucjach bądź w akademii medycznej. I teraz jest pytanie: czy to są programy profilaktyki? Nie, to są programy zdrowotne. My uzupełniamy to, z czego pan minister zdrowia, poprzedni i aktualny, się wycofuje. My dzisiaj finansujemy szczepienie stu pięćdziesięciu tysięcy dzieci, to się znalazło w rozporządzeniu ministra zdrowia, ale chociaż tę tak zwaną wyszczepialność żółtaczki B można nazwać profilaktyką, to i tak to jest normalny program zdrowotny.

Już tutaj dyrektor Sośnierz mówił o nierówności w kontraktowaniu świadczeń. No niestety, ta nierówność będzie. Dlaczego? Dlatego, że nam w 1999 r. pozostawiono infrastrukturę, która była zadłużona, w mniejszym lub większym stopniu. My nie chcemy dzisiaj na ten temat rozmawiać, bo nie ma takiej potrzeby, a jeżeli będzie taka potrzeba, to proponuję zrobić takie spotkanie i przyjrzeć się temu. Ale jeżeli sięgamy do bilansu zysków i strat placówek i ja widzę, że instytucja pokazuje straty w bilansie w wysokości 150 tysięcy zł, a mówi prawdę, że ma stratę, to myślę, że przecież w in-

stytucie nawet 1 milion zł nie jest stratą. I czasem widzę w bilansie, że w październiku, listopadzie i grudniu pan dyrektor instytutu wzmógł zakupy w zakresie leków, środków sanitarnych, środków żywności, inwestycji itd., czyli przeniósł swoją nadwyżkę w zapasach na rok następny. To wszystko jest prawdą, ale trzeba, że tak powiem, dochodzić pewnych racji, wyjaśniać pewne sprawy w oparciu o konkretne rachunki. Na podstawie zwykłych sprawozdań F-01, które każda placówka przekazuje, można prześledzić, jak środki publiczne w tych placówkach są wydatkowane. A wszystkie wypowiedzi wskazują, że kasy są złe. A są kasy, które potrafiły sobie z tym poradzić, i są kasy, które, przepraszam, nie potrafiły sobie z tym poradzić. To również jest problem. Ale nie można powiedzieć, że ci, co nie mają długu, są źli, a ci, co mają dług, to dobrze gospodarzą, bo tak było przez pięćdziesiąt lat, że pod koniec roku budżetowego zawsze pojawiał się dług, za który płaciło państwo.

Co dalej? Dalej jest kwestia uregulowania polityki lekowej, ale o tym już mówił wcześniej pan dyrektor Idzikowski. Ja pozwolę sobie jeszcze poddać państwu pod rozwagę takie pytanie: czy lepiej jest zdefiniować wszystkich mieszkańców za pomocą karty ubezpieczenia, do czego nas zmusza ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, nas jako kasy, czy na przykład lepiej czekać kolejny i kolejny rok, aż ZUS przekaże nam kartę, zdefiniuje nam ubezpieczonych? Uważam, że dzisiaj, kiedy płacimy podwójnie i potrójnie w związku z tym, że nie mamy bazy, to stworzenie bazy mieszkańców i zidentyfikowanie drogi, którą, że tak powiem, idzie mieszkaniec, niezależnie czy jest ubezpieczony, czy nie, już da duże oszczędności z tytułu niepłacenia podwójnie bądź potrójnie u świadczeniodawców. Bo to nie jest tak, że tylko jedna kasa płaci. Płaci cały system, ponieważ mieszkańcy poruszają się po całej Polsce, a dostępność do świadczeń jest zagwarantowana ustawowo. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu dyrektorowi.

Czy jeszcze ktoś z dyrektorów kas chorych chciałby zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń.

Zapytam więc Ministerstwo Zdrowia: czy pani minister chciałaby zabrać głos?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wacława Wojtala: Nie, na razie dziękuję.)

Dziękuję bardzo.

Zanim przejdziemy do pytań, może pan prezes Żemojda chciałby krótko się ustosunkować?

Proszę bardzo, pan wiceprezes.

Wiceprezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych Maciej Tokarczyk:

Panie Przewodniczący! Szanowna Komisjo! Szanowni Goście!

Oczywiście, ta dyskusja jest bardzo ciekawa, ponieważ o podobnych sprawach, o tym materiale rozmawiamy już w kilku gronach i ta dyskusja pomiędzy urzędem nadzoru a kolejnymi gronami osób, czy to parlamentem czy samorządem, w pewnym sensie dojrzewa, ale pewne rzeczy, że tak powiem nie dojrzewają. Z jednej strony my mówimy o tym, że te dane staramy się przekazać w pełnym zakresie i dla wszystkich chętnych, choć oczywiście prezentacja pana prezesa obejmuje tylko pewien zakres da-

nych. Ale wszelkie dane są dostępne w całości i zakładamy, podobnie jak na spotkaniach w Sejmie i w samorządzie, że komentarz dotyczący danych może pozostać w rękach każdego, kto zechce. Czyli w każdych grupach mogą być powoływani eksperci, którzy mogą te dane interpretować w dowolny sposób. Z drugiej strony, pan dyrektor Sośnierz zawsze przedstawia takie stanowisko, że dane są bardzo wątpliwe i należy o nich dyskutować. Ja też bym mógł pokazać parę oddzielnych danych, które też są dla państwa dostępne, a które pokazywałyby pewne rzeczy. Dotychczas zaś było tak, że dane były w rękach niewielu i oczywiście wszyscy pozostali musieli wysłuchiwać, tak jak dzisiaj, głosów mądrzejszych i albo się z tym godzić, albo nie, zależnie od tego, do jakiego zdania byli bardziej przekonani. My chcemy dane przekazywać w jak najszerszym zakresie wszystkim zainteresowanym, by po prostu wnioski wynikające z tych danych pozostawały w rękach tych, którzy je wysnują.

Ja bym chciał pokazać kilka rzeczy, oddzielonych od tej tak zwanej kapitaacji, o której mówimy, bo mówimy o ZUS, o kapitaacji, o biednych i bogatych kasach, wiedząc o tym, że tak naprawdę mówimy o pewnej wspólnej biedzie ochrony zdrowia. Mówiąc jednak o bogatszych, ja postaram się w kilku dosłownie słowach pokazać, w czym jest rzecz. Proszę państwa, mamy do czynienia po prostu z bardzo różnymi instytucjami. Przede wszystkim, proszę państwa, istnieje problem poparcia. Jedne kasy chorych w tej chwili mają przeszło cztery i pół miliona...

(Głos z sali: Ubezpieczonych.)

...ubezpieczonych, przepraszam, ale mamy też do czynienia z kasami, które obejmują swoją opieką poniżej miliona ubezpieczonych. I oczywiście są to całkowicie inne sytuacje finansowe, inne instytucje i w inny sposób trzeba podchodzić do zadłużenia, do funkcjonowania tych instytucji. Wszyscy dyrektorzy kas chorych i wszyscy ci, którzy się zajmowali w jakiś sposób finansami, zdają sobie sprawę, że jest to zupełnie inna sytuacja i dotyczy innych jednostek.

Drugi slajd przedstawia niejako w miliardach złotych sytuację finansową tych jednostek. Tam była liczba populacji objętej opieką, a tu widzimy, że są z jednej strony małe kasy, gdzie roczny budżet mieści się w około pół miliardach złotych i z drugiej strony bardzo duże instytucje finansowe, gdzie budżet sięga 4 miliardów zł. Oczywiście w żaden sposób nie jest to porównywalne. Cóż mówić o gospodarności tego, co miało 4 miliardy zł, a co mówić o gospodarności tego, który musiał zapewnić, zgodnie z konstytucją i ustawą o PUZ, te same świadczenia w zupełnie innym województwie, w innej skali?

Proszę państwa, mamy na przykład wyniki dwóch kas – zupełnie abstrahując od nazwy, bo materiał pochodzi z jednej z pierwszych prezentacji. Widzimy tu stan lokat w dwóch kasach, od roku 1999 praktycznie do roku 2001. I widzimy akurat dużą kasę, już nieważne jaką, to jest tu przedstawione jako niebieska krzywa, i małą kasę, w której stan lokat był poniżej zera, był to raczej debet niż nadwyżka. Ale coż tu mówić o gospodarności, kiedy ta kasa przejęła taką strukturę, jaką przejęła, i jeszcze w 1999 r. nie zdążyła doprowadzić do jakiegokolwiek narastającej niegospodarności. Jakże więc porównywać te dwie instytucje finansowe?

Kolejny przykład, proszę państwa, to te wykresy, które przeszły może niezauważone. Pierwszy słupek, w niektórych kasach najwyższy, w niektórych kasach najniższy, to jest udział procentowy w roku 1999. Całość pieniędzy na ochronę zdrowia to jest 100%, a tu mamy udział procentowy wymienionej kasy w całości środków, czyli

niezależnie od liczby ubezpieczonych czy od konkretnej gotówki. I widzimy, proszę państwa, coś, z czym trudno dyskutować. W miarę kolejnych rozporządzeń to się zmienia. W niektórych kasach widoczny jest trend wyraźnie spadkowy, czyli udział z roku na rok tej kasy w całości pieniędzy w ochronie zdrowia był coraz mniejszy, a w innych kasach, szczególnie w dużych, typu mazowiecka czy śląska, widzimy, że ten udział procentowy wzrastał, oczywiście biorąc pod uwagę globalną kwotę pieniędzy, niezależną od tego, czy było tych pieniędzy mniej czy więcej.

Proszę państwa, mamy tu graf i widzimy dwie kasy, przykładowo wybrane, nieważne jakie, w których udział procentowy od 12,5% rośnie do 14,9%, i kolejne kasy, w których od 5,5% maleje na przykład do 3%. To też świadczy o tym, że mamy do czynienia z zupełnie różnymi instytucjami, a abstrahuje się tu od liczby ubezpieczonych i od globalnych kwot.

Na przykład tu mamy coś, co jest szacunkiem i dotyczy roku bieżącego. Widzimy, proszę państwa, szarą krzywą, która odnosi się do pewnej średniej krajowej, niezależnie od tego, ilu jest ubezpieczonych w różnych kasach. Oczywiście, jeśli państwo weźmiecie wszystkie dane i będziecie podstawiali je w dowolny sposób, to my jesteśmy za taką dyskusją. My przedstawiamy dane, zgodnie z obowiązującymi rozporządzeniami, takie, jakie są, z liczbą ludności przyjętą zgodnie z obowiązującym prawem, która pochodziła z badań z czerwca roku ubiegłego, była przyjęta przez poprzedni rząd we wrześniu i obowiązuje w roku bieżącym, choć toczą się sprawy w NSA. I państwo widzicie, że ta szara krzywa, średnia ma się w tej chwili nijak do czegokolwiek. Są pewne kasy, które sytuują się powyżej tej średniej, w tym przypadku są to trzy kasy, a wszystkie pozostałe sytuują się poniżej. Gdyby dokładnie się temu przyjrzeć, to wśród tych poniżej są przynajmniej dwa poziomy gradacji. Cóż więc mówić o gospodarności. Jest więcej lub jest mniej. Oczywiście jakiegokolwiek mówienie o czymkolwiek z wyłączeniem tych danych nie ma żadnego sensu.

Kolejny ciekawy przykład dotyczy roku 2000 i te dane są niezależne od liczby populacji. Są to kwoty globalne, znowuż są te miliardy złotych, które wpłynęły do poszczególnych kas chorych, i obok są kwoty, które zostały wydane. Czyli mamy rok 2000, kwotę, która wpłynęła, i kwotę, która została wydana. I oczywiście widzimy wynik dodatni w tym roku, bo skoro wydano mniej niż posiadano, to oczywiście wynik jest dodatni. Innym skrajnym przypadkiem jest kasa lubelska, gdzie, jak widzimy, mniej pieniędzy wpłynęło, a więcej wydano i jest ujemny wynik finansowy. Oczywiście, można się zastanawiać, czy tam wydano więcej dlatego, że takie były małe lokaty, o tym, co było przyczyną, trzeba jednak dyskutować. Ale jest jeszcze cały szereg kas, w których, widzicie państwo, mniej wpłynęło, więcej wydano, a nie ma ujemnego wyniku finansowego. I w tym przypadku raczej skłonny byłbym mówić o gospodarności, a nie tam, gdzie mniej środków wydano, niż posiadano.

Proszę państwa, mamy tu jeszcze na przykład takie dane, oczywiście są to dane szacunkowe, bo kasy renegotjowały umowy jeszcze w pełnej końcówce roku, plany finansowe są zmieniane, pewne stare rachunki, które wpłynęły, są jeszcze opłacane, stąd szacunkowość tych danych do momentu przyjęcia przez biegłych, i widzimy, że znowuż średnia kosztów świadczeń zdrowotnych w roku 2001, w złotówkach, ma się nijak do... No średnia, powiedzmy, akurat kasa pomorska mieści się około średniej, choć jest tam jeszcze wiele rachunków, które są zakwestionowane i istotnie na to wpłyną. I widzimy tu rozbieżność. Jest na przykład wydanych 610 zł – to nie jest tak, że te pieniądze były

i ktoś był niegospodarny i ich nie wydał, po prostu zostały wydane czy spowodowały ujemny wynik finansowy, a może inne czynniki to spowodowały – na jednego ubezpieczonego na terenie województwa, w klinikach, na różne właśnie programy. Ale mamy na przykład 610 zł tu i 747 zł tam. Oczywiście trzeba pamiętać, że toczą się sprawy w NSA, bo to jest patologia, niewynikająca z dzisiejszej prezentacji danych przez UNUZ, że od kilku lat nie możemy dojść do tego, ilu jest w kasach ubezpieczonych, że wahania roczne sięgają czterystu tysięcy ubezpieczonych i to, o dziwo, tylko w kilku kasach.

Pozwolę sobie pokazać jeszcze jeden materiał, który legł u podstaw tego, o czym mówimy, czyli że nie wiemy, ilu jest ubezpieczonych. Proszę państwa, to jest materiał, na podstawie którego wyliczano wyrównanie finansowe. I według danych z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych ubezpieczonych w Polsce, w momencie wyliczania, było dwadzieścia dziewięć milionów ludzi. Tak, około dwudziestu dziewięciu milionów ludzi, to było potwierdzone, tylu miało być ubezpieczonych. Wynikałoby z tego, że dziesięć milionów ludzi jest nieubezpieczonych. Ale, proszę państwa, weźmy kolejne dane, według GUS, z nich wynika, że w tym samym czasie było trzydzieści osiem milionów sześćset ludzi. Kolejne dane wynikają z list aktywnych lekarzy rodzinnych i tu mamy liczbę trzydzieści sześć milionów czterysta pięćdziesiąt cztery. Kolejne dane po dodaniu tych, którzy byli na listach aktywnych lekarzy rodzinnych, i tych, którzy występowali w KRUZ i ZUS, no i raptem mamy przeszło trzydzieści dziewięć milionów, czyli więcej niż nas było w kraju. Oczywiście, jeśli wejdziecie na strony internetowe pewnej firmy, która próbowała z dziewięciu kas bodajże zebrać numery PESEL, to się okazało, że rekordzista był jednocześnie zapisany w pięciu kasach chorych. No niestety, nie wszystkie kasy przekazały czy znalazły sposób, żeby przekazać numery PESEL swoich ubezpieczonych w jedno miejsce. MSWiA weryfikowało tylko i wyłącznie wewnętrzną strukturę ubezpieczonych, czyli to, czy nie powtarzają się, czy nie ma osób zmarłych bądź tych, które wyjechały poza kraj w ramach jednej kasy. Ale nie było porównania pomiędzy kasami chorych. I cóż mówić o tym, czy jest ich mniej, czy więcej. To jest praca do wykonania i to dość prosta praca do wykonania, tylko po prostu nie zbierano tych danych, podobnie jak z zadłużeniem.

I jeszcze jedna bardzo ciekawa rzecz, o której długo można by mówić, chodzi mianowicie o ten szacunek składki. Ten zielony poziom, który widzimy, to szacunkowa, oczekiwana składka, która wpłynie w kolejnych latach. A te czerwone piki, proszę państwa, oznaczają pieniądze, które rzeczywiście wpłynęły. Widzimy, że w jednych miesiącach jest poniżej szacunków, w innych jest powyżej. Nikt nie jest w stanie oszacować, jaka jest należna składka, do kogo powinna wpływać. Widzimy, że w grudniu roku minionego, a praktycznie w ostatnich dniach grudnia i pierwszych dniach stycznia, wtedy kiedy składkę przypisuje się jeszcze do roku minionego, wpłynęło 447 milionów zł do systemu i oczywiście mamy wówczas dodatni wynik finansowy. A kto potrafi pieniądze za rok ubiegły, które wpłyną na przykład 3 stycznia, wydać jeszcze w roku poprzednim? Raczej to jest niemożliwe. 447 milionów zł są to pieniądze, które budżet wpłacił za nieubezpieczonych bez prawa do zasiłku. Gdyby czytać prawo wprost, to przez pół roku, bo od lipca były te zaległości, bezrobotni bez prawa do zasiłku byli po prostu nieubezpieczeni na zdrowie. Gdyby wprowadzać te karty i szczegółowo je kontrolować, to nie byłoby leczenia, bo nie byli osobami ubezpieczonymi. Co więcej, przez kilka kolejnych lat wszystkie kobiety na zasiłku wychowawczym były nieubezpieczone po prostu zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym.

Proszę państwa, to, co mówił pan dyrektor Idzikowski, to jest rzecz istotna. Widzicie na wykresie te wahania. Na niebiesko oznaczony jest szacunek, a na czerwono to, co się wydarzyło w systemie. Oczywiście przyjęto to, o czym państwo wiecie, wszyscy w tym uczestniczyliśmy, w październiku kasy chorych musiały zawierać umowy i podpisały te umowy, finalizując je w grudniu, listopadzie, z wyłączeniem pewnych kas, które, powiedzmy, źle to prowadziły, powstały spory i nie zostały umowy zawarte. I patrzcie państwo, szacowano w Ministerstwie Zdrowia w październiku, że spływ składki troszkę musi się zaostriżyć i będzie na poziomie 27 miliardów 725 milionów zł, to kolejna prognoza, pochodząca z 13 grudnia, to już jest po zmianach okołobudżetowych, po zachowaniu składki na poziomie 7,75%, tu są dwie składki 7,75%. Pewne zmiany okołobudżetowe, pewne wpływy, a to związane z opłacaniem składek za osoby bezrobotne i inne osoby, za które budżet wypłaca, spowodowały to, że powstała różnica blisko 1 miliarda 100 milionów zł. Ale popatrzcie państwo, ubyło średnio 96 milionów zł. Ale popatrzcie, u niektórych ubyło 94 milionów zł, znaczy niejako pozostało 94 milionów zł, u niektórych 97 milionów zł. A my się zastanawiamy, czy to są dobre wyniki czy złe. Planowano niby na tej samej podstawie. Tu oczywiście są setki milionów złotych, ale, proszę państwa, dla małej kasy, jak przed chwilą widzieliście, 20 milionów zł to jest o wiele więcej niż 200 milionów zł dla kasy dużej. To są zupełnie inne, nieporównywalne instytucje. Powinna być omawiana osobno grupa dyrektorów małych kas i dużych kas, bo są to całkowicie nieporównywalne instytucje. Proszę państwa, oczywiście stało się tak, że wszyscy stracili – wyraźnie to widzimy. I gdzie jest ta równość, skoro wszyscy według tej samej prognozy kontraktowali, a potem okazało się, że wszyscy stracili, niektórzy o cztery punkty procentowe więcej niż inni. Czyba to ma jakieś istotne znaczenie?

I, proszę państwa, ZUS – to już jeden z ostatnich materiałów – dane na temat ZUS możemy przedstawić szczegółowo. Jeśli ktoś chce, to niech ma dostęp do pełnych danych, niech ta dyskusja dotyczy rzeczy merytorycznych, oczywiście nie w szerokim gronie, ale już potem w gronie ekspertów. Mamy tu trzy kwartały roku 2001 i popatrzcie co się dzieje – średnio w kraju było zidentyfikowanych 66% pieniędzy, czyli system był ubezpieczeniowy naprawdę w 66%, a w blisko 34% system ten był budżetowy, czyli był dzielony według rozporządzenia ministra zdrowia i zaliczek tam funkcjonujących. Godzimy się na to, że system jest ubezpieczeniowy. Jeden mieszkaniec ulicy, pan Kowalski jest w systemie ubezpieczeniowym z indywidualnym kontem i my musimy podać, ile mu wpłynęło na to konto, ile wydano, a drugi mieszkaniec tego samego miasta, w tej samej kasie ubezpieczony... Tak, to jest 30% tych osób, a w niektórych kasach, w kasie opolskiej na przykład, 50% osób było zidentyfikowanych, a drugie 50% było niezidentyfikowanych. Na początku roku ZUS identyfikował czterdzieści parę procent ubezpieczonych, czyli można powiedzieć, że w pierwszym kwartale roku 2001 system ubezpieczeniowy był w 40% przypadków, a w 60% przypadków był to system budżetowy dzielony na podstawie zaliczek, których nikt nigdy nie zweryfikował. Możemy podzielić jakoś zaliczki i powiedzieć, że ZUS kiedyś zidentyfikuje tych ludzi i po zidentyfikowaniu te pieniądze w końcu trafiają do tego, do kogo miały należeć zgodnie z ubezpieczeniem. Ale wiemy, że nigdy one nie trafiają, bo ZUS nie zidentyfikuje tego wstecz i tam, gdzie zaliczki zostały skierowane, tam te pieniądze pozostaną. A widzieliście państwo te różnice w tych zaliczkach, choćby z tych danych już skomasowanych, jedni zyskiwali, znaczy pozostawało im 97% pieniędzy, których się spodziewali, a innym na przykład 94%.

No i jeszcze to, co jest bardzo niedoskonałe, czyli kwestia wyniku finansowego, gospodarności. Niech ktoś mi odpowie z dyrektorów kas, ten, który miał dodatnie wyniki finansowe w kolejnych latach, czy to, że gdzieś, na przykład na Dolnym Śląsku był... Linia ciągła czerwona to jest wynik finansowy kasy chorych w roku 1999, linia niebieska to jest wynik finansowy kasy chorych w roku 2000. Takie dane są, były zbierane przez GUS, a niestety, to jest błąd systemu, nikt nie zbierał danych o zadłużeniu. To są dane F-01 na koniec roku i to są dane zbierane przez Główny Urząd Statystyczny, więc o jakości tych danych, jeśli chodzi o kwestię finansową, bo są one zbierane raz do roku, dużo by należało rozmawiać.

Ale widzicie państwo, że w niektórych kasach chorych sytuacja finansowa się poprawiała, jeśli była bardzo ujemna, to jest troszkę mniej ujemna. I to jest sytuacja prawidłowa i nie chodzi o to, że kasa zrobiła jakieś ruchy, tylko po prostu ustawa o finansach publicznych zmusza kasę do tego, że ta generalnie nie może generować ujemnych wyników finansowych. Takie jest prawo, trzeba go przestrzegać. W przypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej widzimy, że gdzieś się sytuacja pogarsza, na przykład na Śląsku. Mówiliśmy o tym, nikt tego nie udowodni, można długo dyskutować, zwoływać, całe księgi pisać i posiedzenia mądrych ludzi zwoływać i zastanawiać się, czy to dobrze, że w 1999 r. według GUS zakłady opieki zdrowotnej na Śląsku wygenerowały dodatni wynik finansowy, kasa też, a już w roku 2000 zakłady opieki zdrowotnej wygenerowały ujemny wynik finansowy w postaci 70 milionów zł, za to kasa dodatni – 160 milionów zł. Gdzie byli ci menedżerowie? W zozach? Czy na pewno wszędzie byli ci menedżerowie w zozach? Nikt na to pytanie nie odpowie.

Właśnie o to chodzi, że mówimy, że mają być wszędzie inne świadczenia, inna wycena, pełna uznaniowość, że w tym samorządzie będzie tak, w tym będzie inaczej. Gdyby te umowy, gdyby treści zawieranych umów, gdyby katalog świadczeń był wynegocjowany z samorządami, a to z samorządem lekarskim, a to pielęgniarским, gdyby z samorządami regionalnymi i różnymi innymi, gdyby plan ambulatoryjny był zapewniony i gdybyśmy wiedzieli, że powstało to dlatego, że taki jest regionalizm, że samorząd terytorialny tak sobie życzył, że samorząd lekarski tak sobie życzył, że konsultanci medyczni, a nie że kasa chorych sobie tak życzyła – i nie dlatego, że miała złą wolę sobie życzyć, tylko dlatego, że nie było innego katalogu akurat – to... Można powiedzieć, że bardzo dobrze, że w tej chwili system jest różnorodny, ale można też powiedzieć zupełnie inne zdanie, że problemy, które mamy z systemem ochrony zdrowia, wynikają z tego, że zbyt wielu ludzi, w dobrej wierze, w wielu kasach pracowało jednocześnie nad tym samym, dochodząc do innych wniosków, że całe grupy prawników pisały kolejne umowy, uważając, że będą lepsze, doskonalsze, odpowiednio zabezpieczą publiczne pieniądze. Jednocześnie świadczeniodawcy musieli jednak zatrudniać kolejnych prawników, aby potrafili te umowy realizować, bo mieli umowy z kilkoma kasami. Musieli też zatrudniać kolejnych pracowników administracyjnych, żeby się rozliczać z kasami.

Zresztą w Warszawie jest paru specjalistów, na przykład pan docent Pertkiewicz, który zabiegał o zakontraktowanie żywienia pozajelitowego. Jest to osoba, która przeczytała szczegółowe, istotne materiały konkursu ofert na rok 2001 i 2002 dla wszystkich kas chorych. Jeśli więc potrzebny byłby głos eksperta, to myślę, że jest parę osób w Polsce, poważnych, doświadczonych ludzi, medyków i zarządzających, którzy przeczytali szczegółowe warunki ofert. I oczywiście, jeśli ktoś chciałby ich głosu wysłuchać, to usłyszałby bardzo wiele rzeczy krytycznych, bardzo wiele rzeczy mądrych,

że gdzieś jest lepiej, gdzieś jest gorzej. Ale to się nie liczy, że gdzieś jest lepiej, gdzieś jest gorzej, bo każdy tkwi w systemie, w którym funkcjonuje. Dzisiaj nie można powiedzieć żadnych uwag, że gdzieś jest lepiej, gdzieś jest gorzej, ktoś lepiej zarządzał, ktoś gorzej, ktoś miał więcej pieniędzy. Kasy są bowiem nieporównywalne, świadczenia są nieporównywalne, wycena jest nieporównywalna, serwis jest nieporównywalny, epidemiologiczne wyniki też jeszcze są dziś nieporównywalne. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu prezesowi.

W ten sposób pierwsza część naszego posiedzenia się zakończyła i myślę, że na początku możemy przejść do pytań związanych z wypowiedzianymi kwestiami.

Czy ktoś z państwa senatorów chciałby zadać pytanie?

Jako pierwszy zgłosił się pan przewodniczący Cieślak. Proszę bardzo.

Senator Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, jesteśmy już na poziomie takiej dosyć szczegółowej dyskusji. Padło wiele liczb, wiele opinii. Wiceprezes mówił bardzo szybko, jak na szczegóły, które podawał, to myślę, że nawet za szybko, bo trudno było nadażyć za pokazywanymi liczbami, wykresami i myślą przewodnią pana prezesa. A ja chciałbym państwu przypomnieć kilka prawd ogólniejszych, możliwie krótko, żeby nie przedłużać swojej wypowiedzi.

Szanowni Państwo, po uchwaleniu konstytucji i po uchwaleniu ustawy o powszechnym...

Przewodniczący Marek Balicki:

Ja przepraszam bardzo, może wpierw pytania i jak nie będzie pytań, to wtedy przejdziemy od razu do dyskusji.

Czy są pytania? Nie ma pytań.

Dobrze, to proszę bardzo.

Senator Jerzy Cieślak:

Po uchwaleniu konstytucji i po uchwaleniu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym pojawił się problem konstytucyjny. Jak państwo pamiętacie, byli prawnicy, którzy kwestionowali zasadność uważania składki na ubezpieczenie zdrowotne za środki publiczne. Nawet ukazała się opinia prawna jednego z sędziów Trybunału Konstytucyjnego, ale nie była to wykładnia ani orzeczenie trybunału, tylko opinia, indywidualna opinia sędziego Trybunału Konstytucyjnego, która była upowszechniana w parlamencie, że składka na ubezpieczenie zdrowotne to nie są środki publiczne. Problem był bardzo poważny, ponieważ okazałoby się, że nie są dotrzymane warunki zapisu konstytucyjnego gwarantującego zaspokojenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców naszego kraju ze środków publicznych. Dylemat ten został ostatecznie rozstrzygnięty, dzisiaj wiemy, że są to środki publiczne. Ale problem ten powrócił w jednej z ustaw o

dżetowych przy konstruowaniu budżetu na rok 2002. Otóż ustawa, która zamraza płace w sferze budżetowej, przyszła do Sejmu uchwalona w takiej postaci, że obejmowała również samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Poprosiłem panią minister Wasilewską-Trenkner i kilku prawników na posiedzeniu komisji o ekspertyzę na ten temat. Okazało się, że rzeczywiście pomyłono środki budżetowe ze środkami publicznymi, co następnego dnia na plenarnym posiedzeniu Senatu umożliwiło mi wniesienie poprawki, którą przyjął Senat, a potem Sejm. Poprawka ta wyłącza publiczne zakłady opieki zdrowotnej z zamrożenia płac w roku 2002, co oczywiście nie upoważnia dyrektorów tych zakładów do dawania podwyżek w przypadku, jeżeli mają głęboki deficyt, są zadłużeni i narastają im odsetki. Ale są i takie zakłady opieki zdrowotnej, o czym wszyscy na tej sali wiedzą, które wypracowują niewielkie zyski albo bilansują swoje przychody i wydatki w takim stopniu, że upoważnia ich to do podwyżki płac dla pracowników w roku 2002. Podkreślam to z naciskiem, bo w czasie spotkań z wyborcami mam wiele pytań w tej sprawie od organizatorów ochrony zdrowia i pracowników służby zdrowia, ta informacja jakoś nie dotarła w teren daleko od Warszawy. To jedna sprawa.

Druga sprawa. Chciałbym nawiązać do tego, co mówił pan dyrektor Kukurba, o wyjściowej sytuacji w momencie uruchamiania systemu ubezpieczeniowego w Polsce, o zadłużeniu zakładów opieki zdrowotnej, które wchodziły w kontrakty z kasami chorych w roku 1999. Proszę nie traktować tego, co powiem, jako wypowiedź polityczną, ja opieram się na faktach i liczbach, przez osiem lat w Senacie starałem się tak właśnie pracować, nie bardzo lubię polemiki o charakterze czysto politycznym. Chcę przypomnieć, że załamanie finansów, proszę państwa, polskiej służby zdrowia nastąpiło w roku 1998. Dramat polegał na tym, że nastąpiło to w roku poprzedzającym reformę systemu ochrony zdrowia. Ja pozwolę sobie przypomnieć, że wówczas wicepremier i minister finansów Balcerowicz zgłaszał wątpliwości, czy nie lepiej byłoby przesunąć o pół roku wejście tej reformy, nie bez powodów to mówił, na 1 lipca 1999 r., czy nie lepiej powrócić do samorządowej wersji reformy ubezpieczeniowej. Po prostu obawiał się, że ten garb zadłużenia, z którym wchodzi zakładów opieki zdrowotnej w reformę, może je przytłoczyć i może również dać odległe w czasie skutki, w postaci lawinowo narastających odsetek, co zresztą potem się stało. Ale też mam prawo przypomnieć, że w 1997 r. po uchwaleniu ustawy, jej pierwszej wersji, zmienionej, nie tej wersji, która weszła w realizację 1 stycznia, ale tej uchwalonej w lutym 1997 r., na oddłużenie zakładów opieki zdrowotnej przeznaczono w budżecie 1 miliard 700 milionów zł – będę zaokrągliał liczby, tam było 1 miliard 760 milionów zł. I te pieniądze zostały wydatkowane. Nie wszystkie zakłady zostały oddłużone, bo to był rok katastrofalnej powodzi, a więc w IV kwartale wszystkie rezerwy budżetu państwa poszły już na tereny powodziowe. Warto o tym pamiętać. W planie budżetu zaś, czym byłem osobiście przerażony, ale nie tylko ja, na rok 1998 zaplanowano na oddłużenie zakładów opieki zdrowotnej niewiele ponad 300 milionów zł. Przypomnę – 1 miliard 760 milionów zł i niewiele ponad 300 milionów zł, 312 milionów zł, jeśli pamiętam, a wydatkowano i wykorzystano tylko 162 miliony zł. To zadłużenie katastrofalnie narastało. I służba zdrowia weszła, mówię o zakładach opieki zdrowotnej, jeżeli mówimy o jakimkolwiek quazi-rynku świadczeń zdrowotnych, z jednej strony zakłady opieki zdrowotnej weszły, tak naprawdę, w reformę w sytuacji katastrofalnej, a z drugiej strony kasy chorych jako monopolista na określonym obszarze miały limitowane środki i tylko w tych limitach musiały się zmieścić. A ja powtórzę państwu, i jednej i drugiej stronie, a jestem świadkiem tych polemik bardzo często, że tak naprawdę i kasy

chorych, i zakłady opieki zdrowotnej powinny być po tej samej stronie barykady i obydwie strony muszą przyjąć jedną rzecz do wiadomości – tak mi się wydaje, wyrażam subiektywny pogląd – nie ma bardziej marnotrawnego sposobu wydawania pieniędzy podatników w Polsce i nie ma bardziej marnotrawnego sposobu wydawania środków pozyskanych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, niż płacenie odsetek wierzycielom. To jest najbardziej marnotrawny sposób wydawania pieniędzy. A w związku z tym za wszelką cenę po prostu trzeba uciekać od narastających zadłużeń, bo każda złotówka tego zadłużenia daje potem straszliwe skutki w postaci odsetek.

I wreszcie w ramach dyskusji wyrażę też swoją opinię. Proszę państwa, ja nawet w artykułach prasowych publikowałem swoje głębokie przekonanie o tym, że tak naprawdę w ciągu trzech lat reformy to my mamy w Polsce do czynienia z systemem wprawdzie zakamuflowanym, mocno zakamuflowanym, ale nakazowo-rozdzielczym i to jeszcze do tego o charakterze uznaniowym, a liczby, które podał prezes Żemojda i wiceprezes UNUZ, potwierdzają to. To nie jest jeden parametr, mówię tu do pana dyrektora Sośnierz, bo gdyby to był tylko jeden trwały parametr w tej istniejącej sytuacji, ja odnosiłbym się do tych liczb z podobną rezerwą jak pan, ale tu zostało pokazanych wiele parametrów i one jednak dają w miarę zobiektywizowany obraz sytuacji w kasach chorych.

Ostatnia uwaga. Proszę państwa, dolnośląska kasa chorych – Dolny Śląsk to region, z którego pochodzę, w którym mieszkam od lat – jest w wyjątkowo trudnej sytuacji. I być może z tego powodu, a nie z powodu patriotyzmu lokalnego czy też jakiegoś lobbingu lokalnego, chcę zwrócić uwagę na pewien problem, który występuje również w innych regionach kraju. Otóż rozkład łóżek specjalistycznych, a szczególnie wąkospecjalistycznych, specjalistycznych zakładów opieki zdrowotnej w Polsce był w latach siedemdziesiątych, osiemdziesiątych, sześćdziesiątych, w zasadzie od okresu powojennego bardzo nierównomierny. I na przykład w dawnym województwie jeleniogórskim funkcjonowały dwa tysiące łóżek psychiatrycznych w Bolesławcu i Sieniawce, blisko dwa tysiące łóżek psychiatrycznych, a także dwa olbrzymie zespoły gruźlicy i chorób płuc dla dorosłych i dla dzieci w Kowarach, w Szklarskiej Porębie i Karpaczu. Ten pion gruźlicy pracował dla jedenastu województw w kraju, tam hospitalizowano pacjentów z jedenastu województw, a psychiatria pracowała dla osiemnastu województw w kraju i te pozostałe województwa nie musiały mieć swoich łóżek psychiatrycznych, ponieważ miały regionalizację i według tej regionalizacji to się odbywało. I teraz w momencie, kiedy powstała konieczność, nazwijmy to ogólnie, restrukturyzacji łóżek szpitalnych i obniżenia kosztów, proszę sobie wyobrazić, w jakiej sytuacji znalazły się te regiony, które miały takie molochy, takie kolosy. No dobrze, restrukturyzować trzeba, ale oznacza to zwolnienie załogi, remonty adaptacyjne na inne cele określonej części obiektów, a na to potrzebne były pieniądze, a środki przeznaczone na restrukturyzację nie dawały żadnej szansy na szybkie zredukowanie kosztów ponoszonych właśnie przez grupowe zwolnienia, na które trzeba było mieć pieniądze, a nie było przez przeznaczenie adaptacji obiektów, a więc przez remonty modernizacyjno-adaptacyjne na inne cele. I przez oszczędzanie w jednej dziedzinie, czyli środki przeznaczone na restrukturyzację zostały zaoszczędzone, ale poprzez te oszczędności weszliśmy w zupełnie innej sferze w ogromne, ogromne zadłużenia i dlatego w niektórych regionach kraju... Ja uznaję specyfikę regionalną, oczywiście, trzeba ją przyjąć do wiadomości, ale powinniśmy też analizować szczegółowo określone zjawiska, zgodnie z istniejącym stanem rzeczy w określonym regionie kraju. Tyle moich uwag w tej sprawie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu senatorowi Cieślakowi.

Czterech senatorów zgłosiło się do dyskusji, w kolejności: pan senator Kulak, senator Bielawski, pani senator Krzyżanowska, pan senator Pawłowski.

Najpierw udzielam głosu panu senatorowi Kulakowi. Proszę bardzo.

Senator Zbigniew Kulak:

Dziękuję bardzo.

Postaram się krótko, chociaż oczywiście debata w tej chwili ma charakter pewnego zastanawiania się nad losem kas chorych, a ten los będzie na pewno w tej sali w ciągu paru najbliższych miesięcy rozstrzygany.

Tematem tego spotkania jest sytuacja finansowa kas chorych, ale tak w zasadzie, szerzej na to patrząc, to jako senatorowie komisji zdrowia chcielibyśmy poznać sytuację finansową ochrony zdrowia w Polsce, poznać sytuację placówek leczniczych w Polsce, poznać sytuację i pochylić się, tak naprawdę, nad sytuacją pacjentów, aktualnych i przyszłych. I na przykład nie uzyskałem odpowiedzi przez te dwie godziny na pytanie, zdaniem kas chorych widocznie nie jest to problem, dlaczego na przykład liczba hospitalizacji wzrosła w wyniku wprowadzenia reformy skokowo o około 40%. To przecież tylko są tak naprawdę pewne manipulacje, powiedzmy, księgowo-statystyczne, bo o ile wiem, żadna epidemia się nie wydarzyła między 1998 a 1999 r.

Padło tu określenie, stwierdzenie, że kasy chorych są w jakimś sensie skażone. Tak, to skażenie na pewno podgrzewane jest przez media, ale takie określenie nie jest zupełnie bezzasadne i na pewno do nas, do senatorów, a poprzez nas do państwa, przekazywany jest cały szereg krytycznych, niestety, uwag na temat obiektów, budynków, to już oczywiście aż do znudzenia jest powtarzane, zarobków w kasach chorych, też już bardzo wiele na ten temat powiedziano, inwestycji sprzętowych poczynionych w kasach chorych itp. Swego czasu ten temat drażyłem trochę głębiej, proszę państwa, i z przerażeniem patrzyłem na przełomie 1998 i 1999 r., w skali kraju, na dziesiątki, setki kuchenek mikrofalowych, telewizorów, wież stereo itd. kupowanych z funduszy kas chorych. Dochodziło do tego, że dyrektor który zarabiał 200 milionów starych złotych, na koszt kasy chorych kupował sobie jeszcze teczkę skórzaną, bo widocznie nie stać go było na to, żeby kupić ją z własnych zarobków. Dochodziło do sytuacji opłacania studiów dla pracowników kas chorych ze środków kasy chorych, a jeszcze, żeby było weselej, to w godzinach popołudniowych wykładowcami na tych kursach, na tych studiach byli pracownicy tych kas chorych. Ciągłe mamy pretensje do urzędniczego punktu widzenia kas chorych na wiele problemów zdrowotnych, z którymi mamy do czynienia w Polsce, na stawianie na pierwszym miejscu wymogów formalnych, na przykład formalnych kwalifikacji placówki czy lekarza, nad środowiskowymi ocenami placówki, lekarza itd. Wydaje mi się, że tutaj włączenie samorządów byłoby celowe, sensowne i może troszeczkę to takie bezwzględne, twarde spojrzenie urzędnicze zostałyby stepione.

Jeśli chodzi o wymogi techniczne, to dotarła do mnie niedawno taka w formie interwencji sygnalizowana sprawa, że poradnia „K”, poradnia, która ma udzielać porad w przypadku chorób w ciąży, została źle oceniona, dlatego że nie ma podjazdu dla inwalidów, a mieści się na parterze. Ja rozumiem, że oczywiście ten wymóg może być bardzo wysoko punktowany w kontraktach dla ortopedów, chirurgów itd., ale lekarze

z tej poradni zapewniali wręcz, że oni tę jakąś jedną w roku kobietę, która nie potrafi do poradni „K” dostać się o własnych siłach przez cztery stopnie, nawet wniosą, ale nie, niestety, została nisko oceniona ta oferta, bo nie ma podjazdu dla inwalidów. A w takiej akurat specyfice zawodowej rzadko się zdarza taka sytuacja.

Mam sygnał, pamiętam to z poprzedniej kadencji parlamentarnej, że jedna z kas chorych, też o tym urzędniczym sposobie myślenia, nie płaciła na przykład przez wiele miesięcy rachunków przedstawianych tej kasie za pacjentów, którzy w swoim nazwisku mieli literę „ż”, „dż” i „ć”, bo akurat system komputerowy w tej kasie wypływał tego typu informację i w związku z tym takich pacjentów, zdaniem kasy chorych, nie ma na świecie.

Co do lokat terminowych, to tu nie chodzi o to, o czym, jeden z polemizujących panów mówił, czyli o kilkudniowe lokaty. Ja rozumiem, że długoterminowe lokaty to są lokaty, w moim rozumieniu, wielotygodniowe, wielomiesięczne albo i dłuższe. I tu faktycznie nie mam przekonania czy wręcz nie mogę się zgodzić z tym, żeby kasy chorych działające na zasadzie non profit miały wieloterminowe lokaty.

I wreszcie sprawa, którą też kiedyś osobiście spenetrowałem, ciągle w ramach tych zarzutów urzędniczego patrzenia na świat. Dochodziło do bardzo dużych, dziwacznych, moim zdaniem, sugerujących ewentualnie jakieś korupcyjne dno, różnic nakładów na świadczenia zdrowotne w poszczególnych regionach, w poszczególnych powiatach i to nie tylko różnic, tutaj takie podawano, kilkusetprocentowych, bo ja nawet natrafiłem na różnice dwunastokrotne, przeliczając to na procenty, jest to 1200% różnicy nakładów na obywatela w jednym powiecie w stosunku do jakiegoś innego powiatu, dokładnie na te same świadczenia, na ten sam profil, na głowę obywatela. To są te dziwne obserwacje, które chciałem w tej chwili przekazać. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję panu senatorowi.

Proszę pana senatora Bielawskiego o zabranie głosu.

Senator Janusz Bielawski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący, za udzielenie głosu.

Panie i Panowie Senatorowie!

Proszę państwa, z tego, co nam powiedział tutaj pan prezes Żemojda, i z tego, co powiedzieli dyskutujący dyrektorzy kas chorych, wylania się olbrzymi chaos, jaki panuje w finansowaniu ochrony zdrowia. Wydaje mi się, że z wypowiedzi pana prezesa Żemojdy wynika pewna diagnoza, ale zawisło w powietrzu pytanie, dlaczego jedne kasy bilansują swoje finanse, inne mają zadłużenie, a inne nadwyżki. Czy jest to po prostu sposób gospodarowania? Nie wiem. Wydaje mi się, że te sprawy wymagają pilnego, głębokiego rozpatrzenia, aby można podjąć jakieś środki zaradcze.

Mieliśmy już w tej dyskusji szczebel UNUZ, mieliśmy szczebel dyrektorów kas chorych, a ja się niejako odniosę tym razem do pewnych zjawisk jako świadczeniodawca. Ja się ogromnie cieszę, że jest pani dyrektor Misińska, bo na początku nie widziałem jej, moje uwagi więc nie zawisną w powietrzu. Mimo że Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych funkcjonuje już czwarty rok, nie istnieje klarowny system rozliczania szpitali za świadczone usługi. Mało tego, podlega on stałym zmianom, które nie

wiadomo czemu służą, a właściwie wiadomo, żeby jak najwięcej zakwestionować pozycji w przesłanej przez szpital fakturze. Dyrekcje szpitali piszą odwołania. Dobrze, że jeżeli przynajmniej część pieniędzy zostanie zwrócona po dwóch, trzech miesiącach, a tymczasem rosną odsetki za niezapłacone leki, energię, o czym wspominał senator Cieślak, a te różne zakwestionowania to właśnie takie bardzo urzędnicze podejście, o którym wspominał z kolei senator Kulak. Powodem zakwestionowania rachunku może być wszystko. Na przykład w czerwcu ubiegłego roku nie zapłacono należności za pobyt w szpitalu noworodków, bo świadczeniodawca nie podał numeru PESEL. Przecież każdy średniorozgarnięty obywatel naszego kraju wie, że dziecko nie rodzi się z numerem PESEL na czole, ale tego wysokoopłacany urzędnik kasy chorych nie wie. Nie płaci się za pobyt pacjenta, który zmarł w ciągu pierwszej doby. Również nie płaci się za leczenie pacjenta, który był w ciągu miesiąca hospitalizowany po raz drugi, mimo że powtórne przyjęcie do szpitala następuje wskutek innej choroby. Na przykład pacjent leczony z powodu zawału serca w dwa tygodnie po wyjściu ze szpitala łamie sobie nogę, to najlepiej nie zapłacić za oba świadczenia, niech wyjaśniają.

W grudniu ubiegłego roku zarząd Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych nałożył na szpitale z Dolnego Śląska sankcje finansowe związane z tak zwaną regionalną analizą rozliczeń szpitalnych za okres od czerwca do września 2001 r. Sankcje te polegały na potrąceniu z należności za aktualne świadczenia medyczne, wykonane w listopadzie, kwot pieniężnych sięgających od kilkuset tysięcy do kilku milionów złotych za rzekome nieprawidłowości w zakresie przedstawionej przez świadczeniodawców dokumentacji medycznej i rozliczeniowej za okres od czerwca do września ubiegłego roku. Kuriozalność sytuacji polega na tym, że rozliczenia świadczeń za ten okres dokonane zostały kilka miesięcy wcześniej na podstawie przedłożonej przez placówki medyczne dokumentacji, zgodnie z trybem i terminami przewidzianymi w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2001 r. Przytoczony przez zarząd Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych §25 umowy o usługi szpitalne, jako podstawa regionalnej analizy rozliczeń szpitalnych i potrąceń pieniężnych za miesiące wsteczne, odnosi się do zupełnie innego typu kontroli, niż ta przeprowadzona przez kasę. Wymieniony paragraf dotyczy kontroli przeprowadzanych w miesiącach wykonywania świadczeń zdrowotnych, tryb rozpatrywania kwestii spornych jest ściśle określony, podobnie jak składania zażaleń oraz wydawania wniosków pokontrolnych i nie ma to nic wspólnego z weryfikacją rozliczeń dokonaną przez kasę w grudniu roku ubiegłego.

Wobec widma utraty finansowej płynności przez szpitale Dolnego Śląska, w zarządzie Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych w dniu 23 grudnia spotkał się przewodniczący konwentu starostów z byłego województwa legnickiego, któremu pani dyrektor kasy oświadczyła, że kontrole przeprowadzono przy użyciu niedopracowanego programu komputerowego i mimo wysokiej usterkowości oprogramowania zarząd kasy będzie kontynuował proceder wstecznej weryfikacji rozliczeń, gdyż otrzymał w tym względzie jednoznaczne dyspozycje z UNUZ i z Ministerstwa Zdrowia.

I tu jest pytanie pod adresem Ministerstwa Zdrowia i pod adresem UNUZ: czy tak jest rzeczywiście? Następne pytanie: czy inicjatorzy tego przedsięwzięcia zdają sobie sprawę z tego, że w ten sposób powiększa się zadłużenie szpitali, między innymi przez konieczność spłaty odsetek?

Arogancja Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych objawia się między innymi formą i systemem podpisywania umów o świadczenia szpitalne na 2002 r. Umowy

podpisywano pod koniec stycznia bez możliwości zapoznania się z ich treścią przez dyrektorów placówek medycznych, nie mówiąc już o ewentualnej możliwości przedstawienia swoich uwag. Od dyrektorów żądano podpisania umów z datą wsteczną, co było warunkiem otrzymania zaliczki na bieżącą działalność. Po podpisaniu umowy o zaliczkę dyrektorów informowano, że zaliczki potrącone zostaną z należności kasy z tytułu wstecznego rozliczenia świadczeń zdrowotnych. Nie umiem określić, czy to wszystko jest przejawem niekompetencji, braku wyobraźni czy też nie należałoby tego traktować jako sabotaż. Ja się wcale nie krępuję użyć tego słowa. Tak się składa, że wsteczne rozliczenia pojawiły się pod koniec ubiegłego roku po zmianie rządu, więc chcąc nie chcąc można dopatrzeć się w tym aspekcie politycznego. A jeżeli okazałoby się, że jest to świadome działanie „sierot” po rządzie Jerzego Buzka, mające na celu zrujnowanie ekonomiczne szpitali na Dolnym Śląsku, to rzeczywiście mamy do czynienia z sabotażem na dużą skalę.

I teraz, proszę państwa, kwestia jednorodnych grup pacjentów. Ten problem istnieje od roku 2000, kiedy te jednorodne grupy pacjentów zostały wprowadzone przez Dolnośląską Regionalną Kasę Chorych. Zostały wprowadzone od 1 stycznia, z tym że kryteria te zostały podane pod koniec lutego, zresztą w Legnicy było takie zebranie, gdzie ja również wyraziłem się na temat tego, jak to zostało wszystko przygotowane. Mianowicie było to tłumaczenie, chyba żywcem przeniesione z języka angielskiego, zawierające liczne błędy, między innymi martwak został nazwany martwiakiem – kiedy egzaminowałem studentów z ortopedii, to jak student, który opowiadał o zapaleniu kości i skutkach tego procesu, mówił mi, że powstaje martwiak, to ja zazwyczaj odpowiadałem: proszę pana, proszę pani, rzeczywiście, pani się niedługo zmartwi, ponieważ się spotkamy po raz następny. Jednorodne grupy pacjentów zostały utworzone w sposób kuriozalny, co już powiedziałem. Sympatektomia lędźwiowa wykonywana jako zabieg długotrwałe poprawiający ukrwienie kończyny najczęściej przeprowadzana przez chirurgów naczyniowych została przypisana neurochirurgii, zresztą jest to dobrze płatne. Zatem za ten zabieg wykonany w oddziale chirurgii naczyniowej kasa nie zapłaci, jak również za ten zabieg wykonany na oddziale ortopedii przy leczeniu zakażonych stawów rzekomych goleni z objawami niedokrwienia kończyn. Teraz dostaliśmy nowe jednorodne grupy pacjentów obowiązujące od 1 marca, ich wykaz został dostarczony 28 lutego, więc wszystko zgodnie z dotychczasową praktyką. Jak wynika z pobieżnej lektury, za operację przepukliny u dzieci zapłatę mogą otrzymać wyłącznie oddziały chirurgii dziecięcej, chirurgia ogólna dopiero po ukończeniu siedemnastu lat przez młodego człowieka wchodzi w grę. Ten prosty zabieg urzędniczy spowodował, że wykonanie operacji przepukliny u dziecka stanie się dla rodziców zabiegiem skomplikowanym, dlatego że nie w każdym szpitalu powiatowym są oddziały chirurgii dziecięcej. A zatem pociąga to za sobą konieczność wędrowki do odległego często miasta, konieczność dojazdów do dziecka itd., chociaż to można było załatwić bez kłopotu w szpitalu powiatowym na oddziale chirurgii ogólnej, gdzie limitem dla takich operacji jest tylko posiadanie odpowiedniego aparatu do znieczuleń. Na ogół dzieci poniżej trzeciego, czwartego roku życia nie są operowane na oddziałach chirurgii ogólnej. Myślę, że autorom tych nowych jednorodnych grup chorych przyświecały jakieś pozapragmatyczne przesłanki.

I w tym miejscu muszę się odnieść do tego, co stanowi dużą pozycję w budżecie kas chorych, mianowicie problemu refundacji za leki przepisywane ubezpieczonym. Problemu nie można sprowadzić do tego, że jest to wina lekarzy, bo przepisują drogie

leki itd. Zresztą od kiedy stałem się stałym konsumentem leków, to mam wejrzenie na to od strony praktycznej. Na przykład na osiem leków, które kupuję w aptece, dwa są refundowane. Dla mnie to nie stanowi istotnej różnicy, ale dla wielu ludzi o bardzo niskich zarobkach jest to poważna sprawa, a wiąże się to z tym, że coraz więcej leków jest importowanych z zagranicy, a nasz przemysł farmaceutyczny zaczyna powoli leżeć. Ja się tu odniosę do konkretnego przypadku, mianowicie do Jeleniogórskich Zakładów Farmaceutycznych „Jelfa”, które produkują do tej pory organopreparaty, między innymi wyciąg grasiczy „Tefix” i dowiaduję się, że ma być zaniechana produkcja, jej technologia ma być przekazana do Niemiec. W moim odczuciu jest to robienie przedpoła dla niemieckiego preparatu „Thymex L”, który – nie chcę przesadzać – ale jest wielokrotnie droższy od „Tefixu”, a działanie ma bardzo podobne. Wiele rzeczy jest do naprawienia, między innymi w polityce lekowej państwa.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu senatorowi Bielawskiemu.
Proszę panią senator Krzyżanowską.

Senator Olga Krzyżanowska:

Proszę państwa, jak rozumiem, myśmy się nie spotkali tutaj, żeby oceniać poszczególne kasy chorych. Pewnie to jest zbyt skomplikowane zagadnienie, żebyśmy to w czasie jednego spotkania potrafili ocenić. Wydaje mi się, że istotą tego spotkania jest, po wysłuchaniu informacji pana prezesa UNUZ, zobaczenie, czy coś w tym systemie, który w tej chwili działa – zostawmy dyskusję, czy go będziemy zmieniać czy nie – jest tak złego, ogólnie dla wszystkich kas, nie chodzi o pojedyncze błędy, co można by naprawić i co by się przydało kasom, lekarzom, służbie zdrowia i przede wszystkim pacjentom.

Przepraszam, ale muszę powiedzieć, że ja z tej naszej dyskusji żadnego jakiegoś takiego, nie chcę mówić od razu, że konkretnego, ale kierunkowego wniosku wynieść nie potrafię. Pan wiceprezes przedstawił tu niesłychanie ciekawe dane, ale z których wynika rzecz, według mnie, dramatycznie niebezpieczna, jeśli chodzi o wyciąganie wniosków, że kasy są nieporównywalne, pieniądze są nieporównywalne. Na to od razu nie zaradzimy, ale wydaje mi się, że istnieje tu kilka zagadnień, na które moglibyśmy zwrócić uwagę.

Ja bym chciała usłyszeć, jeżeli to możliwe, czy ze spotkań, bo było spotkanie z sejmową Komisją Zdrowia, było spotkanie z samorządami, jakieś wnioski kierunkowe, o takich tylko chcę mówić, wynikły. Bo wydaje mi się, że jeżeli wynikły jakieś rozsądne, które i państwo jako przedstawiciele, szefowie kas, Ministerstwo Zdrowia i państwo jako urząd nadzoru, uznacie za słuszne, to dobrze, żebyśmy o tym usłyszeli. Czy mamy bowiem też pójść w tym kierunku, czy drugi raz do tych samych wniosków dochodzić?

Mi osobiście się wydaje, że jedną z najważniejszych rzeczy jest to, czy istnieje możliwość, i w jakim czasie, identyfikacji ubezpieczonych. To jest kwestia pieniędzy. Czy rzeczywiście te pieniądze, które my płacimy, należą się czy nie należą, są za duże czy za małe? Czy istnieje po prostu taka możliwość identyfikacji i ewentualnie w jakim czasie?

Następna rzecz: czy istnieje możliwość ujednoczenia nie cen, bo każdy szpital ma inny poziom, i nie dlatego, że jest zły czy dobry, tylko ma większe możliwości, ale ujednoczenia nazw porad czy zabiegów? To też jest istotne. Myślę, że wszystkim państwom, którzy kierujecie kasami, to też w jakiś sposób by pomogło.

I, proszę państwa, ostatnia sprawa, która budzi mój głęboki niepokój. Rozumiem, że to jest już raczej dyskusja na posiedzenie budżetowe, ale chodzi mi o to, jak sobie poradzą kasy chorych, jeżeli kontraktowano według 8%, przepraszam, mówię tak skrótowo, a będą mogli płacić tylko ze składki 7,75%. My dzisiaj możemy schować głowę w piasek, bo to jest początek roku, ale co będzie potem? Czy nie lepiej o tym wcześniej pomyśleć, a nie pod koniec roku powiedzieć, że nie możemy operować, nie możemy udzielić porady, mówię o placówkach, dlatego że jest za mało pieniędzy? Wydaje mi się, że na to jest w tej chwili czas, a nie, jak mówię, w czwartym kwartale. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo pani senator.

Kolejny zapisany do głosu jest pan senator Pawłowski. Proszę bardzo.

Senator Wojciech Pawłowski:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Nasze grono to raczej grono profesjonalistów. Jakby był na dzisiejszym spotkaniu normalny świadczeniobiorca, pacjent, to by powiedział, że to jest horror, makabra. W społeczeństwie, w mediach jest totalna krytyka działalności kas chorych. Ktoś sobie na to zapracował. I tutaj taki wniosek się nasuwa, że trzeba jednak przeprowadzić obiektywne badania sondażowe opinii publicznej na temat kas chorych. Byłby to ciekawy materiał.

Proszę państwa, ja słyszę na spotkaniach od profesjonalistów, którzy kierują placówkami służby zdrowia wiele lat w sposób dobry, właściwy, totalną krytykę zawierania kontraktów, sposobu zawierania uwłaczającego godności ludzkiej. Na korytarzach tłoczą się ludzie, nie można negocjować, jest stosowany system dyktatu – jeżeli nie, to nie. Nie można w ten sposób w systemie opieki zdrowotnej postępować.

Inne zjawisko moim zdaniem bardzo patologiczne – a dotyczy to przeważnie niepublicznych zespołów opieki zdrowotnej czy gabinetów – jest takie, że najpierw jest odmowa zawarcia kontraktu, a przy drugiej, trzeciej wizycie w danej kasie kontrakt zostaje zawarty. Ja nie wiem, czy w ciągu tygodnia, dziesięciu dni tak się diametralnie zmieniają warunki? Nad tym też by się trzeba zastanowić.

Proszę państwa, tutaj pan prezes Żemojda powiedział o jednym ciekawym zjawisku, ja bym to zagadnienie trochę pogłębił. Mówił, że w kasach są oszczędności, a placówki służby zdrowia są zadłużone. Może niedokładnie tak, bo placówkami służby zdrowia kierują różni menedżerowie, ale bardzo bogate kasy chorych czy bogate kasy chorych i bardzo niskie stawki na usługi medyczne to jest zagrożenie. To jest nierówność konstytucyjna. To jest w tym kraju naruszanie prawa.

I ostatnia uwaga. Zbyt mała jest jednak kontrola świadczeniodawców. Tam też można by znaleźć wiele niewłaściwego, a kontrola, nie w sensie wyciągania wniosków, ale w sensie instruktażowym, na pewno by się przydała. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu senatorowi.

Czy ktoś z państwa senatorów chciałby zabrać głos? Czy pan prezes? Pani dyrektor Misińska?

Może teraz prosiłbym gości ze strony UNUZ i kas chorych o krótkie ustosunkowanie się do niektórych poruszanych w wypowiedziach senatorów spraw, a później przejdziemy do wypowiedzi gości, jeśli będzie taka chęć.

Proszę bardzo, pani dyrektor Misińska, Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych.

Dyrektor Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych Barbara Misińska:

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Chciałabym się ustosunkować, bo niejako zostałam wywołana do odpowiedzi przez pana senatora, do kwestii, które były tutaj poruszane.

Cały problem, proszę państwa, na Dolnym Śląsku wyniknął właśnie wtedy, kiedy kasa zrobiła to, o czym mówił pan senator zabierający głos jako ostatni, chodzi o skontrolowanie świadczeniodawców. I właśnie to zrobiliśmy. Skontrolowaliśmy świadczeniodawców za ostatnie półrocza 2001 r. Kontrola, która została przeprowadzona przez kasę dolnośląską, była rzeczywiście kontrolą, która zmroziła nam skórę na plecach, dlatego że nadużycia w tym zakresie, które – niestety – były poczynione przez świadczeniodawców, były po prostu olbrzymie.

Chciałabym się odnieść po kolei do punktów, które pan senator poruszał, od razu może do zapisu §25 umowy. Chodzi tu, Panie Senatorze, tylko i wyłącznie, jak pan senator powiedział, o określenie trybu odwołania świadczeniodawcy od korekty i zakwestionowanych mu świadczeń, a nie o celowość przeprowadzonej kontroli, bo ta chociażby, jak wcześniej twierdził pan prezes urzędu nadzoru, jest i wynika z ustawy o finansach publicznych. Składka jest środkiem publicznym, w związku z tym kasa nic innego nie może robić, tylko stać na straży prawidłowego i rzetelnego wydatkowania tych pieniędzy. A niestety w jednostkach służby zdrowia nieczęsto mamy z tym do czynienia. Ja rozumiem, że świadczeniodawcy Dolnego Śląska są bardzo rozżaleni na to, że taka korekta była zrobiona, ale pokazała ona jednak całą kwestię zaburzeń w zakresie sprawozdawania do kasy materiału, który niestety nie jest do końca rzetelny i prawdziwy. Korekty, które kasa świadczeniodawcom przedstawiła, miały spłynąć do końca stycznia. Spłynęły, proszę państwa. Z tych świadczeń, które myśmy zakwestionowali, 31% dyrektorzy w ogóle nie uwzględnili w odwołaniu, przyznali zatem, że są one zasadne. A 31% to bardzo dużo. Pozostałe to te, które są w tej chwili poddawane analizie lub będą rozpatrywane w kolejnych dniach marca i kwietnia. Część zresztą z tego materiału będzie również przekazywana do oceny konsultantom wojewódzkim, ponieważ takie spotkanie z konsultantami wojewódzkimi w ubiegłym tygodniu odbyłam i poprosiłam o pomoc tam, gdzie kwestie będą sporne.

Noworodek, proszę państwa, w kasie jest rozliczany w systemie miesięcznym. Jeżeli świadczeniodawca dostaje PESEL po trzech tygodniach i to jest w ciągu miesięcznego terminu rozliczeniowego, to nie ma żadnego problemu, żeby zgłosić do kasy, jeżeli się spóźni, również kasa zwraca pieniądze, jeżeli dany świadczeniodawca tego numeru PESEL jeszcze nie uzyskał. I nie ma takiej potrzeby, nie ma takiego problemu. Niestety musimy mieć identyfikator i to jest wpisane w ustawę, że pacjent musi mieć PESEL, czy jest małym pacjentem czy dorosłym, ze względu na to, że kasa musi wiedzieć, za kogo płaci i za jakie świadczenie, które zostało danej osobie udzielone.

W korekcie kwestionowaliśmy płatności, które były w wyniku zgłoszenia się pacjenta przed trzydziestym dniem pobytu w szpitalu ponownie z tą samą jednostką chorobową. Taki zapis, proszę państwa, w umowie jest od samego początku funkcjonowania

dolnośląskiej kasy i zdziwienie moje budzi fakt, że dyrektorzy są tym zadziwieni. To znaczy, że w tym momencie nagminnie hospitalizowali pacjentów, którzy raz już powinni być wyleczeni. Nie ma absolutnie takiej możliwości, jaką przytoczył pan senator, że raz pacjent jest, założmy, piątego danego miesiąca hospitalizowały na zawał, a dwudziestego piątego danego miesiąca ma złamaną nogę i kasa nie zapłaci. Jest to nieprawda. Jeżeli będzie z tą samą jednostką chorobową, to wtedy rzeczywiście kasa nie płaci, ale nie ma takiej możliwości, jeżeli jest to druga, trzecia, piąta hospitalizacja w ciągu jednego miesiąca, ale z innym rozpoznaniem. Jest ten zapis w umowie, tak jak powiedziałam, od samego początku. Bardzo dużo było w korekcie, niestety, procentowo tego typu zjawisk, ze względu na to, że dyrektorzy kładli pacjenta pod koniec miesiąca, po czym przyjmowali go w następnym miesiącu, żeby tylko przejść przez okres rozliczeniowy z miesiąca na miesiąc i pozyskać z tego tytułu środki finansowe.

Nie chciałbym się odnosić do stwierdzenia, że... Ja tę sprawę sobie będę wyjaśniała, ponieważ sygnał już w tym zakresie dostałam dużo wcześniej i wystąpiłam pisemnie do pana przewodniczącego konwentu starostów. Ja na tym spotkaniu w grudniu byłam, byłam również na spotkaniu, na którym w imieniu starostów zabierał głos pan starosta kamiennogórski, to było spotkanie dotyczące rozliczeń i zaliczek dla świadczeniodawców. I żadne moje stwierdzenie, że jest to na polecenie urzędu nadzoru albo Ministerstwa Zdrowia, nie padło. Myślę, że ta sprawa dosyć szybko się wyjaśni, ponieważ na tej sali nie było dwóch, pięciu starostów z województwa dolnośląskiego, tylko trzydziestu kilku. Myślę więc, że ta sprawa będzie wyjaśniona, tym bardziej jeszcze, że pan starosta Wąsik, który jest przewodniczącym tegoż konwentu, będzie odtwarzał nagrania tego spotkania. I tutaj nie mam nic do dodania, bo ja się nie powołuję na urzędy czy osoby, jeżeli nie mam konkretnych wskazań czy też innych możliwości. Proszę państwa, byłoby to chyba co najmniej dziwne, gdybym na konwencji starostów mówiła, że dokonałam korekty rozliczeń świadczeniodawców na złym oprogramowaniu, z dużą usterkowością itd., itd. No, wiecie państwo, abstrahując, nawet gdyby zaszła taka sytuacja, to trzeba by być samobójcą, żeby się do takich rzeczy przyznawać. Panie Senatorze, na pewno takiego stwierdzenia nikt z moich ust nie usłyszał.

Zaliczki z tytułu rozliczeń wstecznych, kwestie dotyczące podpisywania umów itd. Umowy w kasie dolnośląskiej były podpisywane po zmianie planu finansowego, którego dokonywaliśmy 24 stycznia na radzie kasy, gdzie plan finansowy został obniżony w stosunku do poprzedniego o 154 miliony zł. Więc chciałam zadać pytanie: czy ja miałam ze świadczeniodawcami podpisać umowę 5 lub 30 grudnia, a potem 25 stycznia wszystkim świadczeniodawcom wypowiedzieć umowę i powiedzieć, że niestety stawki będą niższe w stosunku do tych, które podpisaliśmy, i tym samym wywołać olbrzymią burzę społeczną na terenie województwa? Czy lepiej było po ustaleniach i uzgodnieniach z radą kasy poczekać dwadzieścia cztery dni, po czym dokonać stosownych przeliczeń po obniżeniu planu finansowego i podpisać umowę? Jeżeli ktoś nie chciał umowy podpisać od 1 stycznia jako kontynuacji świadczeń, nie musiał tego robić. Daty umów były od 1 stycznia, a nie od 1 lutego, w styczniu bowiem wszyscy świadczeniodawcy świadczyli swoje usługi i było zapisane, i było przekazane wszystkim dyrektorom, że dwa miesiące, styczeń i luty, będą funkcjonowały w kasie na zasadach identycznych jak w roku 2001, po to, żeby nie wywoływać zamieszania, żeby świadczeniodawcy wiedzieli, w jaki sposób rozliczać świadczenia. Nie zmieniamy, Panie Profesorze, przepraszam, Panie Senatorze, systemu finansowania świadczeń od

1 stycznia 2000 r. Zmiany dokonywane w trakcie ostatnich trzech lat, biorąc ten rok pod uwagę, dotyczyły tylko zmian w zakresie rodzajów hospitalizacji. Wprowadziliśmy tak zwaną krótką hospitalizację, do dwudziestu czterech godzin i do siedemdziesięciu dwóch godzin, 1 stycznia 2001 r. i ona obowiązuje do dzisiaj.

Grupy jednorodne zostały przekazane świadczeniodawcom dokładnie 27 lutego po spotkaniu ze wszystkimi dyrektorami, którzy zostali poinformowani o spotkaniu tydzień wcześniej, i obowiązują od 1 marca. I to się wszystko zgadza, ponieważ od 1 marca w innym systemie, a może nie tyle chodzi o to, że w innym, ale o to, że dodatkowe grupy, o które sami świadczeniodawcy prosili, wchodziły do rozliczeń, i te tylko dołożone, a nie jakieś całkowicie nowe, były przedstawiane świadczeniodawcom. Generalnie co do grup jednorodnych, co do kwestii, czy przepuklina ma być finansowana na chirurgii ogólnej...

(Przewodniczący Marek Balicki: Ja przepraszam, Pani Dyrektor, może nie będziemy rozpatrywać dzisiaj zasad tworzenia grup jednorodnych...)

Ja już kończę, Panie Przewodniczący. Chciałabym tylko powiedzieć, że grupy jednorodne są konsultowane z konsultantami wojewódzkimi, każda jedna grupa jest podpisana i wtedy dopiero są podnoszone kwestie czy wprowadzane te rzeczy przez kasę chorych, nigdy wcześniej, było to ustalane również z Dolnośląską Izbą Lekarską. Tak że ja tutaj żadnego sabotażu politycznego, Panie Senatorze, nie widzę i daleka jestem od tego, żeby go na terenie Dolnego Śląska prowadzić. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Ja bym prosił może o pisemne udzielenie odpowiedzi w sprawie grup jednorodnych panu senatorowi, żeby miał wyczerpujące informacje na ten temat.

(Dyrektor Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych Barbara Misińska: Tak, oczywiście.)

Jeszcze wcześniej w trakcie dyskusji zgłaszał się pan dyrektor Kukurba, o ile dobrze widziałem. Nie?

(Dyrektor Małopolskiej Regionalnej Kasy Chorych Jacek Kukurba: Nie, nie zgłaszałem się.)

Czy ktoś jeszcze?

Pan dyrektor Sośnierz, proszę bardzo.

(Dyrektor Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych Andrzej Sośnierz: Ale wyszła pani senator, na której pytania chciałem udzielić odpowiedzi, więc może nie będę mówił...)

Panie Dyrektorze, odpowiedzi udzielamy komisji. Padają te dane i proszę o odpowiedź.

Dyrektor Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych Andrzej Sośnierz:

Pani senator pytała, jak przeżyć rok, kiedy zakontraktowało się na 8%, a sływa 7,75%. No właśnie, przewidując te trudności, kasa śląska postanowiła w ramach swojej samorządności wykonać pewien ruch i stało się to możliwe, mianowicie zgromadziliśmy pewien zapas w roku 2001 po to, żeby ten zapas do końca roku wydać i dzięki temu nie zadłużyć kasy, a jednocześnie być wypłacalnym do końca roku. To, co niejednokrotnie jest w Polsce nagłaśniane w tej chwili, że kasa ma środki na koncie, właśnie temu miało służyć. Temu, żeby zbilansować budżet do końca roku i mieć zrównoważoną sytuację

finansową. Oczywiście, zaraz pojawia się zarzut, że zrobiliśmy to kosztem zakładów opieki zdrowotnej, że szpitale są zadłużone. Akurat nasze szpitale – zastrzegam, że takie dane posiadamy – są jednymi z najmniej zadłużonych w Polsce, jeśli chodzi o przeliczenie na jeden szpital. Czyli nie stało się to ich kosztem. Tutaj też słusznie padały słowa, że szpitale bywają również zadłużone ze swojej winy i wśród tych i tak stosunkowo nisko zadłużonych szpitali są z pewnością zadłużenia zawinione, jak i niektóre niezawinione – ustawa 203, scheda jeszcze po budżecie. Są więc różne problemy. Czyli jedna z takich polityk, którą można było prowadzić, staje się w tej chwili ogromnym dla nas w śląskiej kasie chorych kłopotem, bo my tak właśnie postąpiliśmy. Ale to była odpowiedź na pytanie, jak można było ewentualnie – tam gdzie stać było na to naszą kasę – poradzić sobie z problemem zbyt wysokich kontraktów na ten rok. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu dyrektorowi.
Pan dyrektor Kukurba.

Dyrektor Małopolskiej Regionalnej Kasy Chorych Jacek Kukurba:

Może ja od razu z miejsca odpowiem na pytania, które wcześniej padły ze strony pana senatora Kulaka. Proszę państwa, pierwsza sprawa jest taka, że liczba hospitalizacji wzrosła o około 40%. No tak, proszę państwa, bo rok 1999 był rokiem, w którym kasy, tworząc własne struktury, nie wypracowały jeszcze struktur kontrolnych, a więc automatycznie świadczeniodawcy naciągali kasy na hospitalizacji. To później oczywiście zdecydowanie spadło i dzisiaj możemy powiedzieć, że kasy kontrolują liczbę hospitalizacji, choć mimo wszystko cały czas ten proces nie jest dostateczny.

I problem, który jest może taki najbardziej wymowny. Proszę państwa, my jesteśmy dla własnych pracowników również pracodawcami i nas także obowiązuje kodeks pracy i wymogi z niego wynikające. Przepraszam, ale czy my mamy pracować w namiotach, w barakach, w ruderach? Nie. W związku z czym środki przeznaczone na wprowadzenie systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego były przeznaczone na ten cel. Niejednokrotnie otrzymywaliśmy z budżetu, ze skarbu państwa zrujnowane obiekty, które trzeba było wyremontować, żeby chociaż wprowadzić do nich pracowników, żeby na trzydziestu pracowników czy pięćdziesięciu albo na jednym piętrze w ogóle była jedna działająca toaleta, bo z tym także były problemy. A więc ja bym tutaj tego nie demonizował. Oczywiście, że chodzi też o to, co dla kogo jest komfortem i luksusem, a co jest przepisem, który wynika chociażby z kodeksu pracy.

Problem następny, który był poruszany, to wymogi formalne wobec placówki i lekarza. Bardzo przepraszam, ale jeżeli kasa zawiera kontrakt zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia dotyczącym postępowania konkursowego, jeżeli ten sam minister zdrowia wydaje rozporządzenie dotyczące wyposażenia placówek pod kątem jakości sprzętu, powierzchni i świadczonych usług, jeżeli ten sam minister wydaje szereg regulacji, dotyczących jakości, to czy my mamy przestrzegać tych przepisów czy nie przestrzegać? Tak, jesteśmy formalistami, ale wreszcie w tym kraju zaczęto przestrzegać przepisów, których do tej pory nie przestrzegano. My oczekujemy opinii sanepidu w zakresie dopuszczenia placówki i jeżeli ta placówka ma warunkowe dopuszczenie, wychodzimy naprzeciw tej placówce. A rozporządzenie ministra mówi wyraźnie: albo jest dopuszczenie, albo go nie ma.

Mówi się o wymogach technicznych placówek służby zdrowia. Ale za to odpowiada przede wszystkim organ założycielski. Chodzi o porozumienie z organami założycielskimi. Ja nie wiem, jak jest w innych kasach, nie chcę o tym dyskutować, ale wiem, jak jest u mnie – bardzo dużo pracy i wysiłku kosztowało, żeby porozumieć się ze starostami, żeby właśnie jakość świadczeń zdrowotnych była jednakowa we wszystkich powiatach i żeby stworzyć z urzędem marszałka jednolity program zabezpieczenia zdrowotnego w całym regionie. Ale to się udało zrobić. Ten program nie jest idealny, bo wszystko, co się tworzy w medycynie i w zakresie finansowania świadczeń, jest problemem ewolucyjnym. I z tego trzeba sobie zdać sprawę. To są te moje uwagi do wypowiedzi panów senatorów.

Czy 7,75% czy 8%? Oczywiście, jeżeli będzie 8%, będzie korzystniej, ale jeszcze raz powtórzę, że jeżeli nie ma 8%... Ja się nie zajmuję polityką, ja się zajmuję kontraktowaniem i finansowaniem świadczeń, a nie rozdawnictwem pieniędzy. Niejednokrotnie populistycznie mówi się, że kasa nie dała pieniędzy. Kasa nie daje, bo kasa wykupuje świadczenia i zapewnia je mieszkańcom. To jest, że tak powiem, nowe nazewnictwo, które musi się pojawić, nowe myślenie, które musi się pojawić, bądź co bądź w kadrze, która w większości jest dostosowana do systemu budżetowego, który jest zupełnie innym systemem. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Cieślak, proszę bardzo.

Senator Jerzy Cieślak:

Tylko w nawiązaniu do wypowiedzi pana dyrektora. Proszę państwa, taka jest obiegowa informacja w Polsce, że w związku z ustawami okołobudżetowymi zabrano polskiej służbie zdrowia określone pieniądze. Oczywiście, nie zabrano, tylko nie dodano. Jest to jednak dość istotna różnica, chociaż wymowa propagandowa jest zupełnie inna. I jeszcze informacja, która w zasadzie już może być podana do publicznej wiadomości, chyba przedwczorajsza „Gazeta Wyborcza” ją opublikowała – pierwsze rachunki symulacyjne, dotyczące zmiany list leków refundowanych, wskazują na to, że możemy zaoszczędzić w tym roku na lekach nie mniej niż 900 milionów zł. Ta kwota pokryłaby już tę niedodaną kwotę do składki na ubezpieczenie zdrowotne. Jest więc nadzieja, że w trakcie roku budżetowego nastąpi poprawa. To jest nadzieja uzasadniona, przecież negocjacje ciągle jeszcze trwają. Chciałbym, żebyśmy w tej sprawie byli zgodni, kierownicy publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, kasy chorych i politycy. Sytuacja w ochronie zdrowia jest w tym roku niezmiernie trudna, nie bez powodu, i powinniśmy starać się w ciągu roku budżetowego pozyskać wszystkie możliwe środki, jakie pozyskać się uda, jeszcze po zakończeniu trwających negocjacji, po to, żeby wzmocnić kasy chorych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

Ja bym prosił, żebyśmy nie prowadzili polemiki na temat leków.

Dyrektor Małopolskiej Regionalnej Kasy Chorych Jacek Kukurba:

Jeżeli można, tylko uszczegółowię. Oczywiście, lista leków refundowanych się pojawiła, tylko – Panie Senatorze, to pan się odwoływał do cyfr i liczb – nie pojawiły się ceny leków negocjowanych, a dopóki nie ma cen leków, to ta refundacyjna lista leków nie jest żadnym dokumentem.

Przewodniczący Marek Balicki:

Nie ma cen, bo jeszcze nie mogło być.
Pan senator Cieślak.

Senator Jerzy Cieślak:

Oczywiście, pan dyrektor, podobnie jak ja, doskonale wie, że właściwie wyreżujemy jak gdyby Ministerstwo Zdrowia, prace nad tą listą nie zostały zakończone, ceny zostaną podane. Jeżeli śledzimy to, co jest w programie ministra zdrowia w Internecie, to wiemy, że koniec kwietnia powinien być terminem ostatecznego zakończenia prac w tej sprawie. Ale na pewno jeśli mamy dwunastomiliardowy rynek leków przy prawie pięciu miliardach refundowanych z kas chorych, to jest o co walczyć. W pierwszej kolejności, natychmiast ten rynek powinien być opanowany i kontrolowany. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Czy ktoś z gości chciałby zabrać głos? Trzy, cztery zgłoszenia.
Tylko prosiłbym o stosunkowo krótkie wypowiedzi.
Pan senator Bielawski jeszcze raz.

Senator Janusz Bielawski:

Bardzo krótko tym razem. Ja nie chcę tutaj polemizować z panią dyrektor Miśką, bo wydaje mi się, że i tak zostaniemy przy swoich racjach, ale chcę tylko uświadomić, że numer PESEL nadaje się noworodkowi mniej więcej w trzy miesiące po urodzeniu, a nie bezpośrednio po urodzeniu.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.
Po kolei, pan doktor Masłowski. Proszę bardzo.

**Doradca Prezydenta Konfederacji Pracodawców Polskich
Wiktor Masłowski:**

Ja chciałem podziękować komisji senackiej, że takie spotkanie zorganizowała, bo to jest ważne. Ja z uwagą wysłuchałem informacji pana prezesa urzędu nadzoru, a ta informacja nie dotyczyła tylko roku ubiegłego, ale również lat poprzednich. Nastąpiło

pewne podsumowanie, na którym nam wszystkim bardzo zależy, bo od tego zależy postawienie diagnozy i zastosowania terapii.

Zgadzam się z tym, że czas skończyć z tymi różnymi politykami. Ważne jest jednak to, ażebyśmy nie zaprzepaścili tego trzyletniego doświadczenia, kiedy kasy chorych dostały bardzo dużą swobodę funkcjonowania, bo każda z tych kas chorych ma inne doświadczenia, w innych warunkach pracowała, ważne więc, żeby to wykorzystać. Zresztą taka intencja była w wystąpieniu pana prezesa.

Kwestia cen, kwestia taryfikatora – dość dużo było na ten temat mówione. Jest to kwestia, o której się dość dawno rozmawia. Kierunek jest słuszny, trzeba tę kwestię w skali kraju uporządkować, tak samo jak ujednoczyć tę politykę.

Kwestia słownika. Oczywiście, każda z kas inaczej interpretuje podstawową opiekę zdrowotną, inaczej definiuje dostępność, jakość świadczeń, kompleksowość – taki słownik jest więc potrzebny.

Jest też oczywiście kwestia limitów, która tutaj nie została poruszona, a warto by się nad tym zastanowić. Ja tutaj reprezentuję Konfederację Pracodawców Polskich i my składamy panu prezesowi deklarację pełnej współpracy, jako świadczeniodawcy, w porządkowaniu tej sytuacji.

Sprawa określenia, za jakie taryfy będą te środki wypłacane, czy pozostajemy przy starej nomenklaturze – za łóżko, osobodzień, hospitalizacja, czy pójdziemy w stronę procedur, co wydaje się rozwiązaniem bardziej nowoczesnym, stosowanym przez kilka kas. Wydaje się, że doświadczenie kasy zachodniopomorskiej, kujawsko-pomorskiej w tym zakresie jest bardzo duże i warto by z tego doświadczenia skorzystać.

Kwestia profilaktyki, o której pan prezes mówił, jest także bardzo ważna i istotna. Faktycznie jest to część szczytkowa, jeśli chodzi o dotychczasowe funkcjonowanie przynajmniej kas chorych. Mam nadzieję, że na tę profilaktykę będziemy zwracać większą uwagę. Mój niepokój budzi fakt zmniejszenia nakładów na narodowe programy zdrowia w planie budżetu na rok bieżący o 96 milionów zł, być może, czego bym chciał, kasy chorych w swoich planach finansowych na ten rok kwotę na profilaktykę zwiększą.

To, co nas wszystkich trapi w roku 2002, to poważne informacje, że faktycznie mogą pokazać się deficyty.

Pozostaje też kwestia informacji, która może wpłynąć, przekazanej w dniu wczorajszym przez panią minister Banach, przez ministra Hausnera, dotyczącej wzrostu bezrobocia do 20% we wrześniu, przy spadku środków na finansowanie nieubezpieczonych o 24 miliony zł w projekcie budżetu na rok bieżący.

Kwestia ubożenia społeczeństwa – to wszystko też może rzutować na wielkość składki w roku przyszłym, aczkolwiek informacje za styczeń, jeżeli chodzi o Mazowsze, są budujące, bo o 3% jest wyższa zbieralność składki, niż to było planowane.

Została tutaj poruszona przez państwa jeszcze jedna bardzo ważna kwestia – my też chętnie byśmy tutaj współpracowali – chodzi o brak restrukturyzacji, o czym mówił pan dyrektor Idzikowski. Myśmy, jako pracodawcy, złożyli 10 stycznia pewne propozycje z dość bogatą informacją na temat funkcjonowania w przyszłości samodzielnych zakładów, deklarujemy współpracę w tym zakresie, bo mamy przekonanie, że jest to nasz wspólny problem. Przy okazji chciałem powiedzieć, że to nie jest tak, że świadczeniodawcy są po jakiejś innej stronie barykady, jak ktoś tutaj mówił. To nie jest tak, jedziemy na jednym wózku i bardzo cenne są słowa pana prezesa i pana dyrektora Idzikowskiego o ogromnej woli współpracy w tym zakresie, bo to jest nasz wspólny

interes i nie możemy być po różnych stronach barykady. Oczywiście, na restrukturyzację trzeba pieniędzy, pan senator Cieślak tutaj to zauważył, ale w planie budżetu na rok bieżący w rezerwach celowych jest raptem kwota 120 milionów zł na tę restrukturyzację i jest to zmniejszenie o 260 milionów zł względem roku ubiegłego.

Kwestia leków. O tym wszyscy tutaj mówili, jest to rzecz bardzo trudna, faktycznie ważna i konieczna do uporządkowania.

Wreszcie, a w tym też chcielibyśmy jakoś uczestniczyć, kwestia naszych organów tworzących, kwestia udziału samorządu w funkcjonowaniu systemu. Wydaje się, według tych państwa opinii, że koncepcja tworzenia rad kas chorych przez samorząd wojewódzki nie sprawdziła się do końca, warto by więc tę kwestię także przeanalizować i rozważyć, jakie wnioski można by z tego wyciągnąć na przyszłość.

Kwestia oddłużania szpitali. Kilkakrotnie szpitale w Polsce były oddłużane i nie zahamowało to spirali zadłużania się. Można powiedzieć, że po pewnym oddłużeniu w roku 1999, w 2000 r., które następowało fragmentarycznie, to zadłużenie szpitali dalej postępuje i wynosi ono w tej chwili, jak się szacuje, około 5 miliardów zł. Ale jest pytanie bardzo ważne i trudne: czy proste oddłużenie, inny mechanizm czy też zastanowić się nad jakością i restrukturyzacją, która jest procesem bardzo trudnym, jakością zarządzania wewnątrz szpitali, o czym tutaj też była mowa?

Ja w imieniu Konfederacji Pracodawców Polskich chciałem serdecznie podziękować panu przewodniczącemu komisji za zorganizowanie tego spotkania i liczymy na to, że stanie się ono w przyszłości podstawą właściwej terapii systemu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu przewodniczącemu.
Prosiłbym teraz panią przewodniczącą Milewską.

**Przewodnicząca Rady Krajowej
Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia
Alicja Milewska:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Senatorowie! Szanowni Goście!

Wielu znawców reformy jako zalety podnosi przede wszystkim dwie kwestie: wyłonienie składki zdrowotnej i zaistnienie instytucji zakupu świadczenia zdrowotnego. Chcę powiedzieć, że zgadzam się z tym, aczkolwiek mam, mamy, bo reprezentuję federację, zastrzeżenia także co do tych dwóch pozytywów. Poglębiłam te swoje zastrzeżenia, wysłuchawszy po raz n-ty, chyba piąty, wystąpienia panów prezesa i wiceprezesa UNUZ. Muszę powiedzieć, że jest to wiedza, którą trudno przecenić, dzięki niej można zrozumieć to, co trudno wyczytać w bardzo krótkich opracowaniach, właściwie jest to bardzo trudno dostępne z uwagi na ciągłe zasłanianie się kwestią samorządności i tajności umów, szczególnie tutaj. A dlaczego? Jak zwykle oczywiście, jako reprezentant strony pracowniczej, najwięcej mam zastrzeżeń do tej części – w pełni tu popieram pana senatora Cieślaka – która dotyczy marnotrawstwa grosza publicznego, między innymi, na płacenie odsetek. Chodzi o to, żeby dzięki tej wspólnej polityce, a także, mimo wszystko, koordynacji na szczeblu kraju nie dochodziło do takich sytuacji, w których sam system nie jest w stanie sobie pomóc. To właśnie, oczywiście w ramach tego powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, wydaje mi się najgorszym grzechem, który popełniono w tym czasie. I nie jest to

grzech samych dyrektorów pojedynczych kas chorych, tylko jest to przede wszystkim grzech tych, którzy wprowadzali tę reformę i którzy w sposób świadomy, między innymi, doprowadzili do takiej sytuacji. Teraz oczywiście możemy rozliczać każdego z osobna, a uważam, że jest co rozliczać wewnątrz każdej kasy chorych, również na poziomie dyrektorów, ale to akurat system narzucił taki właśnie sposób działania, a nie dyrektorzy.

Co do drugiej kwestii, która bardzo rzutuje na to, jaka jest kondycja finansowa zakładów, a także kondycja w ogóle tych, którzy są wykonawcami świadczeń zdrowotnych, to jest pewna taka maniera, którą ciągle jeszcze obserwuję. Szczególnie to odczułam, kiedy korespondowałam z dyrektorami regionalnych kas chorych na temat realizacji ustawy 203. I muszę powiedzieć, że odpowiedzi, które uzyskiwałam, najczęściej pouczyły mnie w sposób, powiedziałabym, bardzo dogłębny, że w ogóle nie mam racji we wszystkim i oczywiście, że jakby usiłuję namówić dyrektorów kas chorych, a także szefów rad kas chorych do tego, żeby wprowadzili wspólnie z pracodawcami jakąś politykę w zakresie, między innymi, chociażby określonej wyceny świadczenia zdrowotnego i żeby koszty pracy w tej strukturze wyceny świadczenia stanowiły znaczącą część. I chodziło nie tylko o pójście w ilość, jeśli chodzi o świadczenia zdrowotne, ale przede wszystkim o cenę zakupu, czyli cenę tego świadczenia. To między innymi podawano w argumentacji. Kasa jest odpowiedzialna za zapewnienie świadczeń, ale kasa jest odpowiedzialna także za jakość i uczciwą wycenę tego świadczenia.

Trudno nam było namawiać, i dlatego częstokroć nie robiliśmy tego, naszych koleżanek i kolegów w zakładach do rozliczania niektórych pracodawców za to, że nie ma podwyżki. Aczkolwiek, z pełną świadomością chcę to powiedzieć, wielu pracodawców mogło dać tę podwyżkę, a jej nie dało. I nie jest to wyłącznie wina złego kontraktu z kasą. To nie jest tak. Oczywiście, możemy powiedzieć, że wina jest wyłącznie po stronie tego, który kontraktował to świadczenie, wyłącznie po stronie kas.

Jeżeli w tym roku bieżącym nadal będzie promowana taka polityka wyłącznie pójścia w ilość świadczeń zdrowotnych, to jest to pójście w bardzo złym kierunku, ponieważ co z tego, że tak będzie, skoro świadczeniodawcy, między innymi, będą oszukiwać nas wszystkich. Jeden dyrektor zakładu, jak nie ma możliwości, a zgłaszają się do niego ludzie, bo chcą uzyskać świadczenie, to stanie twardo na granicy prawa i powie, że on właśnie nie chce. I zjawił się jeden dyrektor instytutu naukowo-badawczego, który powiedział, że działa zgodnie z prawem i wyszedł na tym nie najlepiej, niezależnie od tego, co zrobił, czy zmniejszył strukturę, ograniczył liczbę łóżek, zmniejszył zatrudnienie. No i co z tego? Jest w takiej samej złej sytuacji jak ci, którzy nie zrobili tego w ogóle, bo teraz jest popyt na to świadczenie, mógłby zawrzeć kontrakt, a okazuje się, że nie ma, że tak powiem, kim wykonać tego świadczenia. Sytuacja na rynku świadczeń zdrowotnych jest dynamiczna, zmienia się, więc jest to szalenie trudne.

Ja bym apelowała jednak o bardzo ostrożną politykę w zakresie restrukturyzacji zatrudnienia. W momencie, kiedy przystępuje się do koordynacji polityki zdrowotnej, zarówno na szczeblu kraju, jak i na szczeblu regionalnym, osoby za to odpowiedzialne muszą działać naprawdę rozsądnie, bacząc nie tylko na to, co dzieje się w tej chwili, ale także na to, jak to się rozkłada w czasie, biorąc pod uwagę dane demograficzne.

Chciałabym bardzo podziękować za tę dyskusję, bo myślę, że każdy z nas się z takiej dyskusji uczy. Jest to szalenie ważne, kiedy wszyscy się uczymy tego systemu. Niemniej ja widzę na obecnym etapie – w kategoriach przegranej i wygranej – jednego najbardziej przegranego, to jest pracownik. I apeluję o to, żeby w przyszłości w tej po-

lityce zdrowotnej i oczywiście także w polityce kas chorych zwracać większą uwagę na pracownika i jego sytuację materialną, mimo że nie jest to oczywiście podstawowe zadanie kasy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo pani przewodniczącej.

Trzy osoby jeszcze zapisane są do głosu: pan dyrektor Bautembach, pan minister Kuszewski, pan minister Piróg.

Proszę bardzo, Panie Dyrektorze.

**Członek Zespołu Konsultantów Społecznych
do spraw Reformy Ochrony Zdrowia
przy Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej
Sławomir Bautembach:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja chciałem króciutko opowiedzieć sobie i państwu o pewnych sprawach, one nie będą szczegółowe. Zacznę od filozofii systemu, który został wprowadzony w 1999 r., po różnych modyfikacjach, sprzeczkach, przede wszystkim politycznych, a nie merytorycznych, pamiętam je, ale pamiętam także, że filozofia systemu zakładała, że jego osią ma być pacjent. Tak, pacjent. Ponadto system miał upodmiotowić i świadczeniodawcę, i kasy chorych. W rezultacie, nie chcę dociekać przyczyn, pojawił się właściwie jeden podmiot – kasy chorych. Tak się stało zresztą nie z winy samych kas. I to, co dzisiaj państwo mówicie – dla mnie oczywiście, to jest moja subiektywna ocena – potwierdza, że mam rację, że tak jest. Ja oczywiście mogę to także oceniać w miarę obiektywnie, bo jestem zarówno świadczeniobiorcą, jak i świadczeniodawcą, jestem bowiem członkiem Rady Kas Chorych, tak że mogę na to patrzeć trochę szerzej.

Pani senator pytała, co dalej, co zrobić, żeby nie niszczyć wszystkiego, ale jednak coś robić. Proszę państwa, ja trochę przesadzę w tym, co w tej chwili powiem, bo tak to do końca nie jest, ale de facto mamy jeden państwowy system ubezpieczeń zdrowotnych – proszę brać pewną poprawkę na to, co mówię – tak, jest jeden, nie można należeć do innego, bo innego nie ma. I UNUZ pełni w tym systemie rolę specjalnego kontrolera – gdybym ja był właścicielem zakładu ubezpieczeniowego, funduszu ubezpieczeniowego, też bym takiego kontrolera miał. Proszę państwa, jeżeli tak jest, to proszę sobie wyobrazić, czy jakikolwiek fundusz ubezpieczeniowy pozwoliłby sobie na taką sytuację, jaka jest dzisiaj, że jego kontroler nie potrafi odpowiedzieć na proste pytania: jak są wydawane pieniądze, które on zbiera, jak one są dzielone, czy wedle określonych zasad? Oznacza to, proszę państwa, że filozofia systemu się załamała. Ja parlamentarzystom o dużo większym stażu przypomnę, że w początkowej ustawie było napisane, że dopuści się w określonym czasie rynek ubezpieczeniowy, to znaczy wpuści się ubezpieczycieli. I pamiętam, że w momencie, kiedy to miało wchodzić w życie, byłem pytany o zdanie. Byliśmy przeciw temu, ponieważ uważaliśmy, że jesteśmy do tego nieprzygotowani. Sądzę, że nie wyciągnęliśmy z tego wniosku, to znaczy, że patologia systemu, w mojej ocenie, się pogłębia.

Muszę powiedzieć, że buduje się jakaś dziwna bariera pomiędzy tym, kto ten fundusz czy te ubezpieczenia nadzoruje, czyli UNUZ, a siedemnastoma kasami cho-

rych, które zostały upodmiotowione i które rzeczywiście prowadzą własne polityki, nie korelujące między sobą. Wyobraźcie sobie państwo teraz, że przeprowadzam się do innego województwa i de facto moim zmartwieniem i każdego z tych, którzy są podmiotem tego systemu albo przynajmniej powinni być... No bo już płacenie składki to uciążliwość, więc reszta powinna być poza nami, czyli poza pacjentami. A oni niestety w tym systemie nie umieją się poruszać, są często stawiani w bardzo trudnych, stresujących sytuacjach, a przecież wystarczającym stresem jest choroba.

Patrząc na to, należałoby sobie odpowiedzieć na pytanie, czy jak gdyby ten system nie wyczerpał swoich możliwości. Ja jestem za systemem ubezpieczeniowym, nie wyobrażam sobie innego, ale organizacja tego systemu, w mojej ocenie, proszę państwa... Mamy bowiem siedemnaście podmiotów, które de facto, przepraszam, biorą pieniądze z jednej kupki, wedle tego, ilu ubezpieczonych zostanie przypisanych do danej kasy. Obrazował to jeden ze slajdów, który pokazywał pan wiceprezes. W tym samym czasie różne instytucje państwowe, poważne, pokazywały dane i wedle tego dzielono. Nie wiem więc, czy rzeczywiście ten system, w tej organizacji nie wyczerpał swoich możliwości, czy dalsze takie jego trwanie nie będzie tylko pogłębianiem stanu patologicznego.

Istniejące dzisiaj kasy chorych, czyli te siedemnaście podmiotów, są, proszę państwa, organizacjami non profit, tak jak gdzieś jest zapisane w ustawie, i jeżeli menedżer czy dyrektor zakładu publicznego doprowadzi do wzrostu zobowiązań czy zadłużenia, na przykład podwyższając płace, to powinno być tak, że ten menedżer kasy chorych, który doprowadził do tego, że jest dodatni wynik finansowy lub ujemny... Pomijam fundusz rezerwowy, który musi być ustawą wprowadzany, ale jakieś sankcje lub wynagrodzenia muszą być. Proszę państwa, istnieje bowiem druga strona medalu. Chodzi mi o szpitale, czyli świadczeniodawców, i nawet jeśli jest to 100 milionów zł – tutaj z tych danych wynika, że jest dodatni wynik w sumie w kasach, 690 milionów zł, a około 590 milionów zł jest funduszu rezerwowego – to o te 100 milionów zł powinny być mniejsze zobowiązania zakładów opieki zdrowotnej, a nie powinien być pokazany dodatni wynik finansowy kas chorych, bo to się kłóci z filozofią istnienia tego systemu, przecież ten ciężar się przerzuca na kogoś innego.

Nie mam folii, ale mógłbym pokazać, jak to wygląda, na przykład jeśli chodzi o szpitale kliniczne, przynależne od pałdziernika do akademii medycznych. Jest tak, że jakakolwiek akademie czy szpital kliniczny, znaczy ten sam szpital w dwóch różnych kasach na przykład, czyli są to różne kasy chorych, ich jest tutaj w sumie jedenaście... Każdy z tych szpitali, proszę państwa, się zadłuża. Oczywiście, można mówić, że tam nie ma restrukturyzacji itd., ale prawda jest też taka, że zadłużenia, na przykład tych szpitali klinicznych, wysokospecjalistycznych, gdzie w rezultacie każdy w potrzebie będzie musiał trafić, rosną, a kasy, w których one są, w większości mają dodatni wynik finansowy. A zapytajcie dyrektorów tych szpitali, zapytajcie prorektorów do spraw klinicznych, jakie oni mają olbrzymie kłopoty w tej chwili między innymi z tym, żeby dostawca dostarczył lek ratujący życie. Jak pan nie da pieniędzy, to panu nie dostarczymy – słyszą. Tak się zaczyna dziać.

Kończąc, Panie Przewodniczący, przepraszam, miałem mówić krótko, odpowiem na pytanie w ten sposób: to państwo tworzący prawo w tym kraju, w Polsce, powinniście się więc zastanowić, czy system ubezpieczeń zdrowotnych w tej formule nie wyczerpał swoich możliwości. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu dyrektorowi.
Proszę pana ministra Kuszewskiego.

Doradca Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Krzysztof Kuszewski:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Państwo Senatorowie i Goście!

Proszę państwa, zastanawiam się, czemu miało służyć to spotkanie, takie sobie zadałem pytanie, kiedy słuchałem, i doszedłem do wniosku, że po to, by pokazać, jakie są trudności systemu. I chyba to zadanie zostało zrealizowane. Pokazano, że ten system ma trudności finansowe, które wynikają z pewnych zaszczości, o tym mówił na przykład pan senator Cieślak, system wszedł w realizację reformy dramatycznie zadłużony. Ja jestem tym człowiekiem, który zostawił 1 miliard 760 milionów zł, dokładnie tak jak pan powiedział, na oddłużenie zakładu, te pieniądze poszły na co innego. W następnym roku było to tylko 300 milionów zł. Czyli złe wejście systemu, zmiany w ubezpieczeniu zdrowotnym, przyjęte przez Wysoką Izbę i Senat, a podpisane przez prezydenta w lutym 1997 r., są przyczyną tego, że mówimy w tej chwili o wielu patologiach, których powinno w ogóle nie być. Bo gdybyśmy wdrożyli rejestr usług medycznych wtedy, kiedy mieliśmy to zrobić, to byśmy wiedzieli, gdzie są te pieniądze, wiedzielibyśmy, ilu jest ludzi, bo każdy miałby książeczkę lub kartę – nie wchodząc w szczegóły.

Wydaje mi się więc, że skoro wiemy, czemu to miało służyć, to ja pójdę krok dalej. Przecież przed drzwiami stoi decyzja, jak ten system zmienić, mówił o tym mój przedmówca. Ja chciałbym się odnieść do tej sprawy może bardziej pod tym kątem, jak ten system może być zmieniony. Są dwie filozofie – w jednej chodzi o poprawianie czegoś, w drugiej jakby o zupełne odwrócenie systemu.

O czym chcę mówić? Proszę państwa, dotąd uważaliśmy, że jeżeli decyzja i pieniądze są dostatecznie nisko umocowane, wtedy lokalna ludność, lokalni płatnicy składki, tak powiem, mają na to wpływ. W którymś momencie przy zmianach ustawy odebrano ten wpływ, stworzono go tak bardzo iluzorycznym i nazwano to upolitycznieniem rad kas, bo wybierał sejmik, ale jednak sejmik, była ta pełna autonomia, ale były oddziały tych regionalnych kas, które były bliżej ludzi.

Proszę państwa, można by powiedzieć, że upraszczamy system, w domyśle – w przyszłości, bo zmniejszymy liczbę urzędników w tych kasach, liczbę tych wspinających budynków, tych doskonałych samochodów itd. Otóż, proszę państwa, w Polsce wydarzył się jeszcze jeden cud nad Wisłą, ten system bowiem, powszechnie uważany za drogi, okazał się najtańszym systemem w Europie. Koszt finansowania tego systemu zamyka się między 0,96% a 1,52% – są to dane jeszcze z krajowego związku kas, który pamiętam, zanim go rozwiązano. Jest to więc system tani.

I chciałbym państwu jeszcze powiedzieć, bo to państwo będziecie podejmować tę dyskusję, co napisał pan profesor Leoski, który pisał o reformach w różnych krajach. Pisał on, że wśród negatywnych skutków reformy w Wielkiej Brytanii na pierwszym miejscu wymienia się podwojenie kosztów administracyjnych narodowej służby zdrowia. Przed reformą wynosiły one 5% do 6% kosztów systemu, po reformie było to 11,6%. W Polsce jest to 1,5%. Proszę państwa, proponuję też rozważyć, co zrobić, żeby poprawić ten system. Bo chciałbym, żeby jedna rzecz była jasna: ten system rze-

czywiście doprowadził do głębokiej patologii, to jest fakt. Takie wprowadzenie tego systemu doprowadziło do głębokich patologii. Dlaczego? Nie stosowano profesjonalnych narzędzi, systemem tym na samym początku nie zarządzali w znacznej mierze ludzie profesjonalni, a ludzie z wyboru politycznego, raz celnego raz niecelnego, nie wchodzi w to, bo się tym nie zajmuję, nie zastosowano standardów leczenia, które były przygotowane – cztery rodzaje podstawowych standardów zostało do dziś nieużytych, mimo że zostały w krajowym związku odnowione. Proszę państwa, przy tym wszystkim mówi się, że było prowadzone siedemnaście polityk zdrowotnych. A polityka zdrowotna, po prostu, nie była prowadzona. Tamten rząd zdecydował, że się tym nie będzie zajmował. Posiedzenie międzyresortowego komitetu Narodowego Programu Zdrowia odbyło się raz, aby wybrać pana wicepremiera Tomaszewskiego na prezesa, po czym go zlustrowało i nigdy więcej komitet się nie zebrał. Czyli narodowy program budowania zdrowia był nierealizowany.

My tu właściwie mówimy o płaceniu za świadczenia, w tym za świadczenia profilaktyczne, i powiedzmy sobie szczerze, że tylko o tym mówimy, a nie mówimy o żadnej polityce zdrowotnej, bo jej naprawdę w tych kasach nie było. Niektóre kasy wprawdzie prowadziły ją zamiast rządu, są takie kasy jak zachodniopomorska, które miały wyśmienite programy, pewnie były i takie na Śląsku, z tego, co tutaj słyszałem, ale tak dobrze ich nie znam, ale był i cały szereg innych programów. I to jest to, co jest bardzo ważną częścią reorganizacji tego systemu czy jego poprawiania – budowanie zdrowia w miejsce płacenia, tylko i wyłącznie za medycynę naprawczą.

A teraz powiem o zmianie filozofii. To chyba już ostatnia sprawa, która spowodowała, że zdecydowałem się wystąpić publicznie po takim dłuższym okresie milczenia, bo sobie poprzysięgłem, że nie odezwę się nijak po tym, kiedy uznałem, że to, co uważałem za pewną wartość, odejdzie. Chodziło mi o uspołecznienie tego systemu. Ten system, proszę państwa, w wydaniu takim chłodnym, zimnym, kiedy będziemy liczyli tylko koszty i będzie prawdopodobnie jeden centralny kasjer, który centralnie będzie rozdzielał te pieniądze, według mnie jest systemem dla państwa niebezpiecznym. Dlatego zabrałem głos, bo uważam to za wielkie niebezpieczeństwo, a to z paru powodów. Po pierwsze, takiej centralizacji systemu nigdzie nie ma, nie znam takiej centralizacji, jaką się proponuje. A po drugie, wszystkie nieprawidłowości tego systemu nie znajdują ujścia na poziomie najbliższym temu, który ma trudności z tym systemem ochrony zdrowia. I dlatego uważam, że warto rozważyć, czy rzeczywiście nie powinno się dać należytej autonomii oddziałom regionalnym, nie ważne, jak się one tam będą nazywały, tego projektowanego funduszu ochrony zdrowia.

I ostatnia sprawa, o której chcę powiedzieć, proszę państwa, ciąży jak grzech pierworodny, a przeszliśmy obok niej chyba trochę bokiem. Proszę państwa, nakłady na ochronę zdrowia w Polsce, te z publicznych pieniędzy, czyli z naszej składki, są bardzo niskie. Społeczeństwo polskie jest zmuszone do dopłacania ogromnej kwoty. Według takich badań, które prowadziła pani profesor Golinowska, też na zlecenie krajowego związku, między innymi badała, jakie są prywatne nakłady, razem jest to prawie 400 dolarów, przepraszam, powiem w dolarach, ale za chwilę zamienię, bo chcę porównać z innymi krajami, czyli 400 dolarów na osobę na rok i to jest 1 tysiąc 600 zł. Pan prezes Żemojda powiedział, że nakłady kasowe średnie wynoszą około 600 zł, czyli prawie 1 tysiąc zł, więcej niż połowę, polskie społeczeństwo dokłada do tego systemu, stąd system jest głęboko niedofinansowany. A płacą najbiedniejsi, płacą cho-

rzy i dopłacają niesamowite sumy do leków – to już wszyscy wiemy. Te zmiany, które prowadzi ministerstwo, pewnie do czegoś doprowadzą.

Dlaczego to wszystko mówię? Bo do tego trzeba się odnieść w taki sposób, że są ludzie, którzy mogą się ubezpieczyć w ubezpieczeniu dodatkowym, a to są dodatkowe pieniądze do systemu. Są ludzie, którzy mogą zapłacić drobne opłaty, to jest niepopularne politycznie, ale raz to zrobiliśmy już, potem ktoś to wycofał, biednych można z tego zwalniać. Inaczej ten system będzie stale kulał i nie będzie można robić medycyny na dobrym poziomie.

Bardzo proszę państwa senatorów, aby wzięli to wszystko pod uwagę, głównie to, że to nie polega tylko na tym, w jaki sposób wydamy pieniądze, czy to będzie bardziej czy mniej centralnie, ale za tym jest cały szereg bardzo ważnych innych spraw, o których mówiłem. Dziękuję.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo.

I ostatni zgłoszony, pan dyrektor Piróg. Proszę bardzo.

**Pełniący Obowiązki Dyrektora
Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”
Maciej Piróg:**

Panie Przewodniczący! Państwo Senatorowie! Pani Minister! Panie Ministrze! Szanowni Goście!

Po tych dwóch wypowiedziach bardzo trudno mówić na całkiem inny temat, ale ja chciałbym mówić na temat finansowania leczenia chorych dzieci, co zdecydowanie odbiega od tych dwóch ostatnich wypowiedzi.

Kiedy mówimy o obecnym systemie, o próbach jego zmodyfikowania czy zmiany, to myślę, że dość łatwo ferować wyroki, dość łatwo snuć pewnego rodzaju dywagacje, w jaki sposób to powinno wyglądać, trudniej to zrobić. Dzisiejsze spotkanie, poświęcone wynikom finansowym kas chorych, zgodnie z wypowiedzią pani marszałek Krzyżanowskiej, przekłada się w sposób oczywisty na to, co jest rzeczywistym przedmiotem zainteresowania społeczeństwa i tych, którzy te świadczenia wykonują, czyli świadczeniodawców i pacjentów. Jesteśmy w takim gronie, wśród różnych instytucji finansujących, bo jak się okazuje, są różne instytucje finansujące ochronę zdrowia, nie tylko budżet w postaci ministra i kas chorych, póki co siedemnastu kas chorych, są też różne inne podmioty. Ja wiem, o czym mówię, ponieważ kieruję takim instytutem, który ma kontrakty z osiemnastoma kasami chorych – traktując ministra zdrowia jako tę osiemnastą, kontrolującą procedury wysokospecjalistyczne – i którego budżet z macierzystej kasy chorych stanowi zaledwie około 40% całego budżetu zakładu. Jest to dość szczególny instytut. Tutaj kilkakrotnie o tym mówiono, że są takie trudności, ale także są profity z tytułu kontraktowania usług ze wszystkimi finansującymi publicznymi środkami, dysponującymi podmiotami – i to jest bardzo istotne. Czy to jest utrudnienie czy ułatwienie? To jest oczywiście trudne. Kilkakrotnie na tej sali padały takie sformułowania, że toczy się jakaś ciągła wojna, w efekcie której widoczne jest pogłębianie się kryzysu kondycji ochrony zdrowia. Ta wojna jest absolutnie niepotrzebna ani pomiędzy kasami, ani pomiędzy kasami a UNUZ, ani, broń Boże, mię-

dzy świadczeniodawcami i kasami chorych. Tutaj do wypowiedzi niektórych z państwa można by tylko dodać: ty świadczeniodawco, ty kasiarzu! Ale po co w ten sposób? Można całkowicie inaczej, wiem o tym, że można, bo tak to wygląda. To nie chodzi o zadekretowanie przyjaźni lub bycia po tej samej stronie, ale chodzi o normalną rozmowę profesjonalistów, w których jeden umie dostrzec profesjonalizm swojego partnera – partnera, a nie przeciwnika, partnera a nie konkurenta, bo konkurencja jest gdzie indziej i powinna być stosowana w sposób ograniczony. Jeżeli podejmiemy w ten sposób, to będzie dużo łatwiej i dużo prościej. A zmiany systemowe są potrzebne i nie tylko chodzi o to, czy jedna, sześć czy siedemnaście kas chorych, nie tylko o to, czy system ubezpieczeniowy czy zaopatrzeniowy, potrzebne są zmiany, które wynikają z doświadczenia na szerokim obszarze działania, w różnych miejscach.

Chciałbym państwu powiedzieć, że określona w tej chwili przeze mnie jako absolutnie fatalna kondycja finansowa tych zakładów, zwłaszcza zakładów opieki zdrowotnej poziomu referencyjnego „trzeciego” i „trzeciego plus” w zakresie leczenia dzieci, przede wszystkim dzieci, jest jakąś regułą, widoczną przynajmniej przez ostatnie trzy lata, a myślę, że także i wcześniej. Po prostu, dofinansowywanie czy finansowanie dzieci leczonych w sposób specjalistyczny absolutnie odbiega od tego, z czym mamy do czynienia w innych specjalnościach medycyny. Wtedy, kiedy do tego dziecka dodamy matkę, już jest troszeczkę lepiej, ponieważ usługi w zakresie ginekologii i położnictwa finansowane są lepiej. Wtedy, kiedy mamy do czynienia z oddziałami drugiego czy pierwszego poziomu referencyjnego, z oddziałami zachowawczymi leczącymi dzieci, ale także i chirurgicznymi, może sobie dyrektor takiego szpitala pomóc lepszym finansowaniem chorych dorosłych. Wtedy, kiedy szpital leczy dzieci w sposób specjalistyczny i leczy tylko dzieci, to nie jest tak... Akurat trzy instytuty leczące dzieci, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Centrum Zdrowia Dziecka i Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, na przestrzeni wielu lat miały takie nieszczęście, że były źle zarządzane. Może coś w tym jest, ale na pewno nie tylko o to chodzi i na pewno nie z tego powodu kondycja pediatrii w Polsce, jeżeli chodzi o jej finansowanie, jest fatalna. Czy tutaj ma znaczenie nieprofesjonalizm partnerów? Myślę, że nie. Jest to jakiegoś rodzaju zaszczość, która powinna być zmieniona sposobem myślenia i podejścia do tego, ale sposobem absolutnie systemowym. Absolutnie systemowym, polegającym na uznaniu tego, a może nie uznaniu, bo tak rzeczywiście jest, ale przełożeniu tego na praktykę, chodzi o to, że leczenie dzieci po prostu jest droższe.

Jako anegdotyczne i kuriozalne przykłady, to już na koniec mojej wypowiedzi, może służyć takie oto sformułowanie, które usłyszeli moi negocjatorzy – nie w kasie mazowieckiej, na której terenie jesteśmy usadowieni, tylko w jednej z pozostałych – że przecież to normalne, że żywienie pozajelitowe, bardzo droga i bardzo specjalistyczna procedura u dzieci kosztuje mniej niż u dorosłych, bo przecież takie dziecko mniej je. (*Wesołość na sali*) No więc, jeżeli do końca będziemy mieli do czynienia z takim podejściem... Mnie nie chodzi o ośmieszanie w tym momencie płatnika, tylko o sposób podejścia do leczenia dzieci.

Podam jeszcze drugi i ostatni przykład pewnego niezrozumienia. Ja wiem, czemu służy bronienie się kasy chorych przed powtarzalnością leczenia z tego samego powodu w ciągu trzydziestu dni, o tym zapisie mówiła pani dyrektor Misińska, to jest powtórzone w bardzo wielu kasach. W ten sposób od dwóch lat Centrum Zdrowia Dziecka ma niefinansowane leczenie cykliczne jednodniowe procedur cytostatykami, ponieważ są u dzieci procedury, które są wykonywane częściej niż co trzydzieści dni,

w związku z tym ja się nie mieszczę w zakontraktowanym produkcie i tego typu działalność, jak wiele działalności w tym instytucie, ale także i w innych poziomu referencyjnego „trzy” i „trzy plus”, są wykonywane za darmo. Jest to jeden z powodów złej kondycji szpitali leczących dzieci. Tylko proszę zrozumieć, w onkologii pewnych procedur nie można nie czynić. W onkologii dziecięcej też nie można, nawet wtedy, kiedy są nieopłacane. Z tego to tytułu także wynika kolosalne, bo prawie dwustumilionowe, zadłużenie tych trzech instytutów, o których mówiłem, leczących dzieci.

Słowa te kieruję pod rozagę i urzędu nadzoru, i państwa zarządzających kasami chorych, ale także ministra zdrowia, po to, żeby to, a wszyscy mówimy o coraz mniejszej populacji dzieci i młodzieży, zmienić, bo to wymaga zmiany. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu ministrowi.

Więcej zgłoszeń do dyskusji w tej części nie było.

Ja chciałbym jeszcze raz zapytać pana ministra Kopczyka czy panią minister Wojtalę...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Po wypowiedzi UNUZ, tak?

To zapraszam prezesa Żemojdę o ustosunkowanie się do całej ustawy.

Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych Michał Żemojda:

Bardzo krótko. Rzeczywiście, po raz wtóry prezentuję sytuację finansową kas chorych, ale my nie prezentujemy jej tylko po to, żeby po prostu zaprezentować. Na podstawie tych danych nasuwają się oczywiste wnioski, niezależnie od tego, gdzie jesteśmy, jakie zadania w zakresie ochrony zdrowia wykonujemy.

Ja chcę krótko odnieść się do ostatniej wypowiedzi. Tu padały słowa o wojnie, o UNUZ, kasach chorych itp. Ale nie ma żadnych wojen. Trzeba pamiętać o jednym, że w systemie ochrony zdrowia do różnych instytucji należą określone zadania, a więc jest rząd, konstytucyjna odpowiedzialność za ochronę zdrowia... Z tą konstytucyjną odpowiedzialnością przez ostatnie parę lat różnie bywało i nie ma co o tym mówić. To, co pan doktor Kuszewski powiedział, że nie ma żadnej polityki zdrowotnej, ja ubrałem może w bardziej delikatne słowa, ale to jest fakt.

Urząd nadzoru został powołany do ochrony interesów ubezpieczonych i kontroluje legalność działalności kas chorych w zakresie podejmowanych przez nie uchwał oraz w zakresie gospodarki finansowej, chodzi o legalność, celowość, rzetelność i gospodarność. I urząd po prostu stara się aktywnie swoje zadania realizować. Ponieważ przysługują mu określone środki władcze i dochodzi do sporu między instytucją państwową a samorządną kasą chorych, to od rozstrzygania tych sporów jest niezawisły organ, czyli Naczelny Sąd Administracyjny.

W tej dyskusji, moim zdaniem, pojawiały się pewne głosy, mówiliśmy o kasach chorych, trochę mówiliśmy o świadczeniodawcach, w jakiejś pewnej kolejności, ale w tej dyskusji najmniej było mowy o tej osobie najważniejszej, czyli o ubezpieczonym. I trzeba od tego zacząć, że wszyscy, to znaczy wszystkie podmioty uczestniczące w systemie ochrony zdrowia, powinniśmy dbać przede wszystkim o to, żeby pacjenci,

ubezpieczeni w tej trudnej sytuacji finansowej mieli w miarę równy dostęp do ochrony zdrowia, niezależnie od tego, gdzie mieszkają, żeby miejsce zamieszkania nie preferowało określonej osoby. Na drugim miejscu powinni być świadczeniodawcy, czyli ci, którzy realizują, a na ostatnim miejscu w tej działalności powinna być kasa chorych czy inny podmiot, który kontraktuje świadczenia. Tymczasem, chyba na początku wprowadzania tej reformy, te relacje zostały trochę zachwiane, kasa chorych była najważniejsza, a później świadczeniodawcy – to, o czym mówił pan senator Pawłowski, ta arogancja, to są potwierdzone fakty. Uważam, że takim grzechem pierworodnym było to, że nie rozmawiano ani ze świadczeniodawcami, ani z organizacjami pracodawców, ani ze związkami zawodowymi, ani z samorządami zawodowymi, uznawano, że tylko kasa ma rację i kasa określa zasady kontraktowania.

Wydaje mi się, że dzisiaj te wszystkie spotkania służą dialogowi, by w procesie kontraktowania, który ma służyć ochronie interesów zdrowotnych pacjentów, brali udział wszyscy zainteresowani. My jako urząd próbujemy właśnie, może trochę wykraczając poza nasze ustawowe zadania, ale jest konsensus większości kas chorych, ujednolicić zasady kontraktowania. Będziemy zapraszać do udziału w tej dyskusji wszystkich zainteresowanych, żeby do czerwca wypracować jednolite reguły gry, żeby naprawdę były stworzone pewne ramy i był w miarę jednolity dostęp do usług medycznych. To było niejednokrotnie podnoszone, że dobry menedżer to ten, który ma dużo pieniędzy, a jeżeli szpitale są zadłużone, to nie wiadomo, jakie osoby zarządzają. Ja myślę, że każdy powinien się tu wypowiadać za siebie, a nie formułować ogólnych ocen. Jedno jest bezsporne, obowiązuje zasada zrównoważenia przychodów i wydatków.

Ja podzielałam pogląd pana dyrektora Bautembacha, mnie również wydaje się, że naganne jest chomikowanie pieniędzy na lokatach, często długoterminowych. Chcę podkreślić, że to jest prawda, jeżeli trzeba, to szczegóły ujawnimy, bo dysponujemy takimi informacjami, naprawdę wiele pieniędzy, szczególnie w ostatnim okresie 2001 r., może teraz trochę mniej z uwagi na określone działania, było lokowanych na lokatach długoterminowych. Ja mogę te dane udostępnić, bo one są w posiadaniu UNUZ.

I jeszcze na koniec króciutko. Proszę państwa, funkcjonujemy w tym systemie i powinniśmy razem, wspólnie podejmować określone działania. Dzisiejsze dane finansowe pokazują – nie do końca, bo one są różnorodne – w jakim miejscu jesteśmy. I każdy działający w ochronie zdrowia, niezależnie od tego, czy jest lekarzem, prawnikiem czy inżynierem, czy też wykonuje inny zawód, powinien te dane przyjąć. O pewnych faktach się nie dyskutuje, choć oczywiście różnie te fakty można komentować. Ale z tych faktów wyłania się jeden wniosek – tak dalej być nie może. Wyznaczenie kierunków i rozwiązań należy zaś do rządu oraz do parlamentu. Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu prezesowi.
Proszę pana ministra Kopczyka.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jan Kopczyk:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Zostaliśmy z panią minister powitani dzisiaj przez pana przewodniczącego jako obserwatorzy tego spotkania i to nie z woli pana przewodniczącego czy z naszej chęci,

tylko dlatego, że tak właśnie usytuował ministra ten system kasowy. Nie pierwsze to nasze uczestnictwo w spotkaniu na temat kondycji finansowej kas chorych, dwa takie posiedzenia odbyła już komisja sejmowa. Dziś jednak dyskusja, myślę, była bardzo ciekawa, bardzo wszechstronna i z pozycji płatnika, kas chorych i z pozycji świadczeniodawcy i, myślę, co najważniejsze, że również z pozycji Senatu, czyli prawodawcy, a także i reprezentantów tych najważniejszych, czyli ubezpieczonych pacjentów.

Chciałbym państwu powiedzieć, że nie ulega kwestii, że po tej dyskusji potrzeba, konieczność zmian w systemie jest oczywista, jak myślę, chyba dla wszystkich. Można, co najwyżej, spierać się o to, jak te zmiany powinny wyglądać, w jakim kierunku iść, czego szczegółowo dotyczyć. Dziś bardzo wiele zidentyfikowano błędów, mielizn, mankamentów, błędów tego systemu, które ujawniły się w różnym czasie, w różnym miejscu, z różnych pozycji. I myślę, że to jest bardzo ważne, jeśli chcemy wyciągać wnioski. Tu ktoś z państwa senatorów domagał się z tej dyskusji wniosków. Myślę, że te wnioski wspólnie już wyciągamy.

Dziś już nie mamy wątpliwości co do tego – mówił o tym pan prezes Żemojda, mówili inni dyskutanci – kto jest dobrym dyrektorem kasy, kto dobrze zarządza kasą, to nie ten, który ma zysk, tylko ten, który ma stan zero, taki stan jest pożądany, bo to jest instytucja non profit. Mówił pan senator Cieślak, że nie może być tak, że gdzieś u płatnika przychody finansowe, a więc z tytułu odsetek, narastają, a u świadczeniodawcy z tytułu odsetek rosną straty. Nie może być tak, że są różne miary kontraktu, różne zasady wyceniania usług, nawet w obrębie tej samej kasy to się zdarza, że są wreszcie różne polityki zdrowotne, bo de facto jest ich w Polsce siedemnaście, a Ministerstwo Zdrowia, jak dotąd, nie miało narzędzi, instrumentów kreowania polityki zdrowotnej. I to będziemy chcieli zmienić. Nie oznacza to oczywiście, że będzie skrajna centralizacja, a minister zdrowia będzie decydował o wszystkim od „a” do „z”, będzie po prostu podejmował jakieś szczegółowe decyzje, ale musi mieć narzędzia i instrumenty nadzoru, kontroli, musi mieć możliwość kreowania polityki zdrowotnej, oczywiście nie tylko, jeśli chodzi o medycynę naprawczą czy opiekę zdrowotną – mówił pan Kuszewski o instrumentach polityki zdrowotnej typu Narodowy Program Zdrowia, typu programy polityki zdrowotnej. Myślę, że jednego od drugiego całkiem rozdzielić się nie da.

Nie czas pewnie mówić wiele o przyczynach tych wszystkich mankamentów, którymi obarczony jest obecny system. Opinia o systemie jest jednoznaczna. Myślę, że już nowych badań, ktoś to postulował, robić nie trzeba, badania różnych instytucji, zajmujących się badaniami opinii społecznej, są jednoznaczne. System oceniany jest źle, system wymaga zmian. Błędy popełniono na samym początku i nie jest to tylko kwestia ustawienia wysokości składki i finansowania, bo przecież dziś, w końcu roku, nowy rząd, nowa koalicja stanęła przed dramatyczną koniecznością utrzymania składki na niepodniesionym poziomie, nie zmniejszenia, tylko właśnie utrzymania. Ale przecież na to, ile pieniędzy jest w systemie, wpływa nie tylko ta wyrażona liczbą wysokość składki, ale także kondycja ekonomiczna państwa, a jaka jest ta kondycja, to państwo doskonale wiecie, nie przypominam dlaczego i z czyjego powodu taka właśnie jest. Bo przecież to nie tylko chodzi o wysokość składki, ale także o poziom bezrobocia, wysokość wynagrodzeń itd. – to wszystko składa się na to, ile pieniędzy będzie w systemie.

Dziś trudno o jednoznaczną ocenę, która kasa jest najlepsza albo która jednostka, placówka służby zdrowia jest najlepsza. Pan prezes Żemojda mówił, pokazywali panowie z UNUZ – są ogromne różnice w wycenianiu usług. Czasem ktoś się cieszy opinią

wspaniałego, dobrego menedżera, a okazuje się, że on po prostu ma dobry kontrakt, na dobrych warunkach go zawarł, chodzi w glorii i chwale, jest bohaterem różnych publikacji, a ktoś inny ma ogromne problemy, mimo że jest dobrym menedżerem, oszczędnym, zapobiegliwym, a ponieważ ma wynik finansowy niedobry, może być oceniany źle.

Zmiany są potrzebne, zmiany są konieczne, zmiany Ministerstwo Zdrowia proponuje, przygotowuje. To, co zostało przedstawione, nad czym toczy się w tej chwili dyskusja, co jest w pewnej fazie korekt, nie jest ostateczne. Oczywiście, decydować będzie parlament, Sejm i Senat.

Ja chciałbym zakończyć to tym, że proszę serdecznie wszystkich, reprezentantów różnych środowisk, organizacji, samorządów, ekspertów, tych, którzy czasem może mają różne poglądy, bo ja wierzę jednak w jeden wspólny cel – naprawę tego systemu, aby się włączyli w sposób krytyczny, a jednocześnie konstruktywny, do tego, co Ministerstwo Zdrowia będzie robić, przedstawiać parlamentowi i co, jak sądzę, od 2003 r. zaowocuje nowym, lepszym systemem, wolnym od błędów, o których dzisiaj mówiliśmy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Marek Balicki:

Dziękuję bardzo panu ministrowi.

W ten sposób zbliżamy się do końca dzisiejszego posiedzenia. Wysłuchaliśmy informacji przygotowanej przez UNUZ o sytuacji finansowej kas chorych w roku 2002 i w ostatnich latach. Ta informacja została poszerzona i wzbogacona o wypowiedzi dyrektorów kas chorych, wypowiedzi przedstawicieli instytucji, organizacji, które uczestniczą w systemie kas chorych, oraz o wypowiedzi senatorów.

Ja muszę powiedzieć, iż w zasadzie wiele do tego, co pan minister powiedział, dodać się nie da. Moje odczucie jest takie, że zagrożenia przeważają nad szansami, a słabe strony przeważają nad stronami mocnymi. Były też podawane przykłady patologii. To pokazuje, że zmiany są potrzebne. Jakie te zmiany będą, pokaże ustawodawstwo, nad którym będziemy również w Senacie pracować, i jeśli to dzisiejsze posiedzenie komisji pomoże nam w trafnym podejmowaniu decyzji nad ustawodawstwem, to taki był jego cel.

Chciałbym podziękować Urzędowi Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, który przygotował informacje, oraz wszystkim, którzy pofatygowali się na dzisiejsze posiedzenie, zabierali głos, za to, że ten głos zabrali, bo to jest dla nas, senatorów, niezwykle ważne, pomocne. Chciałbym podziękować również za zgłoszone oferty współpracy. Nie jest to jedyne posiedzenie, które planujemy w najbliższym czasie, poświęcone dyskusji nad problemami ogólnymi, gdyż takie posiedzenia ułatwiają późniejszą pracę nad konkretami ustawowymi. Dziękuję za udział wszystkim, dziękuję ministerstwu, UNUZ, dyrektorom kas chorych i innym przedstawicielom kas chorych, którzy przyjechali, oraz wszystkim gościom reprezentującym różne organizacje i instytucje. Paniom i panom senatorom również dziękuję.

Zamykam posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 40)

