



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(1342)

165. posiedzenie
Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia
w dniu 22 czerwca 2004 r.

V kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia na temat realizacji kontraktów na świadczenia zdrowotne w 2004 r. ze szczególnym uwzględnieniem drugiego półrocza.
2. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 05)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz)

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Chciałabym rozpocząć posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, jest to sto sześćdziesiąte piąte posiedzenie.

W programie są przewidziane dwa punkty.

Punkt pierwszy: realizacja kontraktów na świadczenia zdrowotne w 2004 r., ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy drugiego półrocza, punkt drugi: sprawy różne. W tym miejscu sprawę będą referować minister zdrowia i prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. O ile pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia jest wśród nas, a jest to pierwsze spotkanie senatorów z panem prezesem, o tyle ministra zdrowia tradycyjnie zastępuje pani minister Ewa Kralkowska. Nie mieliśmy jeszcze okazji poznać nowego ministra zdrowia, to się do tej pory nie zdarzyło. No ale różne są znaki czasu i należy je odczytywać, zgodnie z tym, jednoznacznie.

Program posiedzenia jest uzupełniony o punkt drugi, zatytułowany: sprawy różne.

Zwracam się do państwa senatorów: czy są uwagi do zaproponowanego porządku? Nie ma. Senatorowie to akceptują, a państwa drugi punkt nie dotyczy.

Zatem chciałabym przywitać wszystkich, którzy czy to z obowiązku, czy to z potrzeby, czy to z racji funkcji w korporacjach i związkach zawodowych, czy w samorządach uczestniczą w tym posiedzeniu.

A spotykamy się w niezwykle trudnej sytuacji – w niezwykle trudnej sytuacji politycznej, ponieważ mamy rząd bez legitymacji parlamentarnej, w niezwykle trudnej sytuacji finansowej z powodu niedoboru środków, co jest już jak gdyby stanem chronicznym, stałym, niezmiennym. Spotykamy się w sytuacji zagrożenia, i to wcale nie jest przesada, programów dotyczących ratowania życia i zdrowia obywateli, naszego życia i zdrowia.

Niemniej istotny powód to zapowiedziane na 30 czerwca wypowiedzenie świadczeń zdrowotnych w ramach ogólnopolskiej akcji Związku Powiatów Polskich... spotkanie pacjentów. Dyrektorzy szpitali powiatowych piszą, iż ich stanowisko jest z jednej strony wyrazem bezsilności i zniecierpliwienia, spowodowanym brakiem działań ustawowych rządu i parlamentu, a z drugiej strony wyrazem odpowiedzialności, troski o bezpieczeństwo pacjentów.

Dyrektorzy szpitali powiatowych, konkretnie mojego województwa kujawsko-pomorskiego – a to jest akcja ogólnopolska – protestują przeciw obniżaniu kontraktów szpitalnych w latach 2002–2004 średnio o około 18%, przy rosnących kosztach bieżących i ciężących zobowiązaniach, braku rozstrzygnięć zapłaty za ustawę tak zwaną 203, złej strukturze podziału środków Narodowego Funduszu Zdrowia, braku środków

na świadczenia ponadlimitowe, co oczywiście stanowi zagrożenie dla chorych i powoduje eskalację protestów pracowników.

Jest taki apel, to już drugi, apel ostrowiecki, dyrektorów zrzeszonych szpitali i pracodawców powiatowych zakładów opieki zdrowotnej, skierowany do marszałka Sejmu, do parlamentarzystów z województwa świętokrzyskiego. Jest stanowisko dyrektorów szpitali klinicznych, które znajdują się, zdaniem dyrektorów, w najgorszej sytuacji, ponieważ stanowią ostatnią szansę diagnostyki i leczenia najciężej chorych pacjentów. W katalogu świadczeń znaczna liczba wysokospecjalistycznych procedur została wyceniona poniżej kosztów, a całego szeregu świadczeń, które my musimy wykonywać, w katalogu po prostu nie ma. Poza tym te szpitale kliniczne nie otrzymują praktycznie żadnych środków na remonty, inwestycje, aparaturę oraz wydatki ponoszone w związku z kształceniem przed- i podyplomowym, co może, oczywiście, rodzić zupełnie katastrofalne skutki.

Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia oraz ci z państwa – czy to z Naczelnej Rady Lekarskiej, czy Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Federacji Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych – którzy uczestniczą w naszych posiedzeniach, wiedzą, że już kilkakrotnie podejmowaliśmy różnego rodzaju działania interwencyjne w sprawie kontraktowania świadczeń. Wymienię je niezbyt chronologicznie.

Naszego autorstwa jest uchwała w sprawie ustanowienia Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, bo przecież dramatem jest sytuacja onkologii polskiej.

Uchwała naszej komisji dotyczyła zagrożeń funkcjonowania służby zdrowia z przyczyn ekonomicznych w wybranych województwach. W lutym 2003 r. zajmowaliśmy się tym na przykładzie województwa dolnośląskiego, lubuskiego, łódzkiego i pomorskiego. I można by powiedzieć *nichil novi sub sole*.

8 stycznia tego roku komisja zapoznała się z opinią dyrektorów najważniejszych instytutów w Polsce. Wystąpiliśmy do narodowego funduszu w sprawie obliczenia wartości punktów dla poszczególnych rodzajów świadczeń. W tych pracach powinni byli uczestniczyć merytoryczni pracownicy służb finansowych instytutów. Z tego, co wiemy, nic takiego się nie zdarzyło. Obliczone dla poszczególnych procedur punkty, nawet mrożone czy dzielone przez lata świetlne, mają taki związek z rzeczywistością, jak ja z baletem Bolszoi – można by powiedzieć – podobnie wycena świadczeń medycznych w oparciu o koszt poszczególnych procedur składających się na dane świadczenie medyczne.

Ostatnie stanowisko komisji – a to wcale nie są wszystkie – dotyczy aktualnego stanu przeszczepiania narządów w Polsce. Tu również sytuacja jest naprawdę bardzo, bardzo zła. Polska, która mogłaby wykonać czy to lot orła, czy skok tygrysa... W tej sytuacji – z powodu braku środków finansowych, z powodu braku logiki nawet w kierowaniu tych środków – cały ten dorobek może być zaprzepaszczone.

W związku z tym naprawdę nie możemy milczeć i przyzwalać na taką sytuację. Nie znam takiej dziedziny w ochronie zdrowia, w której działałoby się dobrze, ale też nie znam takich poczynań, które by zmierzały do jakiegoś uzdrowienia tej sytuacji.

Ale dla państwa jest istotniejsze to, co referuje minister zdrowia, a następnie prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Zatem kończę ten pełen goryczy, ale obiektywny opis sytuacji.

Bardzo proszę, pani minister pierwsza.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Ewa Kralkowska:

Jeśli pani przewodnicząca pozwoli, to ja powiem tylko jedno słowo.

Chciałabym bardzo serdecznie przeprosić w imieniu pana ministra Czakańskiego za jego nieobecność, ale o godzinie 11.00 rozpoczęło się posiedzenie Rady Ministrów, a pan minister jest zobligowany uczestniczyć w tym posiedzeniu. Także bardzo przepraszam. Jeżeli tamto posiedzenie się skończy, a to jeszcze będzie trwało, to pan minister, że tak powiem, będzie szybko zdrażał w tę stronę.

Tak że bardzo przepraszam, ale później, w części merytorycznej będziemy do dyspozycji.

Proponowałabym, żeby pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia...

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

A zatem bardzo proszę pana prezesa.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Lesław Abramowicz:

Dzień dobry państwu.

Jesteśmy w dość dużej reprezentacji – są moi zastępcy, są dyrektorzy oddziałów wojewódzkich – tak więc jeśli państwo będziecie mieli pytania, to spróbujemy na wszystkie państwa pytania...

(Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz: My mamy wyłącznie pytania, Panie Prezesie.)

...odpowiedzieć.

We wstępie chciałbym się odnieść do tematu dzisiejszego spotkania, mianowicie kontraktacji świadczeń na rok 2004. Chcę państwu powiedzieć, że Narodowy Fundusz Zdrowia zakontraktował świadczenia zdrowotne na rok 2004 w wysokości około 95% planu finansowego zatwierdzonego przez ministra zdrowia 13 października 2003 r. Ta kontraktacja trwała dość długo ze względu na to, że po raz pierwszy fundusz zakontraktował te świadczenia jako całość. Jak państwo wiecie, fundusz powstał 1 kwietnia roku ubiegłego, więc jest organizacją stosunkowo młodą. Scalanie i ujednoczanie tych zasad było bardzo trudne i zajęło nam wiele czasu. Sama kontraktacja też przebiegała znacznie dłużej, niż to miało miejsce. Sądzę, że w tym roku kontraktacja przebiegnie w terminie znacznie krótszym i że załatwimy to już w tym roku, tak więc nie będzie takich problemów, z jakimi mieliśmy do czynienia rok wcześniej.

Plan finansowy jest zbudowany w ten sposób, że ujmujemy w nim wszystkie nasze przychody. Mamy to uzgodnione zarówno z ministrem zdrowia, jak i z ministrem finansów. W oparciu o ten plan finansowy możemy zakontraktować świadczenia. Oczywiście możemy zakontraktować tylko tyle, na ile pozwalają nam środki finansowe. Przecież fundusz nie ma innych dochodów jak składka, która jest zbierana od ubezpieczonych, a której wysokość została ustalona ustawowo przez Sejm. Wysokość składki wszystkim nam jest znana i rośnie o 0,25% z roku na rok. Ale w naszej ocenie jest to składka niewystarczająca na pokrycie świadczeń, których oczekuje społeczeństwo.

Generalnie fundusz zawiera umowy na rok i w związku z tym fundusz zakontraktował na początku roku świadczenia na cały rok, poza pewnymi wyjątkami. Mianowicie około 5% planu nie zostało zakontraktowane. Wynikało to ze świadczeń dla POZ i lecznictwa szpitalnego, a dotyczy głównie województwa łódzkiego i województwa zachodniopomorskiego. W ich przypadku mój poprzednik wyraził zgodę na kontraktację tylko pierwszego półrocza ze względu na to, że świadczeniodawcy z tych województw nie byli skłonni i chętni do zakontraktowania całego roku. W związku z tym zakontraktowano pierwsze półrocze w wysokości przekraczającej 50% rocznego budżetu, licząc na to, że w drugim półroczu znajdą się dodatkowe środki, które pozwolą na zakontraktowanie drugiego półrocza na poziomie nie gorszym, niż to miało miejsce w pierwszym półroczu.

W okresie od stycznia do czerwca tego roku Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia podjął szereg uchwał zwiększających środki finansowe na świadczenia zdrowotne, głównie dotyczyło to POZ. Było to związane z tak zwanym Porozumieniem Zielonogórskim i kosztowało około 386 milionów zł. Zakontraktowaliśmy dodatkowo lecznictwo szpitalne, ambulatoryjną opiekę zdrowotną.

Utworzyliśmy też rezerwę na pokrycie kosztów związanych z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej w wysokości 200 milionów zł. Koszty Unii Europejskiej są nam na dzień dzisiejszy zupełnie nieznane. Jak państwo wiecie, Polska weszła do Unii Europejskiej z dniem 1 maja. Zgodnie z zasadami przyjętymi w Unii Europejskiej rozliczenia odbywają się raz na pół roku, w związku z tym pierwsze rachunki spłyną do nas dopiero w lipcu albo w sierpniu, ale tylko za dwa miesiące, natomiast pełniejszy obraz uzyskamy dopiero w roku przyszłym, kiedy spłyną rachunki za drugie półrocze. Szacunki są tutaj bardzo pobieżne. W tym roku, jak już powiedziałem, zarezerwowaliśmy kwotę 200 milionów zł. Sądzymy, że w przyszłym roku będziemy musieli znacznie zwiększyć tę kwotę, gdyż, jak państwo wiecie, koszt leczenia w Unii Europejskiej średnio pięć-, a w niektórych przypadkach nawet dziesięciokrotnie przekracza koszt świadczeń zdrowotnych w Polsce. A zatem zrównoważenie tych wydatków będzie trudne i trzeba się liczyć z tym, że będziemy musieli do tego dołożyć, bo żeby to zrównoważyć musielibyśmy wyleczyć w Polsce znacznie większą liczbę pacjentów Unii Europejskiej, niż liczba polskich pacjentów, którzy leczyliby się w Unii. Pierwsze szacunki, tak jak powiedziałem, będziemy mieli dopiero pod koniec lipca, a praktycznie jakieś dane do bilansowania roku wpłyną dopiero w styczniu, praktycznie już po uchwaleniu, zatwierdzeniu i rozdzieleniu środków na rok 2005.

Środki na te cele, o których mówiłem, zostały przekazane zarówno z rezerwy, którą posiadał fundusz, jak i ze wzrostu składki oraz prolongaty pożyczki, którą otrzymaliśmy od ministra finansów, a którą powinniśmy w tym roku spłacić, w wysokości 200 milionów zł.

W oparciu o uchwały minister zdrowia w porozumieniu z ministrem finansów w dniu 17 czerwca tego roku, czyli w ubiegłym tygodniu, zatwierdził zmianę do planu finansowego i w związku z tym mamy już w tej chwili nową wersję planu na ten rok, jeśli chodzi o kontraktacje. W stosunku do planu pierwotnego, tego zatwierdzonego w październiku ubiegłego roku, w I kwartale wykonaliśmy ten plan w wysokości powyżej 25%, czyli zaawansowanie jest zgodne z planem, a nawet lekko go przekracza, z tym że te dodatkowe środki, które teraz uzyskaliśmy, pozwolą na to, że będziemy mieli pieniądze na sfinansowanie tych zadań i będziemy mogli jeszcze dodatkowo dokontraktować świadczenia. W dniu wczorajszym, po otrzymaniu decyzji ministra, przekazałem do dyrektorów oddziałów wojewódzkich dodatkowe pieniądze, dzięki

którym będą w stanie zakontraktować dodatkowe świadczenia, co powinno pomóc w tej trudnej sytuacji, z jaką mamy do czynienia. Zmiana ta właśnie pozwoli na zwiększenie wydatków tam, gdzie one są najbardziej potrzebne. To dyrektorzy oddziałów wojewódzkich zdecydują, na co te pieniądze zostaną przeznaczone, to znaczy, jakie świadczenia powinni dokontraktować, kierując się oczywiście interesem pacjentów.

W związku z tym, że w tym roku składka jest lepiej ściągana niż przewidzieliśmy w planie – a wynika to z tego, że jednak jest wzrost gospodarczy, że trochę więcej ludzi jest zatrudnionych, że trochę wyższe są pensje, i szacujemy, że będzie wyższa o około 600 milionów zł w stosunku do planu – wszystkie te pieniądze oczywiście przeznaczymy na dokontraktowanie dodatkowych świadczeń. Na razie rozdzieliliśmy pierwszą transzę, za I kwartał, pod koniec lipca podzielimy pieniądze za II kwartał. I tak sukcesywnie po każdym z kwartałów, mamy taką nadzieję, zasilimy dodatkowymi środkami oddziały, co pozwoli na lepsze zabezpieczenie potrzeb, na zakup dodatkowych świadczeń.

Żeby państwo byli zorientowani, jeśli chodzi o strukturę wydatków, powiem, że pieniądze są przeznaczane w pierwszej kolejności na szpitale, które partycypują w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia w około 40%, w drugiej kolejności na leki, na które przeznaczamy około 21,5%, następnie jest podstawowa opieka zdrowotna, na którą przeznaczamy około 12%, specjalistyka – 7,5%, stomatologia – 3%, a resztę stanowią pozostałe świadczenia, których udział jest stosunkowo niewielki. Chęć państwu tylko powiedzieć, że z roku na rok koszty tych świadczeń rosną i to rosną od kilku do kilkunastu procent, a w przypadku leków wzrost jest o około 20%. W roku 1999, czyli w pierwszym roku obowiązywania reformy, ówczesne kasy chorych wydały na refundację leków kwotę około 2 miliardów 500 milionów zł. W roku ubiegłym, czyli po czterech latach, kwota ta sięgnęła 5 miliardów zł. Stąd też widać, jak ogromny jest wzrost wydatków na leki, mimo że, jak państwo wiecie, niezadowolenie społeczeństwa z refundacji jest duże i ludzie powszechnie uważają, że dofinansowanie, czyli refundacja dokonywana przez fundusz, jest za mała, że za mało leków jest dofinansowanych i że przeciętnego emeryta czy obywatela nie stać na wykupienie recepty. I to przy tak ogromnym zaangażowaniu środków z Narodowego Funduszu Zdrowia. Problem polega na tym, że na rynku pojawia się coraz więcej drogich leków. Firmy farmaceutyczne wydają ogromne pieniądze na reklamę, na marketing, natomiast fundusz, mimo rosnących z roku na rok blisko o 20% wydatków na ten cel, no nie jest w stanie zabezpieczyć oczekiwań w tym zakresie.

W ujęciu wojewódzkim z tej puli, którą w tym roku przeznaczyliśmy na świadczenia, w wysokości 30 miliardów zł największy udział ma województwo mazowieckie. Jest to związane z tym, że jest to największe województwo w kraju. Tutaj jest około 4 miliardów 500 milionów zł. Drugie miejsce zajmuje województwo śląskie – 3 miliardy 800 tysięcy zł, potem Wielkopolska, Małopolska, Dolny Śląsk – to są budżety około 2 miliardów 500 milionów zł. Najmniejsze województwa to: województwo lubuskie, które dysponuje kwotą 700 milionów zł, opolskie – podobną, podlaskie i świętokrzyskie – po 900 milionów zł. Tak że zróżnicowanie jest dość duże, ale wynika to i z pewnych historycznych zaszczości i z usytuowania bazy na danym terenie, a także z świadczenia usług. Trzeba pamiętać, że duże ośrodki medyczne typu Warszawa i Śląsk świadczą wiele usług dla pacjentów z całej Polski, w związku z tym w niektórych szpitalach udział pacjentów z innych województw sięga nawet 50%. Ten problem na dzień dzisiejszy nie jest zbyt dobrze rozwiązany, gdyż, jak państwo pamiętacie, w kasach chorych był system promes, który co prawda był powszechnie kry-

tykowany, ale pozwalał dość precyzyjnie określić, ile osób z danego województwa przemieszczało się do innego i to województwo, które wysyłało pacjentów, było zobowiązane do płacenia. Myśmy z tego zrezygnowali. Stworzyliśmy rynek otwarty, próbując zagregować budżety w oparciu o doświadczenia z roku 2003. No muszę powiedzieć, że nie do końca to zostało przeprowadzone w zadowalający sposób. Zastanawiamy się, czy w nowym systemie na szczeblu centrali nie utworzyć znacznej rezerwy, z której można by było płacić za te migracje, gdyż na dzień dzisiejszy jest to dość poważny problem, który musimy w jakiś sposób rozwiązać.

W tej chwili, jak państwo wiecie, podjęliśmy również działania zmierzające do naprawy sytuacji w zakresie katalogów. Od 1 lipca wprowadzamy dość duże zmiany w katalogach. Szczególnie w przypadku tych rodzajów świadczeń, co do których było najwięcej uwag i w których, myślę, popełniono też pewne błędy, staramy się wszystko naprawić. Z tym, że trzeba pamiętać, iż opracowywanie tych katalogów, dostosowywanie, wycenianie świadczeń to jest proces długofalowy. Myślę, że nie ma możliwości w ciągu jednego roku zrobić tego dobrze. Proces ten będzie doskonały. Jeśli nie będziemy co chwilę zmieniać systemu czy zasad finansowania, to jest nadzieja, że za dwa czy trzy lata system się w pełni ustabilizuje. To, oczywiście, wcale nie oznacza, że będzie w pełni zdolny do sfinansowania wszystkich potrzeb w tym zakresie, bo to z kolei będzie uzależnione od tego, ile pieniędzy przeznaczymy na ten system.

Były i są podejmowane różne próby, żeby oprócz składki wprowadzić do systemu dodatkowe pieniądze. Mogą to być pieniądze pochodzące zarówno z budżetu państwa, jak i od obywateli. Chodzi o współpłacenie za część usług. Na razie z przedstawionej przez rząd ustawy te zapisy zostały wykreślone, sądzę jednak, że w przyszłości chyba będziemy musieli do tego wrócić, gdyż koszty świadczeń zdrowotnych będą rosły. A one rosną z dwóch podstawowych powodów. Wprowadzamy coraz to nowsze techniki i technologie medyczne, które wydłużają życie, które czynią go bardziej przyjaznym, ale które są, niestety, bardzo drogie. Dotyczy to zarówno diagnostyki, jak i leczenia. To samo dzieje się w przypadku leków. Ciągłe mamy opracowywane nowe drogie preparaty, sprowadzane głównie z Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych. Tam, przy istniejącym poziomie zarobków, cena leków w granicach 30, 40 euro czy dolarów nie szokuje. Po przeliczeniu tego na złotówki okazuje się, że te leki są często niedostępne dla przeciętnego obywatela w Polsce. Nie należy oczekiwać, że zanotujemy jakąś większą poprawę w tym zakresie bez dodatkowych środków.

Emocje budzą też dyskusje na temat pieniędzy przeznaczanych w poszczególnych województwach na osobę. Proszę państwa, chcę powiedzieć, że sytuacja przedstawia się mniej więcej podobnie, poza dwoma województwami, które wyraźnie przodują. Na pierwszym miejscu jest Mazowsze, gdzie średnia stawka wynosi około 900 zł, na drugim jest Śląsk, gdzie jest 834 zł, a później to już są stawki w granicach 750, 760 zł czy najniższa stawka to jest po prostu... Przy średniej krajowej 788 zł generalnie niewiele one już od siebie odbiegają. Oczywiście wynika to zarówno, jak już powiedziałem, z pewnych historycznych zaszczości, jak i bazy, która się znajduje na danym terenie, oraz konsumpcji świadczeń medycznych. Z badań przeprowadzonych przez naukowców wiadomo, że średnio obywatel miasta korzysta z porady lekarskiej na przykład sześć razy, obywatel wsi trzy. Są też pewne różnicowania i ze względu na środowisko, na płeć, na wiek pacjentów.

My w tej chwili staramy się opracować nowy algorytm, który chcemy wprowadzić do kontraktacji w tym roku. Nawet chcemy już podzielić według niego dodatkowe pienią-

dze, którymi będziemy dysponować w lipcu, żeby zaspokoić jak największą rzeszę społeczeństwa czy organizatorów służby zdrowia. Wiadomo, że przy dzieleniu pieniędzy zawsze będą niezadowoleni, zawsze będą uwagi. Choćby nie wiadomo, jak te pieniądze podzielić, to ci, którzy dostali trochę mniej, zawsze będą szukać argumentów na to, że powinni dostać więcej. Niemniej jednak dobrze opracowany algorytm pozwoli na jak najbardziej obiektywny podział tych środków, chociaż nie spodziewam się, żeby wszyscy byli zadowoleni.

Naszym zadaniem jest wyrównywanie poziomu świadczeń, ale nie jest to możliwe, proszę państwa, do osiągnięcia w ciągu jednego roku. To też jest proces, do którego musimy dochodzić. Nie ma możliwości wprowadzenia zdecydowanych zmian, bo prowadziłyby to do tego, że w jednych województwach część bazy należałoby natychmiast zamknąć, a w drugich województwach byłyby pewne nadwyżki środków, co na pewno też nie byłoby sprawiedliwe.

Tak, jak powiedziałem, poza tymi dwoma województwami, to znaczy zachodniopomorskim i łódzkim, kontraktacje mamy w tym roku praktycznie zamkniętą. Mamy świadomość tego, że, o czym pani senator już powiedziała, są różnego rodzaju protesty, uwagi i my się wszystkiemu temu przyglądamy i próbujemy na to reagować.

Jeśli chodzi o szpitale powiatowe, to na dzień dzisiejszy w dwóch dużych województwach, to znaczy województwie świętokrzyskim i województwie lubelskim, gdzie najwięcej powiatów wypowiedziało umowy, sytuację mamy opanowaną. Szpitale wycofały wypowiedzenia i w związku z tym nie ma tam już problemu. Pojawiają się, oczywiście, problemy w innych województwach. Dotyczy to w tej chwili województwa łódzkiego, dotyczy podkarpackiego, gdzie jest protest szpitali powiatowych. Będziemy się tym zajmować, będziemy próbować radzić na tyle, na ile oczywiście starczy nam środków. Bo w większości przypadków chodzi o dodatkowe pieniądze, których fundusz, niestety, nie może wypłacić więcej, niż posiada. Ale sytuacja w tym roku związana z tym, że mamy jednak te dodatkowe pieniądze, pozwoliła na to, że dysponujemy jakimiś dodatkowymi środkami i będziemy mogli na tyle, na ile nam tych środków starczy, zaspokoić potrzeby, które są najpilniejsze.

Jakie są zagrożenia związane z realizacją naszego planu? Ja widzę dwa podstawowe zagrożenia. Po pierwsze, jest pewne niebezpieczeństwo wypowiedzenia umów i z tym się musimy liczyć. Czy nam się to uda opanować, to trudno powiedzieć. Na razie mogę powiedzieć, że pewne sukcesy w tym zakresie mamy. Po drugie, jest niepewność, jeśli chodzi o wzrost wydatków na leki. Niestety fundusz nie ma na to bezpośredniego wpływu. My, zgodnie z obowiązującymi zasadami, jesteśmy zobowiązani zapłacić aptekom za wszystkie wykupione leki z refundacją. W związku z tym tak dokładnie nie jesteśmy pewni, ile faktycznie w tym roku wyniosą koszty leków. Na razie sytuacja jest dobra, gdyż w pierwszym półroczu wszystko idzie zgodnie z planem, nawet jest niewielka oszczędność. Ale to jest dopiero I kwartał, a co będzie do końca roku, to trudno przewidzieć. Może się zdarzyć, że wydatki będą wyższe, niż zaplanowaliśmy. Oczywiście to jest też rola ministra zdrowia. Mamy nadzieję, że wspólnie uzgodnimy takie listy refundacyjne, które nie pozwolą na znaczny wzrost wydatków na leki, co zachwiałoby budżetem czy zagroziło realizacji planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ja myślę, że to tyle. Nie chcę państwa zanudzać różnymi informacjami, chętnie natomiast odpowiem na wszystkie pytania, które będą skierowane pod moim adresem. Oczywiście są też, jak już powiedziałem, moi koledzy, którzy również będą służyć państwu informacjami. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo. Nas te informacje nie nudzą, my je chłoniemy, jesteśmy ich spragnieni, bo ich nie posiadamy. Z przyjemnością przyjmujemy ofertę odpowiedzi na wszelkie pytania.

Ja zachęcam państwa do dyskusji. Mam dwa zgłoszenia... Już trzy. Zgłaszał się pan senator Wojciech Pawłowski, pan senator Zbigniew Religa, pan profesor Pużyński i pani senator Janowska – przepraszam, nie dostrzegłam, jestem za blisko, przeproszę. I w tej kolejności będę państwa prosiła o zabranie głosu,

Gości informuję, że mogą zabierać głos na tych samych zasadach co senatorowie. Będę wdzięczna, jeżeli wypowiedź będzie się kończyła wnioskiem, ale nie zawsze jest on łatwy do sformułowania. I uwaga techniczna: trzeba nacisnąć ten zielony przycisk i przedstawić się, ponieważ całe posiedzenie jest dokumentowane.

Bardzo proszę, pan senator Pawłowski.

Senator Wojciech Pawłowski:

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Z przyjemnością zabieram głos, bo chciałbym wiele rzeczy wyjaśnić, rzeczy, które pomogą nam w przyszłości podejmować bardziej logiczne i rozsądne decyzje, pozytywne dla pacjentów.

Jestem bardzo zadowolony, że jest pani wiceminister Kralkowska, która tej nocy, kiedy na posiedzeniu komisji staraliśmy się uchwalić poprawki dotyczące Narodowego Funduszu Zdrowia, zapewniła nas – a myśmy zapewniali wszystkich, których można było – że w Polsce teraz będzie porządek, że na jednego pacjenta w całej Polsce będzie jednakowa stawka. A w tej chwili usłyszałem od pana prezesa, że mazowieckie, łódzkie i śląskie dalej są na czele, a potem jest druga i trzecia liga. Przyjąłem to z niepokojem.

Panie Prezesie, tak mi się wydaje, że fundusz powinien traktować wszystkie dzieci jednakowo. To, że gdzieś wypowiedziano umowy... Wypowiedziano, ale nie trzeba im od razu klajstrować dużych kwot.

A przede wszystkim to trzeba szanować uchwały własnego zarządu. Jest taka uchwała zarządu nr 12/2004, która mówi o podziale tych zwiększonych środków. I tak podzieliliście środki niezgodnie z tą uchwałą, mogę to z całą odpowiedzialnością powiedzieć. To jest przyczyna dalszych wypowiedzi umów, w innych województwach, bo przecież ludzie zaglądają do Internetu i wiedzą, ile powinni dostać, a ile dostali. Tutaj jest pies pogrzebany. No nie wiadomo, jak dalej będzie się rozwijała gospodarka, ale niektórzy już mają pieniądze, a niektórzy nie mają.

Ja uważam, że tu jest też duża wina Ministerstwa Zdrowia. Było takie stanowisko, po świętej pamięci ministrze Tokarczyku, które do dzisiaj jest nieobsadzone. Aż się prosi, żeby obsadzić takie stanowisko. Kiedyś był UNUS. Nie ma tego urzędu, więc ja widzę trochę wolnej amerykanki.

Następna sprawa, myśmy mieli bardzo ciekawe posiedzenie komisji senackiej na temat leków i kosztów, które ponosimy na leki. Pan prezes potwierdził, że koszty refundacji się zwiększają, ale ministerstwo nie robi nic, żeby te koszty zmienić. Przecież wiadomo, że markowe generyki to o 90%–100% droższe leki niż oryginalne leki. Wiadomo, że jest mnóstwo naciągania, ale naprawdę nic się w tej materii nie robi.

Wiadomo, że prywatne firmy farmaceutyczne zatrudniają całą rzeszę, o ile mi wiadomo, około ośmiu tysięcy dilerów, którzy świetnie zarabiają, mają do dyspozycji samochody służbowe, mają drobne prezenty dla lekarzy. To się toleruje, a pacjent płaci te wszystkie koszty w kosztach refundacji. I chcę powiedzieć, że nie dość, że w Polsce lek jest chyba najdroższy w całej Unii Europejskiej i pacjent tę cenę płaci, to my jeszcze dopłacamy, czyli refundujemy te drogie leki. Najwyższy czas chyba, żeby z tym skończyć. Chyba powinna być taka uwaga do ministra zdrowia: niech się nareszcie ministerstwo bardzo poważnie tym tematem zajmie. A jak ma się zająć? Chyba już w Polsce były początki tak zwanego Rejestru Usług Medycznych. Władowano w to mnóstwo pieniędzy, są województwa, gdzie doskonale ten system pracuje, ale w całej Polsce system został rozłożony. Dopóki nie będziemy mieli tej rejestracji usług, dopóty będą nas zaskakiwały wiadomości telewizyjne o urzędnikach państwowych, którzy byli bardzo eksponowani, ale prowadzili swoją działalność niezgodnie z prawem. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Ten dokument, który był przedmiotem, jak pan senator powiedział, niezwykle interesującego posiedzenia komisji, czyli propozycje gospodarki lekami, został wysłany do Ministerstwa Zdrowia i do pana premiera Hausnera, i do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz rady aptekarskiej i lekarskiej. Został wysłany do ośmiu podmiotów. Do tej pory nie mamy jeszcze żadnej opinii ani reakcji. To tylko gwoli wyjaśnienia w tej sprawie.

Bardzo proszę pana senatora Zbigniewa Religę o zabranie głosu.

Senator Zbigniew Religa:

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Ja zrezygnuję z części politycznej mojego wystąpienia, chociaż to forum byłoby bardzo dobre, żeby taką mieć, ale odrzucam to.

Najpierw stwierdzenie. Parę tygodni temu miałem możliwość być w Narodowym Funduszu Zdrowia, spotkać się z panem prezesem i z, siedzącymi tu zresztą, jego najbliższymi współpracownikami. Będąc w funduszu, po raz pierwszy odniosłem wrażenie, że rozmawiam z ludźmi, którzy wiedzą, o co chodzi, rozumieją problem i starają się ten problem rozwiązać. To była bardzo dobra rozmowa, Panie Prezesie. Ja wyszedłem, muszę powiedzieć, w pełni usatysfakcjonowany tą rozmową. Wynikały z niej jednak pewne decyzje, które państwo byliście gotowi już podjąć. Jak rozumiem te decyzje zostały podjęte w Narodowym Funduszu Zdrowia, a w tej chwili czekacie państwo na akceptację ministra zdrowia.

W związku z tym chcę ograniczyć tylko do dwóch bardzo konkretnych pytań. Pierwsze, jak ma obecnie wyglądać wycena usług medycznych świadczonych przez instytuty i szpitale kliniczne? W rozmowie, którą mieliśmy, była możliwość wyceny dla 1,2 punkta. O ile wiem, takie zarządzenie miało być przyjęte przez zarząd funduszu i zaakceptowane przez ministra. Czas ucieka, mija już wiele tygodni, a takiej decyzji nie ma i my nie wiemy, jak jest sytuacja.

I, Panie Prezesie, drugie pytanie do pana, też bardzo konkretne. Nastąpiła zmiana VAT i wycena naszych usług medycznych w związku z wyższą ceną wszystkich technicznych urządzeń, które musimy kupować, jest po prostu wyższa. Niewyrównanie przez kogoś tej różnicy w wycenie no musi spowodować problemy finansowe wszyst-

kich. VAT się zmienił i jest większy, więc wydajemy na to więcej pieniędzy. Czy Narodowy Fundusz Zdrowia przewiduje jakieś działania, które będą zmierzały do tego, żeby pomóc zakładom opieki zdrowotnej w tej konkretnej sprawie, jaką jest zmiana VAT? Dziękuję bardzo. To były dwa pytania.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Zbierzemy jeszcze kilka pytań i wtedy poprosimy pana prezesa.

Pan profesor Pużyński, proszę uprzejmie.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Psychiatrii
Stanisław Pużyński:**

Na wstępie chciałbym bardzo podziękować Pani senator za umożliwienie mi, chyba po raz czwarty, udziału w spotkaniu oraz za życzliwość i za próby pomocy z pani strony w postaci stanowisk, które komisja senacka przedstawiała w sprawie psychiatrii.

Jestem konsultantem krajowym do spraw psychiatrii. Mam taką wątpliwą satysfakcję, że to wszystko, co i w grudniu i w styczniu prognozowałem, się spełniło. To znaczy, zaniżone stawki za punkt, które zaoferowano na kontraktowanie świadczeń w opiece zdrowotnej psychiatrycznej zarówno szpitalnej, jak i ambulatoryjnej, prowadzą do sytuacji kryzysowej. Ona jest, narasta i jest groźna dlatego, że doszło do zerwania ciągłości opieki nad ciężko chorymi psychicznie, jaką świadczą szpitale i poradnie. W poradniach zdrowia psychicznego sytuacja kryzysowa niewątpliwie narasta.

Niestety, wbrew obietnicom tak naprawdę nie doszło do wyrównania poziomu świadczeń, czyli tak naprawdę stawek, pomiędzy poszczególnymi województwami. Odwrotnie, te dysproporcje wzrosły, o czym świadczy sytuacja kryzysowa w leczeniu psychiatrycznym w województwie dolnośląskim, gdzie dochodzi do właściwie niekontrolowanego zamykania oddziałów psychiatrycznych, do likwidacji w zakładach leczniczo-opiekuńczych łóżek, które były przecież jednym z celów reformy. Takie było założenie programu ochrony zdrowia psychicznego, żeby przekształcić część łóżek psychiatrycznych w łóżka leczniczo-opiekuńcze, a one są w tej chwili likwidowane.

Tak że sytuacja wygląda niedobrze. My mamy dobre rozeznanie sytuacji, ponieważ w drodze badania ankietowego uzyskaliśmy pełne rozeznanie, jak wygląda sytuacja w poszczególnych województwach. I muszę powiedzieć, że ona jest kryzysowa i pilnie wymaga naprawy. Myślę zwłaszcza o tych skromnych rezerwach, jakimi dysponuje narodowy fundusz. Apelowałbym do pana prezesa o to, żeby wyrównać te krzywdy, które się wydarzyły w psychiatrii, a które, w mojej ocenie – i tego się nie wstydę powiedzieć publicznie – były przejawem dyskryminacji osób chorych psychicznie w tym kraju. Tyle chciałem powiedzieć, Pani Przewodnicząca.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo. Panie Profesorze.

Proszę, pani senator Zdzisława Janowska.

Senator Zdzisława Janowska:

Dziękuję bardzo.

Otóż ja nie będę mogła wyrazić takiego zachwytu pod adresem pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, jak pan profesor Religa. No bo pan profesor Religa to jest w ogóle instytucja w Polsce, tak jak górnik czy stoczniowiec. Jak pan profesor Religa się odezwie, to następnego dnia sytuacja się zmieni, bo trzeba ją zreformować. Zjawia się premier i usługi specjalistyczne, które nie mogły być wykonywane, natychmiast są wykonywane. W Łodzi nie mamy takiego oręża w postaci pana profesora Religi. Bardzo chcielibyśmy mieć pana profesora Religę w Łodzi, bardzo byśmy chcieli mieć.

Otóż ja będę mówiła o Łodzi. Przede wszystkim jestem bardzo zaniepokojona, że już ponad miesiąc czekam na odpowiedź na oświadczenia, które złożyłam z senackiej trybuny, skierowane do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i do pana Hausnera, pełniącego wówczas obowiązki ministra zdrowia. Było to dokładnie 20 maja i nie mam odzewu. A tam napisałam wyraźnie o tym, co się dzieje w województwie łódzkim.

Nie dalej jak wczoraj rozmawiałam przez telefon z panem prezesem i, niestety, nie wyniosłam dobrego wrażenia z tejsze rozmowy, ponieważ nie wynikało z niej nic, co mogłoby poprawić sytuację w województwie łódzkim. Województwo łódzkie jest na każdym miejscu i daleko, daleko mu do średniej krajowej. W związku z tym, Panie Prezesie, jeśli pan myśli, że panu się powiedzie i że nastroje się uspokoją, to ja pana zapewniam, że w województwie łódzkim nastroje się nie uspokoją, a wręcz będą coraz gorsze.

Nie dalej jak wczoraj i przedwczoraj zebrały się wszystkie możliwe gremia lekarskie w postaci organizacji, które temu patronują, to jest izba lekarska i związek zawodowy lekarzy. Wczoraj podjęto już działania wspólne i lekarzy, i prawników, po to żeby dobitnie wyartykułować żądania w imieniu pacjentów.

Po tym, co się stało w pierwszym półroczu, to w ogóle cud, że te kontrakty zostały podpisane. A jednocześnie były podpisane dzięki temu, że szef wojewódzkiego funduszu zdrowia uwierzył, że będą wyrównywane tak zwane niedobory. Była taka umowa, ja tej umowy nie znam i nie wiem, czy ona była spisana, ale tak mi wszyscy tłumaczyli, że po pierwszym półroczu tak zwane niedoszacowania będą wyrównane i województwa, które są przodownikami, to jest województwo małopolskie, mazowieckie i śląskie, które dostały bardzo dużo środków, będą uprzejmię podzielić się z województwami biednymi – lubelskim, łódzkim itd. Ku mojemu zdumieniu i zdumieniu wszystkich okazało się, że nadzieje te były płonne. A jest to sprawa oczywista i jasna jak słońce, bo pytałam o to pana prezesa i pan prezes temu nie zaprzeczył. Na mocy... Słuchajcie, Państwo, co chcę powiedzieć: na mocy uchwały zarządu funduszu na początku maja postanowiono wręcz nie wspomóc tych biedniejszych, tylko zwiększyć wartość punktu tym bogatszym, żeby wykorzystał do końca te środki, które są w nadmiarze. W rezultacie jako ochłap rzucono 25 milionów zł, co jest absolutnie niewystarczające do uzupełnienia niedoboru z pierwszego półrocza. Wczoraj dowiedziałam się od pana prezesa, że jest nieźle, bo właśnie ta składka wpływa i Łodzi coś tam skapnie, Łódź coś dostanie, może nie dostanie tych brakujących następnych 15 milionów zł, ale w następnym półroczu będzie nieźle.

Jadąc tutaj, rozmawiałam z szefem wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia i dowiedziałam się o następnym kuriozalnym wydarzeniu. A mianowicie te bogate województwa, które nie wiedziały, co mają robić z pieniędzmi, które oszukiwały... Prasa donosiła o tym, co się dzieje w Krakowie, jak to lekarze kombi-

nują, żeby te pieniądze wydać. Te województwa – oświadczam tutaj z pełną świadomością, mając pełne informacje – dostały dodatkowo jeszcze więcej pieniędzy. A więc Łódź dostała ochłap w postaci 25 milionów zł, które nie starczą na to, co było w pierwszym półroczu. W tym samym ruchu mazowieckie dostało 17 milionów zł – nie wiem po co i na co – a śląskie 15 milionów zł. Nie wiem po co i na co, jeśli tam naprawdę nie wiedzieli, co mają robić z pieniędzmi.

I chcę oświadczyć, że szef wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia usiłuje – bo jak pan wie i jak wiemy wszyscy Łódź nie podpisała ich na cały rok – podpisać kontrakty na III kwartał. Sądzi, że mu się to uda, ale pod jednym warunkiem: że te kontrakty będą podpisywane na takich samych warunkach jak w pierwszym półroczu. A więc potrzebne są za III kwartał chociażby takie same pieniądze, jak za pierwsze półrocze. Oczywiście okazuje się, że Łódź znów dostaje dużo mniej środków, o 4,4% mniej, aniżeli w zeszłym roku.

Chcę oświadczyć panu prezesowi i siedzącej tu pani wiceminister, że Łódź tym razem nie popuści. Jest takie wielkie wrzenie, jest taka determinacja, a jednocześnie w ogóle brakuje możliwości leczenia pacjentów. Zamknięte są szpitale, bo się robi remonty, żeby nie przyjmować ludzi, bo nie ma ich za co leczyć...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie wiem, to są jakieś tam pobieżne remonty, nie kapitałne remonty. Prawdopodobnie mówią, że remontują, żeby nie przyjmować pacjentów, bo nie mogą ich leczyć.

Chcę powiedzieć, że boję się, iż te kontrakty w województwie łódzkim nie będą podpisane i będzie bardzo wielki problem.

Apeluję do rozsądku: jeśli chodzi o województwo łódzkie, to absolutnie tak dalej być nie może. W tym momencie Łódź i lekarze nie popuszczą. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Za chwilę pan prezes będzie mógł się do tego ustosunkować, wysłuchamy tylko następnych zgłoszonych osób.

Pan dyrektor Maciej Piróg, bardzo proszę. Następnie pana sąsiad.

Dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka” Maciej Piróg:

Dziękuję bardzo, Pani Senator.

Maciej Piróg, dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”.

Proszę państwa, możliwość mówienia przed takim gronem o ochronie zdrowia jest bardzo frapująca. Tylko bardzo żałuję, że musimy rozmawiać o tak prozaicznej rzeczy, jaką jest kontraktowanie na rok 2004, pod koniec czerwca 2004 r. Szkoda, że nie rozmawiamy dzisiaj o kontraktowaniu na rok 2005, mając możliwość normalnego funkcjonowania w roku bieżącym.

Nie jest winą obecnego zarządu – uderzę w ton zainicjowany przez pana profesora, senatora Religę – że jest taka sytuacja. W imieniu dużej części świadczonych trzeciego poziomu referencyjnego, szpitali klinicznych i instytutów, chciałbym powiedzieć, że obecny zarząd zrobił bardzo wiele i w dobrym kierunku po to, ażeby sytuację nie tyle naprawić, ile unormować w systemie, który powinien w jakiś sposób

docierać się przez dwa, trzy, cztery lata. Jeżeli nie pozwolono na tego typu działanie w poprzednim systemie, systemie kas chorych, to w tej chwili borykamy się właśnie z taką sytuacją, że po raz wtóry musimy próbować, przy permanentnych działaniach różnych ekip, różnych składów, wprowadzić system, który z punktu widzenia świadczeniodawców mógłby być możliwy do udźwignięcia.

W tej chwili mamy taką oto sytuację, że po wprowadzeniu nowej ustawy do parlamentu i po jej pierwszym czytaniu oraz po podjętej próbie – jestem przekonany, że skutecznej – wprowadzenia drugiego projektu, jakim jest projekt grupy pana profesora Religi, wiele szpitali i wielu świadczeniodawców stoi w obliczu problemu dożycia do zmiany, która w tej chwili jeszcze nie jest przesądzona i która wcale nie musi być dobra. Ażeby to zrobić, trzeba podjąć najprostsze działania, które są w tej sytuacji możliwe i które mogą być skuteczne w dłuższej perspektywie. Takie działania, według mnie, obecny zarząd funduszu podejmuje. Czujemy natomiast pewnego rodzaju presję – i to presję polityczną związaną z działaniami populistycznymi i presję mocniejszych członków rządu – na to, ażeby nie zezwolić na takie działania, które nie destabilizują systemu, tylko powodują, że po wprowadzeniu najprostszycch działań można do końca tego roku przeżyć i przygotować coś, co będzie namiastką lepszego kontraktowania usług zdrowotnych w roku 2005. I to według ustawy, której kształt tak naprawdę praktycznie nie do końca wpłynie na to, w jaki sposób trzeba będzie przystąpić do tego konkursu we wrześniu i październiku przyszłego roku.

W związku z tym mówienie o tym, co nas czeka w drugiej połowie roku 2004 – przy większej kwocie pieniędzy, która jest przeznaczona na kontraktowanie usług zdrowotnych w roku 2004 w stosunku do roku 2003, oraz przy zwiększonym spływie składki za I kwartał do około 104% – sprowadza się do tego, w jaki sposób przekazać podobną kwotę pieniędzy, przy podobnych cenach, do istniejącej bazy publicznej i niepublicznej opieki zdrowotnej na podobną lub nieco większą liczbę usług zdrowotnych. I tu zaczyna się problem, który sprowadza się do tego, że usługi są wykonywane i pieniądze są, ale nie ma jak ich przekazać. Jest to namiastka problemu, jaki pojawi się 1 stycznia 2005 r., kiedy nie będzie żadnej ustawy i nie będzie można przekazać żadnych pieniędzy z naszych składek do świadczeniodawców, którzy – jestem o tym przekonany – siłą rozpędu, jak zawsze w Polsce, będą swoje usługi wykonywać.

W związku z tym nasza propozycja, która była wciąż powtarzana, ale została na pewien czas zawieszona, sprowadza się do tego, żeby przynajmniej popołniony przez poprzednie zarządy błąd, który mimo starań nie został jeszcze w żaden sposób skorygowany przez obecny zarząd, w zakresie wyceny usług za tak zwane usługi specjalistyczne, czyli świadczenia ambulatoryjne...

Bo to niedoszacowanie przekłada się na wynik finansowy mojego szpitala, który za dwa ostatnie lata był wynikiem dodatnim. Ja w tej chwili mam kontrakt, do którego podpisania zostałem zmuszony ostatniego dnia grudnia poprzedniego roku, zmuszony groźbą niezawarcia żadnego kontraktu, który zawarłem pod presją, na kwotę podobną jak w roku 2003. W tej chwili nic innego nie chcę, tylko dostać te pieniądze, a świadczyć usługi w wysokości około 110–112% tego, co było do tej pory. Proszę zauważyć, że jest to także efekt nie zwiększonej chorobowości dzieci w Polsce, tylko tego, że ustawa dała absolutny wybór świadczeniodawcy czy miejsca wykonywania świadczenia bez względu na problem zdrowotny, którego to dotyczy. Chciałbym powiedzieć, że jeżeli dziecko z banalną chorobą, którą można rozpoznać dopiero po przyjęciu go i zdiagnozowaniu,

przychodzi do Centrum Zdrowia Dziecka, to zabiera w ten sposób miejsce innym i wydłuża kolejkę dzieci, które mogą uzyskać pomoc tylko i wyłącznie w tym szpitalu lub jemu podobnych. W związku z tym nie jest to najlepsze rozwiązanie, jeśli pod względem medycznym nie istnieje żadna możliwość skorygowania miejsca wykonywania usług. Ale przyjmując nawet tego typu kryteria i to, że w związku z tym zwiększa się liczba świadczeń, ja z tytułu wykonywania tych usług, a w naszych ambulatoriach przyjmowanych jest sto czterdzieści tysięcy dzieci rocznie, otrzymuję, przy zwiększonych zadaniach, 48% tego, co zostało ze mną zakontraktowane – to jest wynik za pięć pierwszych miesięcy – i to po cenie z roku ubiegłego. Jest to sytuacja, która powoduje, że dyrektorzy instytutów i dyrektorzy szpitali klinicznych, przynajmniej regionu mazowieckiego, nie przedłużają umowy od 1 lipca lub ją wypowiedzą, jeżeli mają, do końca roku.

Ja mam umowę do końca kwietnia, ponieważ ją podpisuję co miesiąc. Jeśli chodzi o szpital, jest to umowa dłuższa. To, co usłyszymy na dzisiejszym posiedzeniu, między innymi warunkuje przedłużenie tej umowy. W tej chwili sprowadza się to do apelu i postulatu, żeby skorzystać z najprostszego rozwiązania: do przedłużenia 1/12 do momentu wprowadzenia takiego mechanizmu, który spowoduje, że usługa lekarska, także wykonywana w Centrum Zdrowia Dziecka, będzie kosztowała więcej niż 8 zł., a tyle kosztuje w tej chwili. Jest to tak zwana usługa słuchawkowa, niekoniecznie wykonywana na dziecku, natomiast są to też między innymi unikalne badania tego typu, że dziecka nie ma w naszym instytucie, jest tylko jego mocz – to badanie kosztuje tylko 400 zł, a ja za to otrzymuję 8 zł.

W związku z tym przedłużanie umowy z tytułu kontraktu na usługi wysokospecjalistyczne... Czy ja je wypowiem, czy nie, to i tak przez najbliższe cztery miesiące nie uzyskam ani złotówki, ponieważ do tego sprowadza się przekazanie mojego sprawozdania z wykonywanych usług.

Podobnie wiele błędów zostało już skorygowanych w niektórych dziedzinach, na przykład w pediatrii coś takiego się dzieje. To, co zostało uruchomione przez zastępcę prezesa do spraw medycznych w zakresie poprawy katalogu i możliwości łączenia niektórych procedur medycznych, jest krokiem w dobrym kierunku, ale może nawet nie krokiem, tylko kroczeniem. Są to w tej chwili działania bardzo dobre i w dobrym kierunku, ale niewystarczające.

Nie powinniśmy o tym mówić w roku 2004. Efekty tych działań roją dobrze, jeżeli chodzi o kontraktowanie roku 2005. W tej chwili, niestety, jesteśmy zmuszeni do postulowania wprowadzenia protezy, która pozwoli normalnie funkcjonować do końca roku i normalnie w tym okresie działać.

Dodam coś do tych państwa głosów, które padły odnośnie do różnych nieprawidłowości wprowadzonego systemu Narodowego Funduszu Zdrowia. O jednej z nich już trochę powiedziałem, to jest o całkowitym wolnym wyborze przez pacjenta miejsca, w którym jest wykonywana usługa medyczna, zdrowotna. Są jeszcze dwie. To znaczy wprowadzenie równości aż do przesady. U nas bardzo często się zdarza, że odbijamy się od ściany do ściany. W związku z tym kiedyś tej równości nie było i była dowolność w szesnastu regionach, a w tej chwili wprowadzono pozorną równość. Pozorną dlatego, że kapitacyjna stawka określana na Mazowszu i na Śląsku jest wyższa niż w innych miejscach. A porównywanie kapitacyjnej stawki przy braku możliwości przepływania środków pomiędzy regionami jest absolutną bzdurą.

Proszę państwa, ja wypełniając w tej chwili ten postulat i mając parytet takiej samej stawki na głowę mieszkańca województwa, byłbym zmuszony natychmiast prze-

stać przyjmować 50% dzieci, bo dokładnie 50% dzieci w Centrum Zdrowia Dziecka jest spoza Mazowsza. Oczywiście nigdy tego nie zrobię, bo ten szpital, którym mam zaszczyt kierować, jest stworzony dla wszystkich dzieci w Polsce i nie tylko. Ale wtedy, kiedy za dziecko ze Szczecina, Zielonej Góry czy z Białegostoku nie może mi ten region zapłacić, tylko musi płacić dyrektor regionu Mazowsza, to siłą rzeczy jestem jego sprzymierzeńcem – nie dlatego, że ze mną podpisuje kontrakt, tylko dlatego, że ma pieniądze nie na mieszkańców Mazowsza, ale na leczenie pacjentów w szpitalu, który przypadkiem jest posadowiony na terenie Mazowsza. W związku z tym dyskusja polityczna na temat sprawiedliwości, dobrego podziału i w ogóle systemu opieki zdrowotnej jest bardzo groźna, natomiast dyskusja regionalna jest o niebo groźniejsza. Dlatego też, że tak powiem, wyrywanie sobie pieniędzy w ramach regionów, przy takiej sytuacji, w jakiej jesteśmy, i w przededniu tworzenia jakiegokolwiek systemu, którego w tej chwili nie mamy, jest jednym z najgorszych posunięć. To jedna z najgorszych dyskusji, jaka się może odbyć. Dlatego też znowu jest poszukiwanie lepszych i gorszych wtedy, kiedy chcemy znaleźć jak najlepsze miejsce leczenia dla pacjentów w całej Polsce i kiedy przepływ środków za tym pacjentem jest wyborem optymalnym.

I jeszcze dwa słowa na temat katalogu, który wcześniej czy później nas czeka, ale raczej później, ponieważ żeby stworzyć coś, co można by było wprowadzić, a później korygować, to trzeba co najmniej dwóch, trzech lat. Najlepsze, najbogatsze i najbardziej ułożone kraje robiły to lat dziesięć i dalej mają niedoskonały system. W związku z tym poprawa katalogu i umieszczenie stu procedur, które są wykonywane w Centrum Zdrowia Dziecka, a których w tym katalogu nie ma... W tej chwili wprowadza się decyzją zarządu 9% czy 10% z nich. Jest to, jak powiedziałem, krok w dobrym kierunku.

Ale, proszę państwa, nie traktujcie dyrektorów szpitali tak, jakby chcieli was permanentnie oszukać. Każdy zachowuje się w systemie racjonalnie i dopasowuje się nawet do złego systemu, w związku z tym twórzmy gorszy, ale nie dopasowujemy się do sztuczek dyrektorskich. Jeżeli pacjent ma pięć schorzeń, to zapłaćmy za pięć, a nie uważajmy, że tak jest dlatego, bo dyrektor oszukał. To można sprawdzić i od tego są służby kontrolne, żeby to sprawdziły. Ale jeżeli w zakresie leczenia pediatrycznego główną przyczyną hospitalizacji są wady mnogie u noworodków, to sama nazwa wskazuje, że to dziecko powinno trafić do pięciu, sześciu, siedmiu oddziałów specjalistycznych. Ja nie mogę z tego tytułu dostać za leczenie w jednym z tych oddziałów, nawet jeżeli on jest najdroższy. Łączenie procedur jest konieczne.

I ostatnia rzecz, jeżeli nie jest możliwa lepsza wycena, a nie jest możliwa, jeżeli nawet nie jest możliwy pełen katalog, to trzeba wprowadzić jakąś protezę w postaci na przykład wskaźnika, który będzie powodował, że tego typu leczenie wysokospecjalistyczne w dalszym ciągu będzie prowadzone. W innym wypadku grozi coś, co nastąpiło na Węgrzech, i co zostało zrobione świadomie. Ja bym ostrzegał przed zlikwidowaniem trzeciego poziomu referencyjnego w Polsce. Szkoda go, on jest zbyt dobry, mamy zbyt dobrych lekarzy i wbrew pozorom zbyt dobrą bazę i wyposażenie, żeby się leczyć za wielokrotnie wyższe stawki, o czym mówił prezes narodowego funduszu, za granicą, zresztą wtedy pewnie u naszych lekarzy, którzy tam wyjadą. Zachowajmy trzeci poziom referencyjny, z którego odsyła się już tylko w jedno miejsce. Lepiej, żeby przypadków tego odsyłania było jak najmniej. A w związku z tym przepływ pieniędzy i parytet odpowiedni w stosunku nie do mieszkańców, tylko do tego, gdzie się ci mieszkańcy leczą, i do tego, w jaki sposób jest wyceniana procedura wysokospecjal-

styczna, są bardzo konieczne. Na to potrzeba trochę czasu, więc dajcie nam państwo – mówię do płatników – trochę czasu. A do państwa polityków apeluję, aby te działania w mądry sposób wzmocnili. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.
Bardzo proszę.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pulmonologii
Kazimierz Roszkowski:**

Kazimierz Roszkowski – jestem dyrektorem Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc i konsultantem krajowym w zakresie pulmonologii, ale chciałbym krótko zabrać głos nie z perspektywy tych dwóch stanowisk czy funkcji, ale z perspektywy jeszcze jednej specjalności, jaką mam, mianowicie zdrowia publicznego.

Jak pani przewodnicząca i państwo senatorowie wiecie, na jednym z poprzednich naszych spotkań byłem bardzo krytycznie ustosunkowany do decyzji ówczesnego Zarządu Narodowego Fundusz Zdrowia. W tej chwili jest mi niezwykle miło powiedzieć, że to, co dzisiaj usłyszałem z ust pana prezesa – tu w pełni się solidaryzuję z profesorem Religą – jest świadectwem tego, iż następuje znaczna ewolucja w kierunku normalności.

Regionalne różnice kapitacyjne są niejako abecadłem w zakresie ekonomiki ochrony zdrowia. Osoby, które mają co do tego wątpliwości, odsyłam do beletrystycznego podręcznika Getzena „Ekonomika zdrowia”, który jest w tej chwili dostępny na rynku. On znakomicie tłumaczy, dlaczego te różnice regionalne muszą być. One muszą być i są wszędzie na świecie. To jest rzecz oczywista, podobnie jak oczywistą rzeczą jest to, że pragnieniem warszawianina byłoby zjedzenie kotleta schabowego za taką cenę, jaka jest na Podkarpaciu – ale to są jakby inne sprawy.

Za niezwykle pozytywne natomiast uważam to, że Zarząd Narodowego Fundusz Zdrowia widzi w tej chwili w sposób prawidłowy te wszystkie elementy, które wynikają nie tylko ze zróżnicowania kosztów świadczenia wynikającego z miejsca udzielenia świadczenia, ale również z uchwały mówiącej o indeksacji 1,2.

Proszę państwa, nie znam kraju, nie znam systemu ochrony zdrowia w cywilizowanym państwie, gdzie się abstrahuje od kosztów wykonania świadczenia w zależności od poziomu referencyjności, przy czym ten poziom referencyjności niekoniecznie zależy od nazwy instytucji, bo może być to bardzo specjalistyczny oddział w szpitalu powiatowym. W Stanach Zjednoczonych jest tak zwany *weight index*, który uwzględnia te wskaźniki indeksacji dla poszczególnych regionów, szpitali i specjalizacji.

W związku z tym, zgodnie z życzeniem pani przewodniczącej, chciałem zakończyć swoje wystąpienie wnioskiem o podjęcie uchwały, która spowoduje wejście w życie wskaźnika indeksacji zaproponowanego przez fundusz. Uważam, że jest to bardzo słuszny wskaźnik, oparty na głębokiej wiedzy w zakresie zarządzania ochroną zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Wszystkie wnioski notuje pan przewodniczący Mirosław Lubiński, pan doktor senator Lubiński. Zostaną one zaprezentowane na końcu posiedzenia.

Ja teraz przedstawię państwu listę mówców, a po jej wyczerpaniu będzie już pora, żeby pan prezes wraz z – jak zaznaczył – licznym zespołem podzielił odpowiedzi. Jeżeli będzie taka potrzeba, to będzie jeszcze druga tura pytań.

Tak więc teraz poproszę panią senator Olę Krzyżanowską, ale w kolejce jest jeszcze pan prezes Bieńkiewicz, pan profesor senator Bielawski, pan profesor Rowiński i pani senator Aleksandra Koszada i wtedy byłaby.... Przepraszam.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dobrze, jeszcze pan Grabowski.

A teraz proszę panią senator Krzyżanowską.

Senator Olga Krzyżanowska:

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Jak pani przewodnicząca na początku powiedziała, jesteśmy w dość specyficznym momencie nie tylko dlatego, że jest taka sytuacja w służbie zdrowia, jaka jest i my ją znamy, ale także dlatego, że w ciągu najbliższego czasu będziemy rozpatrywać nową ustawę o świadczeniach zdrowotnych.

Muszę powiedzieć, iż myślę, że powinniśmy wyciągnąć wnioski z błędów, który popełniliśmy przy Narodowym Funduszu Zdrowia, i spotykać się z ludźmi, którzy tak jak państwo głęboko w tym siedzą, stykają się z tymi sprawami, żebyśmy pracując nad ustawą i głosując nad nią, mieli jakieś konkretne wnioski. Muszę też powiedzieć, że mimo tego, że jestem byłym lekarzem, bo nie pracuję, z wielu takich narad nie wyniosłam praktycznie żadnych konkretnych wniosków, poza żalami, na pewno słusznymi, że jedno województwo dostaje mniej, a drugie więcej. Tak więc z trudnością udaje się mi wyciągać jakiegokolwiek konkretne wnioski.

Mnie się wydaje, że istotą sprawy jest to, czy wtedy, gdy rzeczywiście narodowy fundusz – jeżeli tak się będzie nazywał, bo w tej chwili przecież nie możemy tego przesądzać – ujednotli sposób kontraktowania tak, że będzie on jasny, przejrzysty, że każdy będzie wiedział, dlaczego co dostaje na odpowiednim poziomie referencji, to wszystko będzie dobrze. Moim zdaniem będzie lepiej, ale nie będzie dobrze, bo wrócimy do zasadniczego problemu: czy te pieniądze, które w tej chwili dajemy, wystarczają, czy nie? I właściwie ciągle ten temat jest aktualny, przy wszystkich technicznych sprawach, co tu kryć. A więc będziemy sobie musieli w przyszłej ustawie na to pytanie odpowiedzieć. Wszyscy zdajemy sobie jednak sprawę, że to będzie cząstkowe rozwiązanie, że to będzie proteza, która nie załatwi wszystkich problemów, ale niektóre rzeczy naprawdę w tej ustawie musimy zawrzeć, żeby nie tylko spełniła ona wymogi trybunału, ale też żeby rzeczywiście posunęła sprawę do przodu. To w tej chwili przed nami wszystkimi stoi – nie mówią już o naszych nieszczęsnych pacjentach.

Ciągle się słyszy, że w służbie zdrowia są marnowane pieniądze. Nie wiem, czy to jest prawda. Chcielibyśmy usłyszeć, jak to jest naprawdę. Czy rzeczywiście są marnowane przez bezmyślność, przez niedokładność? Ja nie chcę mówić o żadnych przypadkach nieuczciwości, tylko o organizacyjnych sprawach. Bo na to musimy zwrócić uwagę, czy te ogromne pieniądze, które są ciągle niewystarczające, nie będą marnowane.

I myślę, że na takich spotkaniach musimy sobie na te wątpliwości odpowiedzieć, a nie tylko mówić, że jest źle, bo każdy widzi, że, mówiąc szalenie delikatnie, nie jest dobrze.

My staramy się unikać – jakby to określić – politycznych inwokacji, ale ja muszę powiedzieć, że z przerażeniem przypominam sobie pełen entuzjazm wielu naszych kolegów

i przedstawiciele ministerstwa, jak uchwalaliśmy narodowy fundusz. Były wspaniałe obietnice, ale wiemy, jak to wspaniałe dziś wygląda. Tak więc może nie o polityce dziś mówmy, tylko naprawdę o konkretach – co poprawić: sposób przyznawania pieniędzy, jego przejrzystość; na jakich zasadach przyznawać pieniądze; trzeba też jasno sobie powiedzieć, na co nam tych pieniędzy, niestety, w przyszłym roku musi zabraknąć. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pan prezes Bieńkiewicz.

**Prezes Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych
Wojciech Bieńkiewicz:**

Wojciech Bieńkiewicz – Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Klinicznych.

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Moi przedmówcy poruszali szereg zagadnień. Ja bym bardzo nie chciał, żeby moja wypowiedź była potraktowana jako wypowiedź skierowana przeciwko komukolwiek personalnie czy przeciwko jakiemukolwiek miastu w tym kraju. Ale szpitale kliniczne mamy w jedenastu miastach wojewódzkich, natomiast część wypowiedzi dotyczyła sytuacji charakterystycznej dla populacji mazowieckiej, a rozwiązania korzystne dla tej populacji niekoniecznie są korzystne dla reszty populacji. I o ile mój przedmówca, pan profesor Roszkowski, był uprzejmy mówić o sytuacji, która jest w Warszawie, o tyle w Łodzi, w Lublinie, w Gdańsku sytuacja w szpitalach klinicznych i w instytucjach jest trochę inna. Mamy mniejszy, jeśli chodzi o finanse, kontrakt niż w zeszłym roku, fundusz wykupił od nas więcej usług za niższą stawkę, za mniej pieniędzy. W związku z tym wszystkie możliwe przewartościowania o te 20% spowodują tylko tyle, że ktoś może mi policzyć, że te usługi, które już wykonałem, będą o 20% droższe. Co to znaczy? Że mam jeszcze większe nadwykonanie, za które nikt nie chce zapłacić.

Dlatego jest potrzebny inny mechanizm. O tym mechanizmie mówił między innymi pan profesor Pużyński i pan doktor Piróg. Niewątpliwie jesteśmy już ostatnim krajem, który ma jednakowe stawki dla szpitali wszystkich poziomów referencyjnych. Jeśli chodzi o to, o czym mówił pan doktor Piróg na temat utrzymania trzeciego poziomu referencyjnego, to z pewnym bólem stwierdzam, że podczas prac komisji sejmowej nad jedną z ustaw rząd praktycznie wycofuje się z pojęcia referencyjności i ucieka od tego problemu, jakby nie chciał, żeby istniały poziomy referencyjne.

Dalej, pan doktor Piróg poruszył bardzo istotną rzecz, a ja ją jeszcze raz powtórzę: w szpitalach klinicznych i w instytucjach momentami procedury muszą być łączone, bo przychodzi chory, który już nie ma gdzie trafić. Ja rozumiem, że nie można wystawiać rachunku za gripę, kichaczkę i zawał serca. To byłby pewnego rodzaju absurd. Ale jakiś mechanizm musi zostać wprowadzony, i to dość szybko. Do nas rzadko przychodzi pacjenci chorzy na jedną chorobę i działanie zgodnie z literą umowy z funduszem doprowadza do absurdu, bo oczywiście dokładam furmankę pieniędzy do konsultacji, które tym pacjentom robię, czy do leków specjalistycznych, które są im zlecane. No ależ, u Boga Ojca, trudno temu pacjentowi dać receptę, żeby ją zrealizował, jak będzie w domu, czy trudno mu powiedzieć tak: proszę pana, dobra, ale cukrzycę to będą leczyli koledzy na internie, to już nie u nas.

Dalej, parę razy padało sformułowanie, że ludzie działają racjonalnie. My to obserwujemy. Panie Prezesie, system, przy którym rzeczywiście za porady, nawet te słuchawkowe, na trzecim poziomie fundusz płaci de facto sumę rzędu 7 zł, powoduje, że praktycznie we wszystkich szpitalach klinicznych od dawna poradnie są do zamknięcia. Te poradnie są deficytowe, my je trzymamy dla tak zwanego społecznego dobra, dlatego że poradnie miejskie pracują tak, jak pracują, one też się częściowo prywatyzują.

Dalej, szeroko omawiany problemy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, które my jako szefowie jednostek klinicznych postrzegamy dość specyficznie, bo widzimy, co tam się dzieje. Pani Przewodnicząca, Pani Minister, Panie Prezesie, żaden NZOZ nie weźmie się za trudnego pacjenta. W momencie, kiedy cokolwiek się komplikuje, pacjent najczęściej trafia do wysokiego poziomu referencyjnego – z tą rozbraną sprawą, za którą NZOZ już raz pieniądze od funduszu wziął.

To, o czym była uprzejma mówić pani senator Janowska – w tej chwili sytuacja w Łodzi jest taka: wczorajsze wydanie łódzkiej „Gazety Wyborczej” po raz pierwszy pokazało ogromniszyszczeń, część oddziałów szpitalnych i szpitali jest po prostu zamknięta.

Pani Przewodnicząca, Państwo Senatorowie, pomijam, czy tam są remonty, czy malowanie, czy sprząatanie, czy odszczurzanie, czy odkaraluszanie, bo to akurat jest najtańsze, a na prawdziwy remont nikt nie ma pieniędzy. Ale dla tych pacjentów, którzy szturmują izby przyjęć i, że tak powiem, się od ich drzwi odbijają, jest to tragedia. Te szpitale wykonały swoje kontrakty, nadwykonań nie ma. Jeżeli brakuje jakiegokolwiek koordynacji tych działań i jeżeli połowa łóżek chirurgicznych w aglomeracji takiej jak Łódzka jest zamknięta, to możecie sobie państwo wyobrazić, co się dzieje. Wczoraj łódzki wydział zdrowia deklarował, że przechodzimy w stan medycyny wojennej, czyli przyjmujemy do szpitali na oddziały tylko przy zagrożeniu życia. Na ten temat wypowiedział się marszałek i wojewódzki wydział zdrowia, czyli wydział zdrowia i polityki.

Panie Prezesie, na początku swojego wystąpienia był pan uprzejmy powiedzieć, że świadczeniodawcy byli niechętni. Ja panu powiem więcej: gdyby nie powaga Wysokiego Senatu, to ja bym panu powiedział, jacy byli świadczeniodawcy w końcu ubiegłego roku i na początku tego roku oraz co świadczeniodawcy myślą o wymuszonych umowach, o systemie sprawozdawczości, który do tej pory w moim szpitalu nie działa i nie jest w stanie działać, a moi informatycy i informatycy funduszu wspólnie usiłują kombinować, żeby firma ComputerLand w Gliwicach zrobiła jakąś poprawkę na nakładkę, żeby to wreszcie działało. Panie Prezesie, to wygląda jak sabotaż. Ja nie adresuję tego do pana osobiście, bo nie pan podejmował te decyzje, ale tak to realnie wygląda i świadczeniodawcy są rzeczywiście mocno niechętni i gdyby mogli, to by sobie wybrali inny fundusz. Dziękuję.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.
Pan profesor Rowiński.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Transplantologii
Wojciech Rowiński:**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.
Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Wojciech Rowiński – pracuję w Instytucie Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie, jestem konsultantem krajowym tej dziedziny medycyny.

Jedno bardzo banalne stwierdzenie, które może brzmieć jak truizm: medycyna transplantacyjna jest bezpieczna, skuteczna i niezwykle potrzebna. Ale nie jest truizmem stwierdzenie, że dzięki pięćdziesięciu latom, a w Polsce prawie czterdziestu latom medycyny transplantacyjnej, doszło do poprawy podstawowej opieki zdrowotnej. Jest za mało czasu, żebym to udowodnił, ale to jest fakt.

W poszczególnych dziedzinach medycyny nakłady ponosi minister zdrowia, bo za wszystkie rodzaje przeszczepienia szpiku i przeszczepienia narządów oraz za leczenie po, nieszczęśliwie kiedyś nazwane leczeniem immunosupresyjnym, płaci minister zdrowia z budżetu państwa. Te nakłady od trzech lat nie uległy zmianie i wynoszą – dane pochodzą z ministerstwa i z moim własnych wyliczeń – około 240 milionów zł na narządy i szpik. W tym roku zabraknie około 22 milionów zł – pani senator Sienkiewicz ma moje pismo – na to, żeby uratować ludzi, którzy czekają na przeszczepienie wątroby i którzy umrą, ponieważ nie ma pieniędzy.

Proszę państwa, ja nie chcę powtarzać tego, co mówiono, ale niektórzy z tych chorych pojedą do Europy Zachodniej i tam będą mieli przeszczep za sześć-, siedmiokrotnie wyższą sumę, a fundusz będzie musiał zapłacić. Trzeba coś zrobić teraz, żeby uniknąć tego w przyszłym roku.

Tak więc pierwszy wniosek: brakuje w tym roku w budżecie ministra zdrowia, który nie ma złotówki, 22 milionów zł. Dokładne wyliczenie jest u pani senator Sienkiewicz.

O ile nie ma alternatywy dla przeszczepienia wątroby i serca, bo albo się żyje po przeszczepieniu, i to bardzo dobrze, szereg lat – piętnaście, dwadzieścia – albo się umiera, to jest pewna alternatywa dla przeszczepienia nerek, ale jest to alternatywa czasowa. 15% chorych leczonych dializami, bo o tym mówię, umiera w ciągu roku, czyli po siedmiu latach wymienia się cała populacja chorych. 5% chorych po przeszczepieniu nerki umiera po pięciu latach, a z czynnym przeszczepem po pięciu latach w Polsce żyje 82% chorych. Co więcej, nie tylko wyniki leczenia i jakość, ale koszt przeszczepienia nerki, bo mówię w tej chwili o nerce, jest dwukrotnie niższy niż dializoterapii. Chciałbym głośno jeszcze raz powiedzieć: dializoterapia jest niezbędną, skuteczną, bardzo nowoczesną metodą leczenia i musi być stosowana, zwłaszcza że chory po przeszczepieniu nerki może musieć wrócić na program dializ. Ale program dializoterapii zatwierdzony przez urząd ministra zdrowia i Wysoki Parlament rozwija się, co roku tysiąc nowych osób jest dializowanych. W zeszłym roku wydano 880 milionów zł, Panie Prezesie, na leczenie chorych dializami. To pewno jest 1/45 czy 1/40 całego budżetu. No to...

(Głos z sali : I to dalej rośnie.)

I to rośnie co roku.

Chcę powiedzieć... To znaczy, nie chciałbym być źle zrozumiany. Nie występuję przeciw... Są moi koledzy nefrolodzy – moja żona też jest nefrologiem – którzy uważają, że ja walczę z nefrologią. To nieprawda. Myślę tylko, że w sytuacji, gdy brakuje pieniędzy, dla tej dziedziny medycyny powinna być stworzona pewna perspektywa. Chodzi o to, żeby stworzyć jakiś system racjonalnego wydawania pieniędzy. I to jest tyle, jeśli chodzi o dializoterapię.

Otóż, ponieważ pani marszałek bardzo apelowała, żeby powiedzieć coś na temat wizji, a nie tylko narzekać, to chcę powiedzieć, że w ustawie, która znajduje się w parlamencie, o ochronie zdrowia podobno wszystkie procedury finansowane przez

ministra zdrowia – mówię „podobno”, ponieważ to się zmienia – mają być przekazane do funduszu. Jeżeli tak będzie, to będzie katastrofa. Ja nie twierdzę, że płatnikiem nie może być fundusz. Ale katastrofa będzie polegała na tym, że w tej chwili wykonuje się około tysiąca dwustu przeszczepień różnych narządów rocznie, a one są wykonywane nie w regionach, które odpowiadają podziałowi administracyjnemu Narodowego Funduszu Zdrowia. Przeszczepienie serca wykonywane jest w pięciu ośrodkach – trzy są w Warszawie, jeden w Katowicach, jeden w Krakowie. Jeżeli pieniądze zostaną podzielone równo, to program przeszczepiania, że tak powiem, będzie leżał. Następnie przeszczepianie wątroby odbywa się w ośmiu ośrodkach, z których cztery są w makroregionie mazowieckim, a przeszczepiani są chorzy z całej Polski. Jeśli natomiast chodzi o przeszczepianie nerek, to gdyby było zregionalizowane, będzie to medyczna tragedia, ponieważ wtedy nie zapobiegnie się jakimkolwiek doborowi tkankowemu, a właściwy dobór powoduje, że chorzy żyją po piętnaście, dwanaście lat, nie zaś po trzy, cztery lata. Zatem gdyby przeszczepianie narządów miało przejść do narodowego funduszu, to musi to być poprzedzone kilkoma miesiącami bardzo energicznej pracy. Jeżeli to ma być od stycznia, to trzeba by zacząć jutro.

Wreszcie w ramach procedur transplantacyjnych jest tak zwana obecnie procedura jedenasta, to znaczy, nieszczęśliwie nazwane leczenie immunosupresyjne. Mam list, który wczoraj dostałem od jednej z pań profesor z kliniki wewnętrznej akademii medycznej, która musiała hospitalizować chołą po przeszczepieniu serca z powodu zapalenia płuc. Napisała list na całą stronę. Napisała, że ja źle nadzoruję tę dziedzinę medycyny, bo przecież ośrodki transplantacyjne dostają pieniądze w ramach leczenia immunosupresyjnego na całokształt opieki. Myśmy jeszcze dwa czy trzy lata temu finansowali z tych pieniędzy protezy stawu biodrowego.

Otóż to musi być wyraźnie rozdzielone. Choroby związane z przeszczepem mogą być finansowane w ramach tej procedury, inne choroby muszą być finansowane w inny sposób.

Lwią część pieniędzy na tak zwane leczenie immunosupresyjne, a minimalna suma wynosi na rok około 18 tysięcy zł na chorego, konsumują leki immunosupresyjne. To bardzo dobrze, że na liście leków refundowanych mamy cyklosporynę i generyki. Moje starania od pół roku... Napisałem pięć listów do pana poprzekników, Panie Prezesie, do czterech ministrów zdrowia, żeby wprowadzić cztery leki immunosupresyjne na listę leków refundowanych, ponieważ one i tak są stosowane. Przy cenach aptecznych jest to suma równa 80 milionom zł. Gdyby był zakup centralny, na co podobno ustawa nie pozwala – czego, przepraszam, ale nie rozumiem – byłaby to suma około 60 milionów zł. Można kontrolować wydatkowanie, te leki nie są używane do niczego innego, można je wydawać tylko w aptekach przy ośrodkach transplantacyjnych. Ale byłaby to ogromna oszczędność. Pieniądze przeznaczane na procedurę leczenia immunosupresyjnego pozwoliłyby na zwiększenie liczby wykonywanych zabiegów albo na inne metody leczenia.

A zatem moje postulaty, zawarte w liście u pani przewodniczącej, są następujące: w tym roku brakuje 22 milionów 900 tysięcy zł na program przeszczepiania narządów, minister zdrowia tych pieniędzy nie ma, apeluję o wystąpienie do ministra finansów o przekazanie tej sumy celowo na program przeszczepiania narządów. W przyszłym roku i co roku nakłady na przeszczepianie powinny wzrastać o 5–10%, ponieważ to się opłaca w skali dziesięciu, piętnastu lat. Bardzo gorąco apeluję o próbę wprowadzenia tych czterech leków na listę leków refundowanych. I chcę powiedzieć,

że jeżeli ktokolwiek uważa, że medycyna transplantacyjna jest luksusem, to jest w błędzie. Jest jedną z szeregu drogich metod leczenia, ale nikt nie kwestionuje leczenia chorych psychicznie, nikt nie kwestionuje leczenia chorych dzieci, noworodków z wadami wrodzonymi, a wreszcie nikt nie kwestionuje utrzymania ludzi w więzieniu, a to kosztuje 50 czy 60 tysięcy zł rocznie. Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Pan senator profesor Bielawski, proszę.

Senator Janusz Bielawski:

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Ja chcę nawiązać do wypowiedzi senatora Pawłowskiego i senator Janowskiej. Mianowicie padło stwierdzenie, że po wprowadzeniu funduszu miały być równe stawki w wycenie usług medycznych w całej Polsce. To się nie dokonało i pytanie jest bardzo oczywiste: dlaczego tego nie zrobiono, mimo że ustawa tak przewidywała? Uważam, że to jest fundamentalne pytanie.

Poza tym z wypowiedzi wszystkich dyskutantów wynika, że są zaniżone oszacowania poszczególnych usług medycznych.

Jeśli planuje się podróż z Wrocławia do Warszawy samochodem i do pustego baku należy się 5 l benzyny, to się dojedzie do Oleśnicy albo jeszcze bliżej. Okazuje się, że tak nie można. Kompletnie nie mówi się o tym, że nie można za pewną określoną sumę zrobić wszystkiego dobrze. Przybrało to kuriozalne formy na Dolnym Śląsku. Została wymyślona restrukturyzacja, a klinicznym przykładem tego, do czego prowadzi ta restrukturyzacja, jest szpital w Dzierżoniowie. Ja już wielokrotnie używałem tego przykładu. Pan dyrektor Woźny się uśmiecha, bo już to słyszał. Ale, proszę państwa, ja się tym interesowałem, w pewnym momencie w szpitalu w Dzierżoniowie zlikwidowano jedną placówkę, zrobiono inną, zarząd powiatowy przejął długi, prawda? I jaki jest teraz efekt? Restrukturyzacja w dzierżoniowskim szpitalu prowadzona jest od wielu lat, w tym czasie zatrudnienie zmniejszyło się z tysiąca sześciuset osób do trzystu dziewięćdziesięciu, zmniejszono wynagrodzenia, stosuje się najtańsze leki, praktycznie oszczędza się na wszystkim, nie remontuje się budynków, brakuje środków na zakup sprzętu, jest realna groźba egzekucji komorniczej na orzecznym przez likwidatora sprzęcie itd., itd. O co chodzi? Chodzi o to, że za każdym razem, jak są podejmowane jakieś programy oszczędnościowe w szpitalach, to potem następuje obcięcie limitu, który szpital może wypracować. W tymże szpitalu w Dzierżoniowie jest kolejka na zabiegi planowe na koniec grudnia. Muszę powiedzieć, że w szpitalu, z którym jestem związany od trzydziestu lat, na oddziale ortopedycznym, którym kierowałem przez wiele lat, na przykład do artroskopii jest kolejka do końca września, a łóżka stoją puste. Nadwykonań nie ma, a szpital w kontrakcie na bieżący rok ma obcięte około 20% w stosunku do roku 2003. Propozycja Narodowego Funduszu Zdrowia na 2004 r. jest niższa od limitu roku 2003 o 2 miliony 200 tysięcy zł. I jak tu gospodarzyć, żeby było dobrze? A, proszę państwa, jednej rzeczy nie bierze się pod uwagę: że następuje degradacja szpitali. Mit o tym, że w Polsce jest za dużo szpitali, za dużo łóżek jest

w dalszym ciągu mitem. W stosunku do państw, które przystąpiły do Unii Europejskiej 1 maja, my jesteśmy na ósmym miejscu. Dziękuję.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Przepraszam, że nie zauważyłam zgłoszenia pana Józefa Grabowskiego, dyrektora naczelnego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim, a zatem teraz bardzo pana proszę.

**Prezes Zarządu Związku Pracodawców Powiatowych
Zakładów Opieki Zdrowotnej
Józef Grabowski:**

Dziękuję bardzo.

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Jestem również prezesem związku pracodawców szpitali powiatowych województwa świętokrzyskiego. I dziękuję bardzo za zaproszenie. Po raz pierwszy mam zaszczyt brać udział w takim posiedzeniu komisji, jakkolwiek poprzednio brałem udział w posiedzeniach sejmowej Komisji Zdrowia. Ale one zaczynały się o 21.00 albo o 22.00, tak że jest pewien postęp. To po pierwsze.

Po drugie, nie zgodziłbym się z takim podejściem do problemu wypowiedzenia kontraktów, jaki zaprezentował pan senator Pawłowski. Bo wypowiedzenie kontraktu to nie jest kaprys. My podchodziliśmy do wypowiedzenia kontraktu w marcu, a nad kontraktem na 2004 r. pracowaliśmy od października roku ubiegłego. Myślę, że dramatyczna sytuacja, która wynika z faktu zajmowania kont narodowego funduszu przez komornika z tytułu roszczeń wierzycieli oraz pracowników w związku ze słynną ustawą 203, spowodowała to, że wiele szpitali pozostało bez środków do normalnego funkcjonowania.

Jeśli chodzi o restrukturyzacje, które były prowadzone, to podam swój przykład. Kiedy obejmowałem szpital w 2001 r., miałem dług 20 milionów zł i stratę finansową 8 milionów 600 tysięcy zł. Na koniec roku 2002 doprowadziłem do dodatniego wyniku finansowego: plus 150 tysięcy zł, ale działania wynikające z faktu obniżenia kontraktu w drugim półroczu 2003 r. spowodowały, że odniosłem stratę, jeśli chodzi o kontrakt, rzędu 900 tysięcy zł. I to, myślę, są powody, dla których zostały wypowiedziane kontrakty.

Ale chciałbym, ponieważ zabieram głos dość późno, jeśli chodzi o problematykę, która była przedstawiana, skupić się tylko na kilku ogólnych stwierdzeniach, bo myślę, że wiele problemów państwo poruszycie.

Panie Prezesie, ja również tak jak pan profesor Religa chciałem się odnieść pozytywnie do pracy w zespołach problemowych i do bezpośrednich rozmów, jakie prowadziliśmy na poziomie związku z centralą funduszu oraz z oddziałem świętokrzyskim. To, co udało się wynegocjować... Podpisaliśmy porozumienia z oddziałem świętokrzyskim, teraz czekamy na podpisanie aneksów, ponieważ gdzieś się coś zacięło i ta korekta planu finansowego nie została zrealizowana. My nie podpisaliśmy aneksów i dlatego na 24 czerwca zwołałem zebranie. Ale jeżeli to poszło, to dziękuję. Myślę, że ten temat zostanie złagodzony. Chciałbym natomiast powiedzieć, że nie odpuszczamy negocjacji.

Pan prezes był uprzejmy powiedzieć, co czeka fundusz i nas w drugim półroczu, czyli radykalny wzrost kosztów. Chcę powiedzieć, że my widząc bardzo trudną sytu-

ację, jeśli chodzi o załatwianie problemu tak zwanej ustawy 203, wystosowaliśmy apel, do wszystkich senatorów i do wszystkich posłów po to, żeby problem ustawy 203 został rozwiązany...

(Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz: Ten apel był cytowany na początku.)

Tak.

Ale jest jeszcze drugi kanał, bo jeżeli nie będzie woli politycznej do rozwiązania problemu ustawy 203 i przeznaczenia pieniędzy, nawet etapami na realizację tego... W tej chwili odbywają się pierwsze procesy sądowe, zaskarżony jest fundusz, wojewoda jako przedstawiciel Skarbu Państwa i Sejm. Może to jest paradoks, ale niestety nasze możliwości się wyczerpały, natomiast pracownicy po złożeniu pozwu do sądu w przeciągu trzech tygodni mają wyrok z klauzulą natychmiastowej wykonalności.

Mi udało się podpisać ugodę ze związkami zawodowymi: że pracownicy nie idą do sądu i nie składają wyroków do komornika, ale ci, co poodchodzili z pracy, tak czynią. Dramat jest na przykład w szpitalu sandomierskim, w którym w ogóle nie ma pieniędzy na wynagrodzenia.

Te dwa kanały powinny spowodować rozwiązanie problemu. Ja nie oczekuję, że akurat znajdą się na to w budżecie 3 miliardy 500 milionów zł. Wyobrażam sobie na przykład tak: jeśli pieniądze za rok 2001 są niewypłacone, to, ponieważ upływa termin rozszczeń pracowniczych, żeby zapobiec temu, dajcie nam pieniądze na zrealizowanie roku 2001 i na przykład na realizację roku 2004 od drugiego półrocza. Jeśli natomiast chodzi o rok 2002 i 2003, to spróbujemy się z pracownikami dogadać, żeby to rozłożyć na kolejny rok albo dwa lata, a w zamian za to pracownicy odstąpiłiby od odsetek. Byłby to, myślę, również krok w naszym kierunku. Sprawa kredytów pomostowych nie rozwiąże problemu, tym bardziej że jest propozycja dotycząca 30%. A z czego zapłacimy resztę? Skąd?

Kolejny problem wzrostu ewentualnych kosztów państwa to jest sprawa toczących się procesów o nadwykonania za rok 2000, 2001, 2002 i 2003. Chcę powiedzieć, że jeśli wyroki są w oddziałach sądów rejonowych, to sądy orzekają różnie, w niektórych przypadkach są korzystne, a w innych niekorzystne, jednak sądy apelacyjne przyznają nam rację. W związku z czym to też należy uwzględnić. Poprawiłoby to znacznie sytuację finansową szpitali, myślę, w ogóle w Polsce. Dopiero mając jak gdyby oczyszczone przedpole z problemów zaległych nadwykonań i tej ustawy 203, moglibyśmy mówić o restrukturyzacji. Wydaje mi się, że to są najbardziej istotne problemy w drugim półroczu.

Niemniej ważnym problemem, uważam, jest to, żeby podawać w mediach i upowszechniać wśród społeczeństwa, że koszty leczenia to nie są te pieniądze, które otrzymujemy z funduszu na kontrakty. Myślę, że powinny być robione i upowszechniane symulacje wydatków na leczenie przez fundusz. Ile rzeczywiście potrzeba, a nie tylko ile prezes dostanie. A my go później szczypiemy ze wszystkich stron. To, myślę, nie jest dobra współpraca.

I wreszcie, chodzi o to, żeby mówić częściej, wyraźniej i wprost, że niestety nie może być całe leczenie za darmo. Myślę, że taka spójność tych zagadnień powinna przyczynić się do uspokojenia społeczeństwa, jeśli chodzi o problematykę ochrony zdrowia.

Te kwestie niejako sytuują się naprzeciw problemów, jakie są do rozwiązania na dzień dzisiejszy, do końca roku i w roku przyszłym. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo. Mówienie o tym, że nie wszystko będzie za darmo i za coś trzeba będzie zapłacić, wykracza poza zaplanowany na dzisiejsze posiedzenie program, jak również poza istniejący stan prawny.

Pozostała jeszcze para senatorów. Po wypowiedziach pani senator i pana senatora przyjdzie moment, kiedy będziemy oczekiwali odpowiedzi. Ja już czuję znużenie sali.

Mam już zgłoszenia do drugiej tury, między innymi pani Hanny Gutowskiej z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. W tej drugiej części będzie można ustosunkować się do spraw, na które zabraknie odpowiedzi teraz, bądź poruszyć nowe wątki.

Zatem proszę w takiej kolejności: pani senator Aleksandra Koszada, następnie pan senator Wojciech Pawłowski.

Senator Aleksandra Koszada:

Dziękuję. Pani Przewodnicząca.

Było bardzo dużo powiedziane na temat sytuacji w klinikach. Jeden z przedmówców stwierdził, że nie możemy spraw służby zdrowia rozpatrywać regionalnie. Na pewno tak, tylko z pewnych zaszczości wynika również to, że musimy na tę kwestię spojrzeć.

Pani senator Janowska i jeden z panów zabierających głos mówili na temat województwa łódzkiego. 902 zł, średnia 760 zł, 722 zł Łódź – ośrodek kliniczny, gdzie mamy Centrum Zdrowia Matki Polki, ale nie o tym chcę mówić. Oczywiście, jeżeli będą jasne procedury, jeżeli będą czytelne reguły gry, to na pewno takich dyskusji nie będzie.

Chciałam natomiast poprzeć mojego przedmówcę, jeśli chodzi o szpitale powiatowe, bo ja akurat mam z tymi szpitalami do czynienia, nie jestem z Łodzi. Rzeczywiście sytuacja szpitali powiatowych w województwie łódzkim jest katastrofalna i za moment nie będą one mogły funkcjonować. W poprzednim okresie, pod rządami kas chorych, różnice w środkach na świadczenia w stosunku do innych województw, na przykład mazowieckiego, były bardzo duże. Szpital z drugim stopniem referencji miał znacznie mniejsze pieniądze niż mały szpital powiatowy, który był w województwie mazowieckim. To spowodowało określone problemy, określone zadłużenie. Chciałabym, żeby nie powtarzać dwa razy tych wszystkich kwestii. Rzeczą bezwzględnie konieczną jest odcięcie się od narastającego zadłużenia. Bo nie dość, że w systemie jest niewiele środków, to jeszcze te środki są tracone – tracone na obsługę zadłużenia, tracone na komorników. W tej chwili nagminnie staje się oddawanie spraw pracowniczych do komornika, a wtedy komornik zajmuje praktycznie całe konto. Za chwilę szpitale nie będą mogły funkcjonować. W związku z tym już w tej chwili nie mamy czasu, żeby czekać. Decyzje muszą być podjęte.

A ponieważ szczególnie powiaty odpowiadają za szpitale, w związku z tym popieram mojego przedmówcę. Powiaty nie będą w stanie skorzystać z kredytów pomostowych ani nie będą mogły skonsumentować zapisów ustawy o restrukturyzacji zadłużenia, po prostu wielkość budżetu im na nie pozwoli.

Ale mam pytanie. Słuchając fragmentów dyskusji w trakcie pierwszego czytania nowej ustawy w Sejmie, usłyszałam, że przybyło szereg nowych podmiotów. Gdybyśmy mogli uzyskać również tę informację. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję, pan senator Pawłowski.

Senator Wojciech Pawłowski:

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Przepraszam, że po raz drugi zabieram głos, ale dyrektor Grabowski mnie do tego zmusił.

Jest takie stare przysłowie: uderz w stół, a nożyce się odezwą, prawda? Ja nie wymieniłem świętokrzyskiego. Pan dyrektor się przyznał. Chciałbym, żeby podkarpackie dostało tyle pieniędzy co świętokrzyskie. Chcę natomiast powiedzieć, że tacy sami ludzie, z tymi samymi narządami i podobnymi chorobami, są zarówno w podkarpackim, jak i w świętokrzyskim. Proszę państwa, nie możemy tak robić.

Ja tylko, Panie Dyrektorze, chciałbym wiedzieć, jak pan to załatwił, że dostał pan więcej pieniędzy. Sposób załatwienia – jest na to określenie w języku polskim coraz częściej w mediach używane, ale mniejsza o to.

Proszę państwa, ja bardzo się cieszę, że wysłuchałem mądrych wypowiedzi kadry naukowej z panem profesorem Religą na czele. To jest trzeci stopień referencji i on świadczy o poziomie medycyny polskiej, który jest bardzo wysoki, właśnie dzięki naszym luminarzom. Ale o zadowoleniu społeczeństwa decyduje pierwszy stopień referencyjny. Szpitale powiatowe, to tam jest cała masa i tam jest nagromdzone całe niezadowolenie, jeżeli jedno województwo dostaje trzy razy tyle pieniędzy co drugie. Pytają się: dlaczego? I jest to bodziec do wyrażania niezadowolenia. Jak tylko w Internecie ukazała się informacja, że podkarpackie dostało 5 milionów zł, a świętokrzyskie 17 milionów zł, to zaraz w podkarpackim zaczęły się wypowiedzenia kontraktów. Dzisiaj miałem trzy telefony z zaproszeniem na sejm, gdzie tematem wiodącym będą kontrakty z funduszem.

Ja naprawdę apeluję do pana prezesa: po ludzku, Panie Prezesie, sprawiedliwie. Ludzie na to patrzą. Dziękuję.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.

Pan senator Jarmużek musi w tej turze. Proszę bardzo.

Senator Zdzisław Jarmużek:

Ja mam bardzo krótkie pytanie.

Wszystkie uwagi, które padły do tej pory, a padło ich bardzo wiele, są bezwzględnie słuszne i wypowiedane w trosce o naszego pacjenta, wszystkie jednak wymagają pieniędzy, wymagają jakiegoś dofinansowania. Padały propozycje odnośnie do tego, że jeden region dostaje więcej, a drugi mniej. Tak było od początku istnienia kas i tak jest w dalszym ciągu. Kto wobec tego ma dostarczyć środki?

Mam pytanie, Panie Prezesie: ile ma pan tych pieniędzy schowanych? Ile pieniędzy może pan rzucić na rynek opieki zdrowotnej? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.

W trakcie tej dość długiej dyskusji, blisko dwugodzinnej, a na pewno półtoragodzinnnej, były wnioski, pytania i postulaty, adresowane do pana prezesa, ale również do Ministerstwa Zdrowia.

Czy pani minister na tym etapie jest gotowa udzielić odpowiedzi, poczynając od pierwszej wypowiedzi, poprzez szczególnie mnie interesującą sytuację transplantologii, ponieważ jest w tej sprawie uchwała komisji.

Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Ewa Kralkowska:

Dziękuję bardzo.

Ja naturalnie zapisywałam sobie wszystkie pytania. Rozumiem, że większość z nich było skierowanych do pana prezesa, ale spróbuję odpowiedzieć na te, na które, że tak powiem, potrafię odpowiedzieć w ramach wiedzy ministerstwa.

Skąd takie podziały środków finansowych między województwa? Uprzedzając wypowiedź pana prezesa, powiem tak: są to podziały oparte na podziale historycznym, jaki był w kasach chorych. Mimo naszych chęci i założeń nie da się tego wyrównać w ciągu jednego roku, bo żeby to wyrównać w ciągu jednego roku, trzeba by zabrać województwom, które mają finansowanie na trochę wyższym poziomie, a dodać tym, które mają ten poziom niższy. Ponieważ takie założenie nie może być wykonane, bo nie może z różnych powodów... Ja już pomijam to, że funkcjonują inne struktury ochrony zdrowia. Nie można tego tak zrobić, można to zrobić wyłącznie poprzez uzupełnienie niedoborów w trakcie pozyskiwania dodatkowych środków finansowych. I to musi trwać, to musi być proces ewolucyjny.

(Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz: Ja bardzo państwa proszę: nieco ciszej, ponieważ nie tylko ci, którzy zadawali pytania, chcieliby usłyszeć na nie odpowiedź.)

Następnie pan senator był uprzejmy powiedzieć, że Ministerstwo Zdrowia, likwidując UNUS i nie obsadzając stanowiska po panu ministrze Tokarczyku, w jakiś sposób zastosowało wolną amerykankę. Otóż chciałam przypomnieć, że UNUS został zlikwidowany zgodnie z ustawą, to nie minister zdrowia zlikwidował go osobiście. A obowiązki nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia po panu ministrze Tokarczyku przejął osobiście pan minister Sikorski i sprawował ten nadzór do ostatniego dnia funkcjonowania w ministerstwie. Tak że nie jest tak, że nikt tego nie nadzorował. Wręcz przeciwnie, o ogromnej wadze problemu świadczy to, że minister konstytucyjny sprawował ten nadzór osobiście.

Teraz odnośnie do RUM. Ja się zgadzam z panem senatorem, że w funkcjonowanie RUM zostały wpuszczone ogromne pieniądze, że tak powiem, na różnych etapach założeń dotyczących wprowadzenia RUM. Niestety, do dnia dzisiejszego RUM nie funkcjonuje. My w planach pracy mamy przedstawienie Radzie Ministrów projektu ustawy o RUM w IV kwartale tego roku. Myślę więc, że jeżeli nic się nie zmieni, to w końcu tego roku parlament otrzyma ten projekt ustawy. Jest to ściśle związane z offsetem, dlatego że tak zostało umiejscowione wprowadzenie RUM, bo to są ogromne pieniądze. Ale w tej chwili wydaje nam się to już realne.

Co do prac... Przepraszam, że mówię w telegraficznym skrócie, ale staram się w miarę możliwości odpowiadać jak najkrócej, żeby nie zabierać czasu panu prezesowi.

Odnośnie do refundacji leków i prac Ministerstwa Zdrowia nad gospodarką lekami, a są to co roku ogromne pieniądze, to wszędzie, na całym świecie odnotowuje się wzrost kosztów z tego powodu. Chciałabym natomiast przypomnieć, że nowa lista refundacyjna leków – ta poprzednia, która już funkcjonuje – spowodowała zmniejszenie środków przeznaczonych na refundację o około 500 milionów zł. W tej chwili ma-

my przygotowaną następną listę refundacyjną, nowelizację listy refundacyjnej, która lada moment zostanie przekazana do uzgodnień zewnętrznych, bo jest już po uzgodnieniach wewnętrznych. Szacujemy, że wprowadzenie nowej listy refundacyjnej, w której szczególny nacisk jest położony na generyki, spowoduje zmniejszenie wydatków na refundację leków gdzieś w granicach 100 milionów zł. Naturalnie od razu przystąpimy do następnych opracowań. Jest to bardzo trudny problem, bo, jak państwo wiecie, jest ogromny nacisk ze strony pacjentów, firm i świadczeniodawców, żeby jednak oryginalne leki utrzymać na tej liście, co powoduje ogromny wzrost kosztów.

Następna sprawa to jest diskutowana kwestia VAT. Czy były podejmowane działania na rzecz wprowadzenia zerowego VAT. Otóż, proszę państwa, jako resort zdrowia kilkakrotnie podejmowaliśmy próbę wprowadzenia zerowego VAT, niestety, każdorazowo bezskutecznie, bo każdorazowo sprawa ta jest opiniowana negatywnie przez Ministerstwo Finansów. Ale Ministerstwo Finansów nie opiniuje tego negatywnie samo z siebie, tylko powołuje się na dyrektywę unijną, która nie zezwala na odatowanie, że tak powiem, zerowe świadczeń zdrowotnych. Generalnie rzecz biorąc, jest w tej chwili 7% VAT. Naturalnie to zerowe odatowanie byłoby bardzo dobre i korzystne. Nie mówimy o zwolnieniu, bo wtedy nie byłoby możliwości odpisów. Chciałam powiedzieć, że nawet dzisiaj rano na posiedzeniu kierownictwa resortu była jeszcze raz rozpatrywana sprawa VAT. Jeszcze raz podejmiemy próbę dyskusji z Ministerstwem Finansów na temat możliwości wprowadzenia zerowego VAT. Zdajemy sobie sprawę, mamy to wyliczone, jakie wtedy byłyby korzyści dla zakładów opieki zdrowotnej.

Sprawa, którą w swojej wypowiedzi poruszyła pani senator Janowska, ale nie tylko. Przedstawiono tu bardzo zróżnicowane zdania na temat uchwały zarządu funduszu dotyczącej współczynnika 1,2, czyli przeliczenia kosztów wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Te zdania są bardzo podzielone. Ja rozumiem zdania zarówno pana senatora Religi, jak i panów profesorów i pana dyrektora Piroga. Mamy również całą furę korespondencji, w której bardzo krytykuje się tenże współczynnik i uchwałę zarządu. W ramach nadzoru analizujemy teraz tę uchwałę pod względem prawnym – to znaczy, na co prawo zezwala, jak minister może wykonywać nadzór – czyli pod względem prawnego aspektu podjęcia tejże uchwały. Nie ma jeszcze ostatecznej decyzji pana ministra, jak będzie potraktowana uchwała. Są sygnalizowane zastrzeżenia prawne co do tej uchwały. Naturalnie problem trzeba rozwiązać, więc nawet jeżeli ta uchwała, powiedzmy, z jakiegoś powodu będzie zawieszona, to i tak musi się odbyć dyskusja, jak rozwiązać problem, bo nie jest on błahy.

Następna sprawa: czy programy powinny być przekazywane do Narodowego Funduszu Zdrowia. Rozmawialiśmy tutaj szczególnie o programie transplantacyjnym. Otóż zgodnie z tegoroczną decyzją ministra zdrowia, i taka jest propozycja zapisu w nowym projekcie ustawy, to minister zdrowia w ramach wykonywania programów profilaktycznych będzie zlecał funduszowi tę część programu profilaktycznego, która jest związana z wykonaniem świadczeń zdrowotnych. Po prostu dlatego, że fundusz ma odpowiednie struktury, że tak powiem, i narzędzia zarówno do zawierania kontraktów, jak i do kontrolowania wykonywania tych kontraktów. Taka jest propozycja i ta propozycja była diskutowana. Niemniej jednak już teraz docierają do nas bardzo konkretne i bardzo krytyczne głosy na temat tego pomysłu. Dotychczasowi wykonawcy programów profilaktycznych, uważają, że dobrze funkcjonowały te programy wykonywane przez ministerstwo i nie należy poprawiać tego, co jest dobre. Ja o tym mówię w skrócie.

Naturalnie będziemy jeszcze dyskutować na ten temat i będziemy jeszcze analizować głosy zarówno jednej, jak i drugiej strony, a pan minister podejmie ostateczną decyzję.

Chyba odpowiedziałam na wszystkie pytania, które były kierowane pod adresem Ministerstwa Zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.

Panie Prezesie, do pana należy mikrofon.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Lesław Abramowicz:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, jest moc pytań i tematów. Ponieważ notowałem, postaram się na wszystko odpowiedzieć. Jeśli coś bym pominął, to proszę się upomnieć, bo mogło mi coś uciec.

Na wstępie chciałbym podziękować tym z państwa, którzy zauważyli, że w Narodowym Funduszu Zdrowia trochę się poprawia. Chcę powiedzieć, że pracuję tu dopiero trzy miesiące. Mamy nowy zespół, poza panem profesorem Mazurem, i staramy się zrobić dużo. Niestety, jest taki ogrom prac, że nawet jeśli byśmy siedzieli od rana do wieczora, to i tak nie jesteśmy w stanie w krótkim okresie załatwić większości postulatów, które do nas wpływają. Spotykamy się z różnymi gremiami, próbujemy te problemy rozwiązywać, ale, proszę mi wierzyć, to wymaga dłuższego okresu, inaczej tego załatwić się nie da.

W wielu przypadkach państwa wypowiedzi były przeciwstawne. Na przykład gdy idzie o ten nieszczęsny współczynnik 1,2. Jedni są za, drudzy są przeciw, w związku z czym trudno nam to wyważyć. Będziemy się starać analizować, które rozwiązanie jest lepsze. Jeśli współczynnik 1,2 nie zostanie wprowadzony, będziemy szukać jakiegoś innego sposobu załatwienia tych problemów, które występują. Ale nie będzie to takie łatwe, gdyż pole manewru, niestety, nie jest duże, a my musimy się rozliczać w oparciu o rachunki, w oparciu o dokumenty. Nie mogą to być żadne protezy, które później podważy NIK czy inny oddział kontrolujący. Tak że po prostu musimy działać zgodnie z prawem, zgodnie z przepisami, i wielkiego pola manewru, niestety, nie mamy.

Pan senator Pawłowski bardzo ubolewał nad sytuacją Rzeszowszczyzny, ale wydaje mnie się, że nie jest aż tak dramatycznie, gdyż województwo to dostało więcej pieniędzy niż inne. Nie jest to najniższa stawka. Chcę państwu powiedzieć, że Rzeszów dostał 5 milionów zł, a na przykład Warmia i Mazury dostały tylko 3 miliony, Opole tylko 2 miliony, lubuskie tylko 2 miliony itd. Tak że...

(Głos z sali: A świętokrzyskie...)

Owszem, świętokrzyskie dostało więcej. Ja tego nie ukrywam...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Bardzo proszę, zresztą wszystko było na stronach internetowych. Świętokrzyskie dostało 13 milionów zł, oczywiście. Sytuacja województwa świętokrzyskiego jest podobna do sytuacji innych województw z końcówki listy. My po prostu staraliśmy się dać tam, gdzie w naszej ocenie jest najgorsza sytuacja.

Ale odstępujemy od tego, bo następny podział będzie już według algorytmu, który w tej chwili jest opracowywany. Co prawda sędzę, że też będziecie państwo

z tego niezadowoleni, ale nikt nie jest w stanie podzielić pieniędzy tak, żeby wszyscy byli zadowoleni. W związku z tym postaramy się tylko, żeby narzekań było jak najmniej. Tylko tyle mogę państwu zadeklarować.

To dotyczy również Łodzi. Łódź dostała największą stawkę, jaką w ogóle komukolwiek daliśmy, to jest 25 milionów zł i, jak państwo słyszycie, też jest niezadowolona. Chcę jeszcze powiedzieć, że Łódź dostała dużo więcej niż inne województwa, jeśli liczyć *per capita*. Bo co prawda Mazowsze dostało 17 milionów, ale to jest potężne województwo i na łebka wychodzi tylko 3 zł 38 gr. A w Łodzi stawka na osobę wynosi 9 zł 80 gr. W związku z tym jest to trzy razy więcej. Jest to po prostu efekt chęci wyrównywania tych poziomów. Ale, proszę państwa, nie jesteśmy w stanie jednym pociągnięciem wyrównać różnic, które narastały przez lata. Musimy mieć na to trochę czasu. Sądzę, że zmierzamy w dobrym kierunku. Państwo krytykujecie, a ja te wszystkie krytyki przyjmuję i będę się starał brać je pod uwagę przy następnych działaniach. Ale nie do końca cała krytyka jest, moim zdaniem, słuszna.

Jeśli chodzi o wycenę świadczeń, to mamy świadomość – ja już o tym mówiłem na wstępie – że ona nie została dokonana zbyt dobrze. Ale niektórzy z państwa sami podnosili kwestię tego, że stworzenie katalogów z prawdziwego zdarzenia wymaga długiego okresu. To jest pierwsza przymiarka, którą w ogóle udało się zrobić. 1 lipca wchodzi nowe katalogi, w których część błędów jest poprawiona. Będziemy dalej nad tym pracować do końca roku i przy kontraktacji na rok 2005 wprowadzimy kolejne korekty, z tymże, tak jak powiedziałem, jest to żmudna praca, która niestety wymaga dłuższego okresu.

Pan dyrektor Piróg mówił o 1/12. Proszę państwa, jak przyszedłem do funduszu, to pierwsze, co musiałem zrobić, to zawiesić 1/12. A dlaczego? Bo my niestety nie pracujemy w systemie budżetowym i ustawa nie pozwala nam na wydawanie pieniędzy tak, jak to miało miejsce do 1998 r., kiedy to co miesiąc uruchamiało się 1/12 budżetu. Pracując w systemie, który jest, musimy mieć rachunek na każde świadczenie, musimy mieć dokument. Ja nie mogę zaksięgować zaliczki, zaliczka może być tylko dana na pewien okres. To była proteza, którą stosowaliśmy przez I kwartał, ponieważ nie funkcjonował system informatyczny i nie było żadnej innej możliwości dostarczenia państwu pieniędzy. W tej chwili też mamy świadomość, i ja się z tym zgadzam, że system informatyczny jest jeszcze kiepski, ale większość z państwa złożyła już rachunki za I kwartał. Gdzieś występują pewne braki, ale to świadczy o tym, że powoli będziemy jednak w stanie się z tego rozliczyć. Operowanie zaliczką przez dłuższy czas nie jest możliwe.

Ja się zgadzam, że przepływy międzywojewódzkie muszą być i ja o tym już wspominałem. Jest teraz tylko kwestia wyboru między dwoma metodami – czy to będzie wyrównywanie międzyoddziałowe, czy to będzie wyrównywanie z centrali? Każdy z tych systemów ma pewne wady i zalety, a dokonanie prawidłowych rozliczeń jest niezbędne.

Powiem jeszcze panu senatorowi Pawłowskiemu, że województwo podkarpackie w ogóle nie ma klinik i nie ma instytutów, a większość pacjentów leczy się albo w Krakowie, albo na Śląsku, albo w Warszawie, za co oddział rzeszowski nie płaci ani grosza. To też trzeba mieć na uwadze przy dzieleniu pieniędzy, bo w przeciwnym razie trzeba by wszystkich pacjentów z tego województwa odesłać z powrotem. Dlatego przy ocenianiu pewnych zjawisk zawsze trzeba brać pod uwagę różne aspekty, a nie tylko jedną stronę medalu.

Proszę państwa, szpitale kliniczne. Ja się zgadzam z tym. Dla mnie byłoby wygodniej, gdyby szpitale kliniczne były traktowane ustawowo poprzez, powiedzmy, kategoryzację czy inny stopień tak, żeby można je było trochę inaczej rozliczać. Bo na

pewno koszty tych szpitali są inne niż szpitali powiatowych, czy nawet szpitali wojewódzkich, ze względu na procedury, które tam się robi. Z tym, że tego też nie można przeceniać, bo często w tych szpitalach wykonuje się procedury zbliżone, podobne do tych, jakie wykonuje się w szpitalach powiatowych. To, że tam są studenci, jest dydaktyka, to ja rozumiem. Ale akurat za to nie powinien płacić fundusz, tylko minister nauki, bo przecież to są koszty niezwiązane bezpośrednio z uprawianiem medycyny, tylko ze szkoleniem studentów. Ono też musi się gdzieś odbywać, i każdy to rozumie, tylko że nie powinniśmy za to płacić akurat z naszych pieniędzy, których i tak mamy mało. Tak więc sądzę, że w przyszłości szpitale kliniczne będą musiały być nieco inaczej kontraktowane, z tym że one i tak gdzieś mają trochę lepsze stawki. Któryś z panów mówił, że w każdym województwie mamy inne stawki. To nie jest tak, proszę państwa. Cena została ustalona przez centralę w granicach 8–10 zł za punkt. Do decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego należało to, czy on te ceny będzie różnicował, czy będzie je mniej różnicował, czy wszystkim da jednakową stawkę. Zresztą taki był postulat, żeby oddziały miały jak najwięcej do powiedzenia, żeby oddziały kontraktowały i żeby oddziały podpisywały te umowy z państwem. W związku z tym zostawiliśmy tu pewien margines i w ramach tego marginesu się to odbywało. Z tego, co wiem, niewiele oddziałów skorzystało ze zróżnicowania, większość zastosowała jednakowe stawki, by uniknąć ewentualnych ataków ze strony tych, którzy dostali mniej. Ale to było ewentualnie po to, żeby kliniki mogły dostać wyższą stawkę, a inne szpitale trochę niższą. Jest to wszystko do uzgodnienia na szczeblu już wojewódzkim.

Zgadzam się z łączeniem procedur w klinikach. Ja na ten temat nie chcę mówić szerzej, bo za chwilę wypowie się pan prezes Kamiński, który jest lekarzem i któremu te tematy są bliższe. Dlatego nie chcę tego tematu poruszać.

Czy umowy były wymuszone? Tak, w części były wymuszone, dlatego że jest jeden płatnik. Przez sześć lat byłem dyrektorem finansowym wielkiego szpitala i wiem, że dla szpitala jest alternatywa: albo podpisać taką umowę, jaką dają, żeby szpital mógł istnieć i pracować, albo nie podpisać żadnej. W związku z tym rzeczywiście często jest zmuszany. Tylko że jeśli spojrzeć na to z drugiej strony, ze strony płatnika, to zgodnie z zasadami płatnik powinien wynegocjować jak najkorzystniejszą z jego punktu widzenia umowę, czyli cena powinna być jak najniższa, żeby zabezpieczyć jak największą liczbę świadczeń. No jest tutaj pewna sprzeczność. Ale my mamy świadomość, że poniżej pewnych cen schodzić nie możemy, bo ceny stają się dumpingowe i szpitale po prostu mają wyższe koszty od ceny, którą im fundusz jest w stanie zapłacić. A to będzie się wiązało z tym, że jeśli będziemy kontraktować po wyższych cenach, to musimy zakontraktować mniejszą liczbę świadczeń, w przeciwnym razie nie starczy nam pieniędzy. Tak więc musimy mieć pełną świadomość co do tych działań, bo fundusz obraca określoną kwotą pieniędzy i możemy się poruszać tylko w ramach tych pieniędzy.

Co do przeszczepów, to ja się zgadzam z panem profesorem, że na pewno lepiej jest przeszczepić nerkę niż stosować dializoterapię. W tej chwili bardzo nasila się zjawisko dializoterapii. Powstają prywatne stacje dializ, które często wybierają łatwych pacjentów i robią na tym pieniądze. Niestety, tu jest podobne zjawisko jak w przypadku POZ, gdzie prywatyzacja spowodowała określone działania. W tej chwili musimy się zastanowić, jakie przedsięwziąć środki, żeby ewentualnie przeciwdziałać tym nieprawidłowym tendencjom. Ale w dobie wolnego rynku, wolnych świadczeń nie jest to sprawa prosta. Musimy w tym zakresie wypracować jakieś procedury.

Na temat procedur wysokospecjalistycznych pani minister już mówiła. Proszę państwa, my wcale aż tak się nie garniemy, żeby to robić, ale jeśli zostanie tak nakazane w ustawie, to będziemy musieli po prostu się tym zająć. Mamy świadomość, że jest to dodatkowe zadanie, dodatkowe utrudnienie, z którym będziemy musieli sobie poradzić.

Pan senator Bielawski pytał, czy jest za dużo szpitali. To trudno ocenić. Według mnie, trzeba stosować dwie miary – w zależności od potrzeb społecznych i w zależności od możliwości finansowych funduszu. Jeśli popatrzymy na potrzeby społeczne, to być może szpitali nie jest za dużo, bo wskaźniki są na jakimś europejskim poziomie. Ale, proszę państwa, nie będziemy oszukiwać: w państwach ościennych, nawet w Czechach, pieniędzy mają dwa razy tyle co my. Ja już nie mówię o Niemczech czy Anglii, gdzie budżet jest pięciokrotnie, sześciokrotnie wyższy niż nasz. My zawsze mamy tendencję do porównywania się do krajów najbogatszych, najlepiej do Stanów Zjednoczonych, tylko że nasz dochód narodowy jest dziesięć razy niższy. A w związku z tym musimy się przyrównywać do takich krajów, które są na podobnym etapie rozwoju gospodarczego, a nie do takich, gdzie pieniędzy jest po prostu dziesięć razy więcej. Bo to nie jest model do porównania, to może być model godny naśladowania. Ale upłynie jeszcze wiele, wiele lat, za nim do tego dojdziemy.

Jeśli chodzi o tak zwaną ustawę 203, proszę państwa, to moje stanowisko przedstawiłem już parokrotnie. My jako fundusz nie czujemy się odpowiedzialni za 203. Jeśli Sejm uchwalił taką ustawę, to rząd powinien na to przeznaczyć pieniądze. Jeśli będą sprawy i fundusz zostanie skazany prawomocnym wyrokiem, to zapłaci, ale jeśli zapłaci za 203, to nie zapłaci za świadczenia, bo my mamy jedne pieniądze, proszę państwa. Dlatego uważam, że to nie jest żaden sukces ani żadne rozwiązanie, bo to jest tylko kwestia tego, z jakiego tytułu będziemy płacić, wiadomo bowiem, że innych pieniędzy na to nie mamy.

Proszę państwa, jest pewien konflikt między jednostkami służby zdrowia i on zawsze będzie. Trzeba wyważyć, gdzie są szpitale powiatowe, gdzie szpitale wojewódzkie, a gdzie szpitale kliniczne. Myślę, że można by, wzorem naszych zachodnich sąsiadów, przyjąć pewne kategorie szpitali i przy kontraktacji kierować się trochę właśnie tą kategoryzacją. Ale to też nie jest moja rola. Jeśli zostanie uchwalony taki zapis, jeśli zostanie to przyjęte w ustawie, to my chętnie będziemy z tego korzystać. To będzie dla nas jakiś drogowskaz, jak mamy się zachowywać w stosunku do tych podmiotów. Bo w różnych województwach jest to różnie robione, zresztą w kasach chorych, jak państwo wiecie, też było duże zróżnicowanie.

Jeśli chodzi o uruchomienie nowych szpitali, to, proszę państwa, one są uruchamiane. W tym roku 120 milionów zł przeznaczyliśmy na sfinansowanie szpitali, które po raz pierwszy weszły do obiegu. W dalszym ciągu budujemy szpitale, w dalszym ciągu powiększamy szpitale. Co roku pojawiają się nowe jednostki, ale, co gorsza, równolegle nie likwiduje się starych. Była taka zasada, że jak powstanie nowy szpital powiatowy, to stary się zamyka, ale praktyka jest odwrotna: nowy się otwiera, a stary zostaje. Powiedzmy, z dwustu czy stu pięćdziesięciu łóżek, robi się trzysta albo pięćset. Bo jest duża megalomania i często w miastach powiatowych buduje się szpitale wielkości szpitali wojewódzkich, nawet na osiemset łóżek. To w ogóle nie powinno mieć miejsca. Przecież wiadomo, że ten szpital nigdy nie zostanie uruchomiony, bo nie ma takich potrzeb, a przede wszystkim nie ma na to pieniędzy. Jest to na pewno działanie sprzeczne ze zdrowym rozsądkiem.

Mamy też, oczywiście, nowe jednostki POZ. Państwo wiecie, że w miejsce dawnych przychodni zdrowia powstało kilka albo nawet kilkanaście prywatnych

praktyk lekarskich, grupowych lub indywidualnych, co też nam utrudnia życie, bo każda praktyka to nowy kontrakt. A później opanowanie tego wszystkiego i kontrolowanie jest utrudnione. No ale trudno, taki model rozwoju gospodarczego przyjęliśmy i po prostu musimy się do tego zastosować.

Pan Jarmużek – przepraszam, jeśli przekreśliłem nazwisko – pytał, ile mamy schowanych pieniędzy. Proszę państwa, my żadnych pieniędzy nie chowamy. Wszystkie środki, jakie mamy, są natychmiast rozdysponowywane na oddziały. Nam te pieniądze w centrali na nic nie są potrzebne, oczywiście poza zabezpieczeniem jakichś rezerw związanych albo z przepisami funduszu, albo z sytuacją chociażby w Unii Europejskiej. My musimy zatrzymać pewne pieniądze, bo jak w lipcu czy w sierpniu przyjdą rachunki, to z czegoś musimy je zapłacić. W związku z tym trudno, żebyśmy wdali wszystko co do grosza i za tamto nic nie zapłacili. Ale to są tylko niezbędne rezerwy, które wynikają z przepisów. Każdy pieniądz, który wpływa do funduszu, jest jak najszybciej przekazywany jednostkom, nawet wbrew prawu. Przecież to, że cztery miesiące czekaliśmy na zmianę planu, wcale nie oznacza, że pieniądze wcześniej do jednostek nie były przekazywane, chociaż oficjalnie nie było takiego uprawnienia. Po prostu chcieliśmy zabezpieczyć potrzeby i nie doprowadzać do jeszcze gorszych napięć niż te, z którymi mamy do czynienia, więc kierując się zdrowym rozsądkiem, nawet wbrew obowiązującemu prawu, podejmowaliśmy takie działania. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję.

Jeśli ktoś z pana współpracowników chciałby coś uzupełnić, to bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Michał Kamiński:**

Michał Kamiński.

Szanowni Państwo!

W związku z sytuacją, którą zastaliśmy jako nowy zarząd – a było to niespełna dwa i pół miesiąca temu – w związku z licznymi uwagami, które do nas napływały, w sprawie uzupełnienia katalogów i niedoszacowania poszczególnych procedur, jak również w związku z dużym zróżnicowaniem finansowym w poszczególnych oddziałach oraz tym, że rozliczenia międzyoddziałowe nie do końca zostały uwzględnione w algorytmie podziału środków finansowych, strategia działania pionu, który przyszło mi prowadzić, wyglądała następująco.

Przez trzy miesiące ułożyliśmy taki harmonogram działań: nie było możliwości, co zresztą już wcześniej było podkreślane na tej sali, żeby w krótkim czasie w sposób właściwy doszacować procedury. Myślę, że tego procesu nie można będzie skończyć w przeciągu najbliższego roku. To na pewno będzie długotrwały proces. Były na tej sali podawane przykłady, jak to jest w podobnych krajach, które, co chcę podkreślić, wprowadzały mniej restrykcyjne modele. Jednocześnie chciałbym powiedzieć, że model, który został wprowadzony w Polsce, też został w pewien sposób przećwiczony na poprzednich kasach chorych. Myślę tutaj szczególnie o tym pasie: kasa kujawska, kasa pomorska, kasa zachodniopomorska i kasa warmińsko-mazurska. Tam podczas wprowadzania katalogów i procedur też wystąpił podobny problem, jak w momencie gdy

został wprowadzony jednolity sposób kontraktowania. Dlatego też schemat działań musiał być oparty na pewnych mechanizmach, w miarę transparentnych, a jednocześnie możliwych do wprowadzenia w takim okresie. I dlatego podjęto dwie decyzje.

Pierwsza decyzja miała za zadanie wprowadzenie pewnego buforu, to znaczy wprowadzenie właśnie współczynnika 1,2, który musiał być wprowadzony ze względów księgowych, finansowych oraz prawnych. Rozliczeń w oparciu o 1/12 budżetu nie można było kontynuować, dlatego też musieliśmy przejść na sprawozdawczość katalogową. W związku z tym, że ta decyzja nie zapadła wcześniej, a nie zapadła z wiadomych względów, musiał istnieć pewien bufor umożliwiający przejście na sprawozdawczość katalogową, to po pierwsze. Po drugie, podobny bufor był zastosowany w tych kasach, które kiedykolwiek wprowadzały procedury, tylko w troszeczkę innej formie, w postaci dodatkowego osobodnia. To była taka sama strategia, jak w przypadku 1,2. A wprowadzenie tego współczynnika i uzupełnienie katalogów, o czym za chwileczkę powiem, stabilizowało obecną sytuację. Podstawowym zadaniem, jakie stoi w tym momencie przed płatnikiem, jest ustabilizowanie sytuacji, co wiązało się z przejściem na jednolity sposób kontraktowania.

W związku z tym zarząd podjął decyzję o wprowadzeniu współczynnika 1,2 do procedur, do ceny punktu, przy czym, zgodnie z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego, kompetencje co do zasady wprowadzenia tego współczynnika uchwala delegowała na poszczególnych dyrektorów oddziałów. Oczywiście, jeżeli dany dyrektor oddziału nie widział zasadności wprowadzenia tego współczynnika w danym oddziale, mógł go nie wprowadzić. Uchwała została również obudowana szeregiem uwarunkowań, które muszą być spełnione. Chodziło o to, aby nie doszło do takiej sytuacji, że wprowadza ona pewnego rodzaju uznaniowość. I to był jak gdyby pierwszy krok, który był możliwy w tak krótkim okresie czasu do zrobienia. Po prostu to było możliwe do wprowadzenia w tym roku. Nie ma w tym momencie możliwości szybkiego wprowadzania zmian.

My próbowaliśmy... Przedstawiłem zarządowi taką propozycję: w miejsce wprowadzenia współczynnika 1,2, wprowadzenie innego alternatywnego modelu. To znaczy uzupełnienie katalogów, jak również zmiana wyceny. Okazało się, że tak duża manipulacja, która byłaby jakąś alternatywną dla współczynnika 1,2, jest niemożliwa w tym momencie do wprowadzenia ze względów finansowych.

Drugą decyzją, jaką podjęliśmy w przeciągu bardzo krótkiego okresu, są zmiany w pionie medycznym. Doszło do zmian, do pewnych przebudowań, powstały odpowiednie jednostki analityczne, jednostki do spraw kontraktowania i to w bardzo krótkim okresie, w niespełna dwa i pół miesiąca. Muszę powiedzieć, że przygotowanie katalogów i uzgodnień cenowych... Oczywiście ten proces ciągle się zmieniał, bo trwał praktycznie dwa lata, jeśli wziąć pod uwagę rozpoczęcie prac nad ujednoczonym sposobem kontraktowania. My w przeciągu dwóch i pół miesiąca przygotowaliśmy cały pakiet zmian. Przede wszystkim mają one za zadanie uzupełnienie tych braków, które obecnie występują, szczególnie w zakresie, co było podnoszone, onkologii, pediatrii, kardiologii, kardiochirurgii, ale również szeregu innych specjalności, bo w stosunku do nich najwięcej było zastrzeżeń ze strony świadczeniodawców. Taki pakiet został przygotowany i rozesłany do zaopiniowania, do zatwierdzenia. Chciałbym też podkreślić, że w przeciągu tych dwóch i pół miesiąca staraliśmy się, że tak powiem, zbudować bardzo transparentny zespół, który w jakiś sposób uzupełniłby te braki, jak również wpływał na wycenę procedur. Poprzednio tworząc te katalogi, opierano się głównie na zdaniu konsultantów krajowych. Ja w miarę możliwości... Po prostu nie

sposób w tak krótkim okresie skonsultować się ze wszystkimi. Ale wszystkie najważniejsze, najistotniejsze problemy zostały w tej propozycji rozwiązane. W konsultacjach brali udział nie tylko konsultanci krajowi, ale i przedstawiciele towarzystw naukowych, jak również przedstawiciele pracodawców. Zaproszenia były też wystosowane do przedstawicieli samorządów terytorialnych i przedstawicieli szpitali klinicznych. Chodziło o to, aby zespół był transparentny i aby nie pojawiły się uwagi, które pojawiły się w momencie tworzenia ujednoczonego sposobu kontraktowania.

I to wszystko zostało wykonane w pionie medycznym w przeciągu dwu i pół miesiąca. Jeśli będzie możliwość wprowadzenia współczynnika 1,2 oraz uzupełnienia tych katalogów, to myślę, że istnieje możliwość ustabilizowania tej sytuacji do końca roku. No plus jeden podział środków finansowych z nadwyżki, która miała miejsce obecnie, plus drugi podział, jeżeli będzie taki dobry wpływ składki, tak jak mówił pan prezes, pod koniec lipca. Te działania mogą doprowadzić w tym roku do tego, że sytuacja zostanie ustabilizowana. Myślę, że w przeciągu ostatnich trzech miesięcy te działania były widoczne.

Chciałbym też powiedzieć, że wprowadzenie współczynnika 1,2 nie ma za zadanie w jakiś sposób promować niektóre z województw, ma za zadanie stabilnie przejść na sprawozdawczość katalogową i musi to mieć miejsce w pewnej perspektywie czasowej. Nawet jeżeli mamy taką perspektywę i zakładamy sobie zrównanie w pewnych widełkach – nie jest to możliwe we wszystkich województwach, ponieważ jest to nierealne – i wypracowanie pewnego modelu, to nie możemy dopuścić do takiej sytuacji, jaka miała miejsce na początku roku, że sztywno wprowadzamy jednolity sposób kontraktowania, przy tak dużym zróżnicowaniu, które istniało w poprzednich latach. To wprowadzenie tego sztywno w przeciągu jednego roku po prostu nie jest realne. Model wprowadzania procedur w kasach chorych trwał od dwóch do trzech lat i dotyczył sześciu specjalności, a tutaj mamy całą medycynę. I jeżeli chcemy sztywno w tym momencie przejść bez pewnego bufora, którym jest współczynnik 1,2 i który nie ma nic wspólnego z uznaniowością, to po prostu jest to nierealne do wykonania w tym roku. Plus te bardzo znaczne uzupełnienia w katalogu, które, mam nadzieję, w czwartek zarząd przyjmie. Cały czas mówię o lecznictwie zamkniętym. Mam nadzieję, że to na pewno rozwiąże większość problemów w tym roku.

Natomiast problem dotyczący specjalistyki jest dosyć złożony. Wczoraj przedstawiłem również pewne propozycje w zakresie specjalistyki. Chcę powiedzieć, że w przeciągu dwóch miesięcy została uzupełniona cała część diagnostyczna, do której było bardzo dużo uwag. Mianowicie wprowadzono praktycznie sześćset brakujących badań diagnostycznych przypisanych do poszczególnych procedur i można je sprawozdawać. Bo dotychczas na przykład cytologii w ginekologii nie można było sprawozdawać, a co za tym nie można było uzyskiwać odpowiednich środków finansowych.

To wszystko zostało wypracowane w przeciągu dwóch miesięcy, przy pełnej akceptacji, przy bardzo transparentnym środowisku, poparte analizami, które były tworzone w oparciu o bardzo, że tak powiem, twarde dane, ponieważ powstał odpowiedni zespół do spraw analiz i sprawozdawczości. Za chwileczkę o wynikach działania tego wydziału również chciałbym powiedzieć kilka słów.

Te wszystkie działania kompleksowe mogą w większym procencie, przyczynić się do tego, że te wszystkie problemy – które były podnoszone od strony medycznej, czyli kontraktów, co przekłada się na stronę finansową – rozwiążemy. Zarząd podjął taką uchwałę.

Jeżeli mamy w tym momencie rozpatrywać jakąś alternatywną metodę do współczynnika 1,2, to chcę powiedzieć tak. Praktycznie jest półrocze, to przede wszystkim, czyli brakuje nam bardzo dużo czasu. Nie ma już możliwości wprowadzenia w tym roku innych uzupełnień w katalogach niż te, które będą zaproponowane. Możliwe są jakieś drobne korekty. Nawet ze względów prawnych, po prostu aneksowanie umowy po raz czwarty w tym roku nie ma żadnego uzasadnienia. Te zmiany w katalogach będą prawdopodobnie w czwartek, jeżeli uzyskam akceptację, wprowadzone we wszystkich specjalnościach.

Następna sprawa, to jest sprawa typizacji, czyli tej kategoryzacji, która była zaznaczona w katalogach tymi krzyżykami i do której były wprowadzone różnego rodzaju odniesienia. Propozycja, która zostanie przedstawiona na posiedzeniu zarządu, mówi o tym, że ta typizacja nie będzie wprawdzie podstawą do rozliczeń finansowych w tym roku, ale przesuwamy termin jak gdyby jej wprowadzenia w życie do końca roku. Po prostu nie ma możliwości jej wprowadzenia w tak krótkim okresie. Myślę, że ta sprawa zostanie w ten sposób rozstrzygnięta. A jednocześnie utrzymujemy taki kierunek, aby była ona prowadzona w sposób w miarę stabilny w dłuższym okresie czasu.

Kolejna sprawa: było bardzo dużo zastrzeżeń dotyczących sprawozdawczości w zakresie POZ. Została podjęta uchwała, która mówi o uproszczeniu sprawozdawczości, ale jednocześnie okazało się, że to uproszczenie nie niesie ze sobą pogubienia jakichkolwiek danych. Po prostu dane, które były ustalone we wstępnej wersji dotyczącej sprawozdawczości i które były przedłożone do konkursu ofert na 2004 r., były bardzo szeroko rozbudowane, a jednocześnie były z innego poziomu zbierania. Dlatego też wprowadziliśmy prosty mechanizm, który umożliwił składanie tej sprawozdawczości, a jednocześnie uzyskanie pełnych danych. Ta uproszczona sprawozdawczość dotyczy składania PESEL i ISD. Tak naprawdę to na podstawie tych dwóch danych możliwie są do uzyskania pozostałe dane, które w systemie również są sprawozdawane, ale na innym poziomie. Wszystkie dane szczegółowe, które dotychczas mieliśmy, będziemy mogli wprowadzać, a jednocześnie świadczeniodawcom bardzo się tę sprawozdawczość uprości. Były sygnały, że nie ma narzędzia do wprowadzenia PESEL, że to jest bardzo uciążliwe dla świadczeniodawców. Takie narzędzie zostało znalezione, opracowane w dwóch systemach, zarówno w ComputerLandzie, jak i w Camsofcie. Mianowicie wystarczy wprowadzić tylko trzy pierwsze cyfry PESEL, kliknąć podwójnie, aby zatwierdzić i z listy wyskakuje cały PESEL. To narzędzie zostało opracowane w przeciągu czternastu dni również przy bardzo dużym nakładzie pracy. Średni czas wprowadzenia w ten sposób PESEL to jest 7s. A więc to wszystko zostało w dużym stopniu uproszczone i cały czas nad tym pracujemy.

Stworzyłem również zespół, który jest w stałym kontakcie z departamentem teleinformatyki Narodowego Funduszu Zdrowia. Co tydzień odbywają się spotkania, mają one za zadanie doprowadzenie do tego, że ta sprawozdawczość będzie prosta do wprowadzenia, a jednocześnie nie będzie tych uciążliwości, o których wcześniej mówiliśmy.

Odnosnie do pewnych danych sprawozdawczych, to my uzyskalśmy sprawozdawczość na bardzo wysokim poziomie. Ta sprawozdawczość, która spłynęła z poszczególnych oddziałów, jest na poziomie powyżej 90%. Jeżeli chodzi o poszczególne kody oddziałów jest on troszeczkę niższy. Jest to związane z tym, że w poprzednich miesiącach była jeszcze stosowana 1/12. Ale uzyskalśmy, tak jak powiedziałem, w miarę wiarygodną sprawozdawczość, oczywiście obciążoną jeszcze dużym błędem. Chciałbym jednak podkreślić, że po raz pierwszy w skali całego kraju uzyskalśmy taką sprawozdawczość. W pionie medycznym specjalnie został do tego utworzony cały wydział.

Posługując się tą sprawozdawczością, chciałbym jednocześnie w tym momencie odpowiedzieć na zarzuty, które były stawiane, co do Łodzi, jak również innych województw. Przeanalizowaliśmy wykonanie procedur medycznych, czyli tych katalogowych, w przeliczeniu na dziesięć tysięcy ubezpieczonych. To najbardziej wiarygodny wskaźnik. Nie ma tutaj mowy o jakiegokolwiek uznaniowości, nie ma mowy o jakimkolwiek podważeniu tego wskaźnika. To jest wskaźnik na dziesięć tysięcy ubezpieczonych. Tak naprawdę wynika z niego, jakie są możliwości, ale też gdzie te świadczenia są w sposób sztuczny, powiedzmy sobie szczerze, pompowane.

Listę procedur otwiera procedura, która została zakontraktowana na największą sumę w całej Polsce, a która ma taki tytuł: zapalenie płuc pozaszpitalne i zapalenie oskrzeli ostre – przy średnim czasie hospitalizacji trzy dni, w przeliczeniu na dziesięć tysięcy ubezpieczonych. Chciałbym podkreślić, że w całej Polsce ta procedura została zakontraktowana na 122 miliony zł. W przeliczeniu na dziesięć tysięcy ubezpieczonych na pierwsze miejsce wysuwa się Łódź z przelicznikiem 23,2, natomiast mazowieckie ma 11,58, czyli praktycznie dwukrotnie mniej. Następna najczęściej wykonywana procedura to leczenie pacjentów kwalifikowanych w OIOM – na pierwszym miejscu Łódź, w przeliczeniu na dziesięć tysięcy ubezpieczonych ma wskaźnik 17,74. Kolejne dane: leczenie pacjentóww skali TISS – znowu Łódź ze wskaźnikiem 27,6. Następne twarde dane: przewlekła niewydolność serca – wyrównanie, bo Łódź na drugim miejscu ze wskaźnikiem 13,89. Potem ostre zespoły wieńcowe – Łódź na pierwszym miejscu, bo 2,7.

Jeśli chodzi o pozostałe finansowe proporcje w stosunku do wykonania, to mam nadzieję, że pan prezes Mazur przedstawi szczegółowo plan finansowy, jaki jest do wykonania. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję panu bardzo.

Proszę państwa, nieco ciszej. Ja mogę mówić najgłośniejszym głosem, bo mam przed sobą to urządzenie, ale nie chodzi o to, żeby się przekrzykiwać. Jesteśmy zmęczeni. Kto nie jest już w stanie czy czas mu nie pozwala... Przecież nie ma przymusu trwania z nami.

To, co pan przedstawił, było bardzo imponujące. Liczba projektów uchwał, które czekają na zatwierdzenie przez zarząd funduszu, jest tak imponująca jak liczba ustaw wnoszonych do naszego parlamentu. Ale samego życia nie da się skolonizować. Przy poszczególnych wypowiedziach, szczególnie tych dotyczących sprawozdawczości, szum na sali świadczył o tym, że te dane są absolutnie niepodważalne, bo wymowa liczb jest neutralna i tak wynika z podzielenia jednego przez drugie. Ponieważ nie wszyscy się z tym zgadzają czy interpretacja tego może być różna, więc za chwilę będzie możliwość zadania państwu pytań jeszcze raz.

Mam zgłoszenie pana prezesa Bieńkiewicza ze Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali Klinicznych, do wypowiedzi jest również zapisana pani Hanna Gutowska.

Ale chciałabym, proszę państwa, żeby przynajmniej znaczna część z nas wyszła bez poczucia zmarnowanego czasu. Powtarzam: przedmiotem posiedzenia była realizacja kontraktów na świadczenia zdrowotne w 2004 r., ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy drugiego półrocza. A więc cała ta sprawozdawczość, która bezlitośnie pokazuje fakty, i inne formy działalności państwa są bezwzględnie istotne, ale chciałabym, aby i pani przewodnicząca konwentu starostów, i pan prezes Stowarzysze-

nia Dyrektorów Szpitali Klinicznych, i pan dyrektor Grabowski reprezentujący stanowisko szpitali powiatowych, i wielu z państwa tu obecnych wyszło z poczuciem, że uzyskali wiedzę – może niesatysfakcjonującą, może inaczej to sobie wyobrażają – na temat tego, jaka będzie ta perspektywa drugiego półrocza.

Bardzo zatem proszę pana prezesa Bieńkiewicza, a następnie panią Hannę Gutowską.

**Prezes Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych
Wojciech Bieńkiewicz:**

Ja krótko.

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Pan prezes Kamiński podał szereg danych procentowych, po czym nawet nie zechciał wysłuchać na ten temat repliki.

Nie potrafię się odnieść do tego typu danych, ze słuchu, natomiast chciałbym, żeby państwo wiedzieli o tym, że Łódź jest dość dotkliwie dotknięta problemem ComputerLandu. To jest kwestia sprawozdawczości, która w Łodzi chodzi, wydaje mi się, że gorzej niż średnio w całym kraju. Części procedur nie sposób inaczej wpisać. Bardzo bym nie chciał personalnej dyskusji z nikim z narodowego funduszu, ale jeżeli dostaję informację z narodowego funduszu, że pacjentów w oddziale dziennym program nie policzył, to co w związku z tym? Codziennie przyjąć i wypisać. Proszę państwa, ja mogę się w ten sposób huścić przez chwileczkę, natomiast sprawozdawczość, jaką ma z tego funduszu, jest warta mizerne pieniądze.

Dalej, jeżeli w oddziale internistycznym nie dało się wpisać do katalogu leczenia zaostrzenia choroby wieńcowej, to się potem proszę nie dziwić, że wpisywano to, co pierwsze było wolne. Być może dlatego tak panu prezesowi wyszło.

W związku z tym, ja zwracam się do pani przewodniczącej z gorącą prośbą o możliwość wglądu w te materiały, żebym mógł dostać egzemplarz, i wtedy będziemy się do tego ustosunkowywali. Jestem przekonany, że to nie jest tak, że w Łodzi jest jakakolwiek epidemia, która spowodowała, że u nas ludzie są głównie na OIOM, czy głównie na oddziałach kardiologicznych. Może być tak, że część kardiologiczna sprawozdawczości chodzi, a część internistyczna jeszcze nie chodzi i w związku z tym ten skład procentowy jest zupełnie inny. Dziękuję i przepraszam.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Oczywiście poprosimy pana prezesa o takie materiały, które będzie w stanie doręczyć komisji. Pan je otrzyma, bo przede wszystkim są to informacje publiczne, ale dystrybucja odbywa się tak: najpierw senatorowie, a następnie zaproszeni goście.

Pani Hanna Gutowska z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, potem pan senator Pawłowski.

**Członek Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Hanna Gutowska:**

Proszę państwa, muszę powiedzieć, że moja wypowiedź miała brzmieć zupełnie inaczej, ale pan prezes Kamiński bardzo mnie uspokoił. Uspokoił mnie, bo z jego wy-

powiedzi wynika, że wszystko jest w porządku. Włożono taki ogrom pracy w uporządkowanie systemu – informatycznie jest w porządku, statystycznie jest w porządku – właściwe wnioski zostały wyciągnięte. Tak naprawdę, to w świetle tych wypowiedzi wydaje mi się, że to wszystko, o czym mówiła pani minister Kralkowska i pan prezes narodowego funduszu, to już są rzeczy minione, już my się nie mamy czego bać. Choć na początku w wypowiedziach obojga państwa zabrzmiało to, czego nie słyszałam przez lata: państwo uznaliście, że system, który miał być świetny, taki nie był. I pojawiała się nadzieja, że w związku z tym, iż ta świadomość jest, zaczniemy wyciągać wnioski i naprawiać to, co się da naprawić. Po wypowiedzi pana prezesa Kamińskiego, wydaje mi się, że będziemy mogli wszyscy odpocząć. Już do roboty nie ma nic.

Ale jednak chciałam zapytać, czy badaliście państwo wskaźniki zadłużenia w powiązaniu z wysokością finansowania świadczeń. Jak to się ma wobec tych zarzutów, które tutaj padają?

Chciałam zwrócić uwagę na to, co się dzieje w podstawowej opiece zdrowotnej w pielęgniarstwie. Ja nie chcę mówić o szpitalach klinicznych, nie chcę mówić o szpitalach powiatowych, o specjalistycy, chociaż tu rzeczywiście jest bardzo źle. Ja mogę powiedzieć o udzielanych przez moje koleżanki świadczeniach. Wysokość finansowania tych świadczeń w porównaniu z rokiem 2003 spadła o 30%. To, że w tej chwili dokłada się 2 zł 50 gr rocznie na jednego mieszkańca, nie poprawia sytuacji, bo nie wyrównuje tego do poziomu roku ubiegłego.

Co jeszcze? Zastosowano taką samą metodę, jak z innymi świadczeniami – zmniejszono finansowanie, zwiększono liczbę świadczeń. U nas to wygląda tak, że pielęgniarka środowiskowa opiekowała się określoną populacją pacjentów czy mieszkańców – przypuśćmy, że dwoma tysiącami. W tej chwili – hulaj dusza, piekła nie ma – może to być nawet pięć, sześć tysięcy. Proszę sobie wyobrazić jakość tej opieki pielęgniarskiej. Co pielęgniarka z tego, co ma zapisane w udzieleniu świadczenia i z czego ma sprawozdawać, może tak naprawdę przy takiej populacji wykonać? Jest to tylko wykonanie iniekcji. No jeszcze może będzie miała sekundkę czasu na opatrunek.

Następna sprawa to listy kapitacyjne. To, o czym ostatnio pisała prasa, chyba dwa czy trzy dni temu – co to się dzieje, że pacjenci będą się zapisywali do pielęgniarek?

Mam pytanie do pana prezesa i minister zdrowia: jak państwo macie zamiar sfinansować kampanię na rzecz uświadomienia pacjenta o jego prawach, prawach do wyboru pielęgniarki i koniecznych działaniach, które on w związku z tym musi podjąć? Chciałabym przypomnieć, iż kampania na rzecz budowania list lekarskich, która była przeprowadzana przed wprowadzeniem systemu kas chorych, była kampanią potężną, kampanią, która miała miejsce w radio, w telewizji, w prasie. Wydano na ten temat masę ulotek. Chciałabym się więc dowiedzieć, czy państwo ten problem również wspomócie.

Następna jest kwestia tego, co państwa również czeka i o czym będziemy musieli pomyśleć wspólnie. Narodowy fundusz i ustawa ma ileś rozporządzeń, jednym z nich jest rozporządzenie mówiące o tym, że świadczeniodawca ma prawo do wynagrodzenia. A o wynagrodzeniach pracowników, które muszą być uwzględnione w wycenie świadczenia, się nie mówiło. My wszyscy już jesteśmy na pewnym krańcu... Oczywiście, że można dla ojczyzny, dla honoru itd., itd., ale wszystko się wyczerpuje. Czy w tym roku to oczekiwanie, iż kwestia wynagrodzeń znajdzie się w wycenie świadczenia, ma jakąkolwiek szansę bytu?

Kolejna sprawa, na którą muszą się znaleźć pieniądze, to kwestia podnoszenia kwalifikacji. Chyba w jednym z pism, o których pani senator mówiła, coś takiego było.

Proszę państwa, może wszyscy o tym nie wiecie, ale 60% polskich pielęgniarek ma kwalifikacje nieuznane w Unii, 60% tej grupy zawodowej, żeby mieć te kwalifikacje uznane musi ukończyć studia pomostowe, a koszt jednego semestru, to średnio 2 tysiące zł, bo tak jest na akademiach medycznych. I teraz należy sobie odpowiedzieć na pytanie, czy ci, którzy finansują ten system, ci, którzy prowadzą zakłady opieki zdrowotnej, zdają sobie sprawę z tego, jaki trud i jakie zadanie trzeba wykonać do roku 2010, żeby te osoby mogły uzupełnić kwalifikacje? Jest jeszcze grupa osób, które nie mają matury, bo wszyscy państwo wiecie, że kiedyś był taki okres, że żeby być pielęgniarką nie trzeba było mieć matury. Dla tych osób studia pomostowe są niedostępne, jednak im też trzeba będzie pomóc.

Dlaczego ja o tym mówię? Dlaczego jest to tak groźne? Dlatego że z ostatnich pism, które do nas docierają – pani minister Kralkowska może mnie poprawi, bo ja znowu uprawiam na tej sali czarnowidztwo – wynika, że pielęgniarki, które nie podwyższą kwalifikacji do roku 2010, a to już jest ostatni rok kształcenia pomostowego, nie będą miały tych kwalifikacji uznanych. Ja przekażę pani minister ostatnie pismo pana ministra Pietrasa, ono jest naprawdę bardzo groźne. To znowu koszty, które trzeba będzie ponieść. Zakłady będą musiały pomóc swoim pracownikom, bo tych pracowników będą potrzebowały.

Kwestia 203 – już kończę, Pani Senator. Ja do znudzenia powtarzam, iż osobami odpowiedzialnymi za kształt ustawy 203 i za jej wprowadzenie absolutnie nie są pielęgniarki i położne. Przypominam po raz kolejny, iż to środowisko walczyło o system wzrostu wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia, ale projektu ustawy nigdy nie podpisało, wskazując wadliwość tej ustawy. A główną wadą – jest do sprawdzenia w protokole negocjacji – było to, iż w tej ustawie nie wskazano źródła finansowania. Jednak problem istnieje, problem obciążeń komorniczych. I, Panie Dyrektorze – przepraszam za tę uwagę do pana dyrektora – ja chciałam przypomnieć jedną rzecz: związek zawodowy ma ogromne prawa, nie ma jednak prawa podpisywania ugody pracowniczej. Wynagrodzenie jest sprawą indywidualną pracownika i to, że związek podpisał ugodę, to naruszył ustawę o związkach zawodowych. I pan dyrektor, przepraszam, prawdopodobnie również. Każdy pracownik, mimo tego podpisanego paktu, ma prawo iść do sądu pracy i złożyć pozew zakładowi.

Jest jedno rozwiązanie: pozwólcie państwo, bez szykan, tym pracownikom iść do sądów, pozwólcie wygrać im sprawy, pomóżcie wyliczyć te należności, które im się należą. Wam to potem pomoże. I podpiszcie ugodę z każdym indywidualnym pracownikiem. To jest rozwiązanie na odroczenie płatności.

Bardzo przepraszam, Pani Senator, ale to tak na gorąco. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...ale nie ma polemiki. Jeżeli chce się pan ustosunkować, to za moment oczywiście będzie to możliwe, ale w kolejności.

Gotuje się pan senator Pawłowski.

Senator Wojciech Pawłowski:

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Chciałbym podkreślić i zaznaczyć, że obradujemy na posiedzeniu senackiej komisji. Ja oczekiwałem obiektywnej odpowiedzi, Panie Prezesie, nie manipulacji. A to była manipulacja, że pan powiedział o tych niższych, a nie o wyższych. Mówił pan o klinice, ja panu też odpowiedziałem w polemice.

Ale bądźmy obiektywni. Do błędu to ludzie szlachetni potrafią się przyznać. Trzeba umieć powiedzieć: nie wykonaliśmy swojej uchwały nr 12/2004, w przyszłości będziemy się starali inaczej patrzeć. Ale mój wniosek jest taki... Bo ja jako parlamentarzysta mam spotkania z pracownikami szpitali i muszę tym ludziom coś powiedzieć. Ja muszę łagodzić napięcia, bo ludzie czytają w Internecie i się uczą, że tam, gdzie szumia, tam dostają. Ja muszę dostać obiektywne materiały i tym ludziom – dyrekcji szpitali, organom założycielskim, to znaczy starostom – muszę wytłumaczyć, że nie wszystko od razu. Ale, Panie Prezesie, jest ustawa, która i pana obowiązuje, a ustawa mówi o zrównaniu stawki kapitacyjnej w całym kraju. Ja oczekuję materiałów, które otrzymam na piśmie. Usłyszeliśmy, że w lipcu ma być następne wyrównanie. Ja muszę powiedzieć ludziom: nie dostaliście teraz, ktoś miał więcej szczęścia od was. Te materiały, które dostanę, muszą mnie upoważnić do tego, żebym mógł ludziom powiedzieć: w lipcu czy w sierpniu dostaniecie więcej. Inaczej nasza ocena będzie bardzo zła.

Taki jest mój wniosek, żeby informacja o każdym zwiększeniu środków wynikającym z lepszej ściągalności składki docierała do naszej wiadomości i żeby był obiektywny sposób podziału. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Możemy otrzymywać to jako informację *ex ante*, nie możemy z wyprzedzeniem, tylko *ex post*, ponieważ za podział środków odpowiada, zgodnie z ustawą, prezes i zarząd.

Ale my mamy prawo taką informację posiadać i, oczywiście, o taką informację w podsumowaniu dzisiejszego posiedzenia komisji wystąpimy – do zarządu funduszu i do pana prezesa imiennie. Całe to bogactwo wypowiedzi będzie jeszcze przeanalizowane, posiedzenie jest dokumentowane, będzie również do wglądu na stronach internetowych. W przyszłości będą nam niezbędne najróżniejsze materiały do prac nad ustawą, żebyśmy uniknęli takich samych raf.

Pan dyrektor Grabowski tak?

Prezes Zarządu Związku Pracodawców Powiatowych Zakładów Opieki Zdrowotnej Józef Grabowski:

Tak, jeśli pani pozwoli.

Pani Przewodnicząca, ja nie staram się łamać prawa i znam swoje obowiązki. Ale podpisując porozumienie ze związkami zawodowymi, gwarantuję, że jeżeli wygram proces ze stroną – czy to będzie narodowy fundusz, czy Skarb Państwa w osobie wojewody, czy Sejm – to ja te pieniądze wypłacę i one pracownikom nie przepadną. Zdaję sobie natomiast sprawę, że takie indywidualne oświadczenia też są podpisywane. Tylko chcę uspokoić atmosferę i powiedzieć, że wielu kolegów jest w podobnej sytuacji. Niepokoje społeczne wśród pracowników narastają. Jeżeli do końca tego roku nie zrobimy jakiegokolwiek ruchu płacowego, to po prostu możemy nie opanować tego, co się kroi. I dlatego podpisuję takie porozumienia na szczeblu pracodawca i związki zawodowe, bo mamy ich

sześć. Ale staram się, aby nie przepadały żadne moje zobowiązania wobec pracowników. To jest takim jakimś elementem gwarancji i, myślę, wzajemnego zaufania. Dziękuję.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa – oprócz pana prezesa, który udzielił odpowiedzi – chciałby jeszcze zabrać głos?

To wobec tego bardzo proszę, Panie Prezesie. Pan czy ktoś z pańskiego zespołu?

**Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Lesław Abramowicz:**

To ja może odpowiem krótko, a później jeszcze wypowie się pan prezes Mazur, jeśli chodzi o sprawy finansowe i podział tych kwot.

Ja tylko chcę powiedzieć, że jeśli chodzi o ten podział, jaki dokonaliśmy – za chwilę pan prezes Mazur jeszcze go omówi – to kwota 25 milionów dla Łodzi jest tak samo zła, jak 5 milionów dla Rzeszowa. Tak że po prostu załatwienie tego problemu naprawdę jest bardzo trudne czy wręcz niemożliwe.

Jeśli chodzi o panie pielęgniarki, to w uchwale przeznaczaliśmy 93 miliony zł. Ja uważam, że to jest wielka kwota. Jeśli panie uznają, że to jest za mało, to się zastanawiam, czy tych pieniędzy nie przeznaczyć na przykład dla Łodzi. Może wtedy znajdziemy tam większe uznanie na przykład dla załatwienia sprawy. Bo, jak widzę, panie są z tego zupełnie niezadowolone, a my uważamy, że to był dla nas wielki wysiłek, że udało się nam takie pieniądze dla pań przeznaczyć.

No, listy kapitałowe, proszę państwa, muszą być. Albo będziemy stosować system niemiecki, gdzie każdy będzie wystawiał każdemu rachunek – ale na razie jeszcze go nie wprowadzamy – albo przynajmniej musimy wiedzieć, jaką liczbą osób opiekuje się dana pielęgniarka. Bo jak z tego zrezygnujemy, to już w ogóle nic nie będziemy wiedzieli, tylko będziemy płacić w ciemno. Tak więc jakaś statystyka, jakieś dane co do tych pieniędzy, które rozprowadzamy, muszą być.

Czy będziemy robić kampanię? Możemy w tym pomóc, ale nie uważamy, że to jest jakieś wielkie przedsięwzięcie.

Jeśli chodzi o to, czy w świadczeniach jest wycena wynagrodzeń, to cena za świadczenie medyczne powinna obejmować wszystkie elementy, zarówno pracę żywą, jak i pracę uprzedmiotowioną, zgodnie z teorią ekonomii. Tak że tutaj my żadnych specjalnych zasad nie będziemy tworzyć. Mamy świadomość, że praca żywa jest wyceniona nisko. Lekarz też ma czasem stawkę za godzinę rzędu paru złotych, ale na tyle nas na dzień dzisiejszy stać. Tutaj żadnej rewolucji w najbliższym czasie prawdopodobnie też nie będzie.

Jeśli chodzi o kwalifikacje pielęgniarek i sprawy związane z Unią, to myślę, że odpowie pani minister Kralkowska, bo to nie jest zadanie funduszu. Dziękuję.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo, ale widziałam, że pani Hanna Gutowska nie była usatysfakcjonowana.

**Członek Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Hanna Gutowska:**

Panie Prezesie, ja ani słowem nie protestowałam przeciwko temu, że ta lista ma być utworzona, ja tylko zapytałam, czy wespriecie nas państwo finansowo przy wprowadzaniu tego.

Następna była kwestia wynagrodzeń. W tym momencie cieszę się, że szefem funduszu jest ekonomista, dla którego sprawa wynagrodzenia musi być ujęta w wysokości świadczenia i opłacie za to świadczenie czy za procedurę. To dobrze, że jest to rzecz tak jasna, bo do tej pory mówiono, że ten element, niestety, nie będzie ujmowany.

Tak więc ja bardzo proszę, Panie Prezesie, żebyśmy rozmawiali właśnie w ten sposób, żebyśmy się nawzajem słuchali, a nie mówili tylko tego, co chcemy. Ja nie protestuję, ani słowa nie powiedziałam na ten temat, iż pensja pielęgniarska... W ogóle nie odniosłem się do wysokości pensji... Nigdy nie ośmieliłabym się porównywać tej pensji do pensji lekarskiej, dlatego że to jest tak, jak porównywanie Łodzi do Mazowsza i mówienie Mazowszu, że jest bogate. Co to powoduje? Konflikt między Łodzią a Mazowszem, bo od razu chcemy się odezwać. A ucieka nam to, co jest naprawdę. Wynagrodzenia w ochronie zdrowia są naprawdę żenująco niskie. Jak zaczniemy mówić o ich poprawie, to my będziemy mówić o swoich wynagrodzeniach, nie odnosząc ich do nikogo, co po prostu pozwoli nam uniknąć konfliktu. Konfliktu, na który wielu sprawujących władzę w tym kraju bardzo liczyło, bo wtedy to bardzo osłabia. Znika z horyzontu to, o co się walczy. Dziękuję.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, pani senator Janowska.

Senator Zdzisława Janowska:

Nie chciałabym, żeby zgromadzeni wyszli stąd z informacjami, które zostały nam przekazane przez pana Kamińskiego, którego, niestety, nie ma.

Otóż ja wykonałam przed chwilą telefon do Łodzi i to, co tutaj usłyszeliśmy, nie jest zgodne z obrazem Łodzi, który chciałoby się przedstawić.

Przede wszystkim prezes wojewódzkiego funduszu nie rozumie, co to znaczy 9 zł 80 gr a 3 zł 38 gr. W Łodzi mamy 700 zł na osobę w skali roku w stosunku do 900 zł na Mazowszu i takimi wskaźnikami operujemy.

Następnie, jeśli państwo łaskawie mówili o zapaleniu płuc i o zapaleniu oskrzeli, co stawia pod znakiem zapytania obecny pan dyrektor... Oczywiście jak dostaniemy te wykazy, będziemy mogli to skonfrontować. Ale przepraszam bardzo, państwo chyba orientujecie się w przekroju demograficznym i w stopniu zubożenia społeczeństwa polskiego. W związku z tym, jeśli to jest wycenione i jest duża liczba zachorowań na zapalenie płuc i zapalenie oskrzeli, dowodzi to strasznego schorowania i zubożenia naszego społeczeństwa, które ma właśnie taki stopień zachorowalności z różnych powodów. A więc nie można tak porównywać i mówić, że coś tutaj jest zawyżone lub być może fałszywe, jeśli chodzi o to, co się dzieje ze społeczeństwem w naszym województwie. Oczywiście ma prawo być większa liczba tego rodzaju schorzeń – bo jest to

zgodne ze stanem zdrowotności naszego społeczeństwa – w stosunku do innego, które lepiej jest odżywione, pracuje, ma możliwości, funkcjonuje normalnie. U nas szerzy się również w największym stopniu gruźlica i ta gruźlica nawet nie ma szans być leczona, bo nie ma działań profilaktycznych. U nas zapadają na gruźlicę również dzieci w szkołach, o czym jest mowa w ogólnopolskiej prasie.

Dlatego też nie chciałabym, żeby państwo, wychodząc stąd, myśleli, że my walczymy o rzeczy, które być może są nieprawdziwie przedstawione, i że czegoś żądamy.

Powtarzam jeszcze raz: ludzie w Łodzi i w województwie nie mogą się leczyć i będzie pan, Panie Prezesie, niestety, miał taką sytuację, że kontrakt w III kwartale – już nie mówię o IV kwartale – stanie pod znakiem zapytania.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję. Rolą zgromadzonych w szczególności nie jest rozstrzygnięcie, kto wypowiedział się niewłaściwie, kto zinterpretował fakty, ani też głębsze wniknięcie w sytuację demograficzną poszczególnych oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ale problem zasygnalizowany został dość drastycznie, przy tym urzędnikowi państwowemu czy funkcjonariuszowi publicznemu zarzucono, że przedstawia nieprawdziwe informacje. Dlatego tym bardziej proszę pana prezesa o to, żebyśmy otrzymali na piśmie sposób podziału tych dodatkowych środków, co zresztą stało się już faktem, wraz z jakimś uzasadnieniem. O to samo zresztą wnioskował pan senator Pawłowski, dość dobitnie i stanowczo. Ja zaś w imieniu prezydium komisji bardzo o to pana proszę.

Pozostało jeszcze uzupełnienie pańskiej wypowiedzi przez pana prezesa Mazura i panią minister Kralkowską, tak?

Kto z państwa?

Proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Ewa Kralkowska:

Dziękuję bardzo.

Ja tylko chciałam odpowiedzieć na niektóre pytania pani przewodniczącej.

Otóż studia pomostowe, które, że tak powiem, są, funkcjonują. Są już zatwierdzone programy itd. Owszem, koszt takiego doksztalcenia pomostowego to 6–8 tysięcy zł, z czego minister zdrowia dofinansuje 5 tysięcy zł na głowę, jest to już tak rozstrzygnięte. Naturalnie nie może to być dofinansowywane przez pracodawcę, bo pracodawca do tego nic nie ma.

Zdajemy sobie sprawę, że jest cezura czasowa na to kształcenie pomostowe, ale tu jedną rzecz chciałam powiedzieć: na przykład jeśli będą osoby, które nie będą zainteresowane tym, żeby studia pomostowe skończyć, czyli się doksztalić, żeby dyplom mógł być uznany, to nie przeszkodzi zupełnie, żeby mogły pracować na terenie Polski. To nie jest tak, że one będą wykluczone z rynku pracy. Po prostu będą musiały skończyć studia pomostowe, jeżeli będą chciały pracować gdzie indziej.

Następna sprawa, z którą też do mnie się pani zwracała dotyczyła tego, żebym się ustosunkowała do tych ugód podpisanych przez związki zawodowe, o czym mówił pan dyrektor. Prawda leży, że tak powiem, po środku: faktycznie ugoda ze związkami zawodowymi dotyczy czego innego, natomiast zgodnie z kodeksem pracy pracownik nie może się zrzec wynagrodzenia za pracę. I tutaj ma pani w 100% rację, Myśmy takie opinie też pisali.

Listy kapitaacyjne. Naturalnie nie przewidujemy jakiegokolwiek specjalnej kampanii reklamującej zbieranie podpisów na listach kapitaacyjnych. Niemniej jednak mogą zapewnić, że dołożymy starań, żeby we wszystkich wypowiedziach na ten temat, również na stronach internetowych, ta informacja była przez ministerstwo podkreślana. Chodzi o to, żeby ona po prostu docierała do chorych czy do pacjentów. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Marek Mazur:**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Najpierw chciałbym się podzielić jedną uwagą ogólną. Mianowicie padło pytanie, gdzie pan prezes jeszcze ukrywa pieniądze. Otóż my, oczywiście, nigdzie pieniędzy nie ukrywamy. Chcę natomiast powiedzieć, że my finansujemy świadczenia zdrowotne przez okres całego roku.

Chcę również przypomnieć o tym, co się stało w październiku i listopadzie ubiegłego roku, kiedy ceny leków spowodowały, iż fundusz zakończył ubiegły rok ze stratą powyżej 600 milionów zł. W odniesieniu do ubiegłego roku jest wszakże różnica, ponieważ mieliśmy rezerwy i w związku z tym skumulowany wynik funduszu jest jedynie o kilkadziesiąt milionów większy niż miało to miejsce w końcu 2002 r. i po I kwartale 2003 r. W związku z tym nie możemy już dziś wszystkich pieniędzy dzielić. Przede wszystkim, przypominam, nie wiemy, co się stanie – o tym pan prezes mówił – z kosztami refundacji leków. W tym momencie rzeczywiście koszty te są nieco niższe, ale nie wiemy też, co się stanie ze świadczeniami zarówno dla naszych pacjentów w Unii, jak i dla obywateli Unii przybywających do Polski. Wreszcie, nie wiemy, co będzie ze wpływem składki. Ona rzeczywiście przez pierwsze cztery miesiące służyła bardzo dobrze, natomiast w maju w odniesieniu do nowego planu, czyli tego, który już został podpisany przez obydwo ministrów i który jest realizowany od dnia wczorajszego, mamy 15 milionów zł mniej. Pytanie, które zadaje sobie ekonomista, jest takie: czy mieliśmy do czynienia z długofalową tendencją i będzie ona utrzymana, czy też mamy do czynienia z jakimś nowym zjawiskiem, którego nie potrafimy w tej chwili ocenić. A więc nie jest tak, że możemy na bieżąco te wszystkie pieniądze dzielić. Musimy myśleć o tym, co będzie w grudniu, kiedy płacimy za wszystkie świadczenia. W tym roku wejdzie nowa lista i prawdopodobnie jeszcze jedna. My, oczywiście, mamy nadzieję, że to przyniesie oszczędności, ale to są zjawiska, tak jak pokazał ubiegły rok, nie do końca przewidywalne.

Teraz kilka słów o podziale składki, proszę państwa, bo też padały stwierdzenia, że fundusz tak naprawdę nie zmienił zasad podziału pieniędzy w ubiegłym roku. My mamy do czynienia z historycznym podziałem. Chcę powiedzieć, że są województwa, w których nie ma żadnego szpitala klinicznego, żadnego instytutu, a są na drugim czy trzecim miejscu – przepraszam, na drugim nie, bo to jest Mazowsze i Śląsk – w każdym radzie są w czołówce i tego racjonalnie wyjaśnić się żadną miarą nie da. Są natomiast ośrodki takie, jak Szczecin – tutaj nikt o Szczecinie nie mówił – czy zachodniopomorskie, lubelskie, gdzie są szpitale kliniczne, są wybitni fachowcy, o światowej renomie, a te ośrodki są na ostatnich miejscach. Taką sytuację żeśmy odziedziczyli. Podkreślam raz jeszcze: w ubiegłym roku nie dokonywaliśmy żadnych zmian, jeżeli chodzi o zasadę podziału składki. Jeżeli natomiast chodzi o ten pierwotny podział, który miał miejsce w maju, wzięliśmy pod uwagę, proszę państwa, różne elementy, a nie tylko to, żeby składka była dzielona na liczbę osób w danym województwie – tego, jak sądzę, nie będziemy się trzymać. Na pew-

no takim dodatkowym kryterium musi być to, ile mamy szpitali klinicznych, instytutów, ile łóżek w tych szpitalach, wreszcie ilu rzeczywiście świadczeniodawców wykonuje usługi dla osób spoza regionu, czyli tak zwana migracja pacjentów, i za jakie kwoty. To są wszystkie elementy, które trzeba wziąć pod uwagę. Wtedy dopiero możemy mówić o, nie chcę użyć słowa sprawiedliwym, ale zobiektywizowanym kryterium.

Zaczynamy mieć tę sprawozdawczość i lada dzień będziemy znać migrację pacjentów, będziemy wiedzieć, ilu pacjentów wypływa z danego województwa, a ilu przyjeżdża do tego województwa, bo to się liczy. Każde z województw najchętniej, oczywiście, prezentuje, że przyjęło dodatkowo kilkaset tysięcy pacjentów albo nawet kilka milionów, natomiast nie mówi, ilu pacjentów z tego województwa pojechało na Śląsk czy na Mazowsze. W związku z tym, proszę państwa, w tej chwili jesteśmy w końcowej fazie wypracowania pewnej propozycji. Na pewno będziemy chcieli ją przedyskutować we wszystkich możliwych gremiach, bo to jest kwestia, która od samego początku tworzy agresywną atmosferę wśród poprzednio kas chorych, w tej chwili oddziałów.

Jeżeli chodzi o województwo łódzkie, Pani Senator, to to, o czym mówił pan prezes, to kwota, jaka przypada na jedną osobę w ramach dodatkowych środków. To jest te 9 zł 80 gr. Jeżeli pan dyrektor oddziału tego nie wie, to proszę go skierować do mnie, a otrzyma instruktaż, bo 9 zł 80 gr a 3 zł 30 gr to jest jednak gigantyczna różnica. To jest trzykrotnie więcej środków.

Ja nie chcę się odnosić do tego, co prezentował pan prezes Kamiński. To są sztywne dane, a ja kompetentnie nie potrafię się wypowiedzieć na temat epidemiologii. Ale statystycznie jest tak: jeżeli w jednym województwie, łódzkim, w przypadku wielu typów schorzeń – w wielu typów, bo to nie chodziło tylko o pozaszpitalne zapalenie płuc, jak pani senator mówi, ale to był OIOM, to były porody, to była cała masa procedur – było pięćdziesięcioprocentowe odchylenie od średniej...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Być może. Tak więc mówię, ja się kompetentnie nie potrafię na ten temat wypowiedzieć. Oczywiście to zbadamy, ale intuicyjnie wyczuwam... Jeżeli chodzi o zapalenie płuc, to wcale nie jestem przekonany, czy województwo śląskie nie jest tym, gdzie najczęściej się powinno na te choroby zapadać. Ale nie wiem, ja się kompetentnie na ten temat nie potrafię wypowiedzieć.

Niewątpliwie natomiast te dane... *(Rozmowy na sali)*

Przepraszam, mam chrypę, niestety mam chyba zapalenie oskrzeli...

(Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz: Bardzo państwa proszę. Proszę umożliwić panu prezesowi...)

Ale nie, ja nie idę do szpitala, nie będę zwiększał procedury...

Pani Senator, jest jeszcze taka procedura, która występuje również w Łodzi. Otóż ja nie pamiętam dokładnej nazwy, ale jest taka procedura: hospitalizacja w celu sprawdzenia poprawności leczenia lub jego skorygowania. Łódź też jest w czołówce. Jak mówię, na temat epidemiologii ja się kompetentnie nie chcę wypowiadać, natomiast na temat statystyki, tak. My w związku z tym musimy wykonać szereg czynności kontrolnych, żeby sprawdzić, co się dzieje, bo być może tak jest, być może to wynika ze zubożenia społeczeństwa.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ja nie wiem. Jak mówię, ja nie jestem lekarzem...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Słucham?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No dobrze, tylko ja nie wiem, czy na taką skalę. To, że jest zróżnicowanie, to jest oczywiste.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale, Pani Senator, naprawdę są regiony, w których to bezrobocie jest wyższe. Byłem w warmińsko-mazurskim, tam przedstawiano mi dane, że zapadalność na gruźlicę właśnie wzrosła. Jest to województwo, w którym w tej chwili najczęściej zapada się na gruźlicę. Ale ja się kompetentnie na ten temat nie wypowiadam, wypowiadam się na temat współczynników.

Powiedziałem: zarząd podjął taką decyzję, nieco intuicyjnie, biorąc pod uwagę różne współczynniki – liczbę łóżek instytutowych i klinicznych, jak żeśmy to określili, liczbę łóżek w ogóle... Bo nie jest prawdą, że na Dolnym Śląsku jest najwięcej szpitali w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. Łódź w tym względzie jest na drugim miejscu, według tych danych, które my mamy. Na pierwszym miejscu jest Śląsk Średnia krajowa to jest 4,75, Łódź ma 5,45, więc być może też jest to do pewnej analizy.

Jeżeli chodzi o różnicę w środkach – ja się nie odnoszę do czterech ośrodków, czyli Śląska, Mazowsza, Wielkopolski i Małopolski oraz pomijam leki, uzdrowiska i profilaktykę, które są nieco inaczej kalkulowane – to rozbieżność między Łodzią, a następnym, czyli szóstym województwem... Bo pomijam te cztery i pomijam te dwa, o których mówiłem, że nie wiem, dlaczego akurat są w tej klasyfikacji. To po wszystkich zmianach, jakie były, Łódź różni od zachodniopomorskiego 12 zł. To daje kwotę mniej więcej 30 milionów zł...

(Głos z sali: Rocznie?)

Oczywiście, rocznie.

A więc jeżeli teraz Łódź dostała 25 milionów zł, a inne dostały po kilka – tak jak pan prezes tu wykazywał – to ta sytuacja nie jest tak dramatyczna. W następnej kolejności, kiedy będziemy dzielić pieniądze, najprawdopodobniej w lipcu, na pewno będziemy chcieli zastosować kryteria, jak mówiłem, zobiektywizowane. Tylko że wtedy, proszę państwa, okaże się, że w niektórych regionach było zdecydowanie za dużo pieniędzy, zdecydowanie za dużo pieniędzy, a w innych był niedobór. My chcemy pokazać, że pacjenci przyjeżdżają... Dyrektor Piróg mówił o Centrum Zdrowia Dziecka, że 50% to są pacjenci z Mazowsza, a 50% to są z poza Mazowsza. Jest też szereg instytutów. Zresztą pan dyrektor to uzupełni, prawda? W związku z tym my nie możemy mówić, że to powinny być równe środki w przeliczeniu na głowę mieszkańca. Oczywiście są dziedziny, w których to będzie równe, na przykład w POZ – jak mamy listę, to wiadomo, bo każdy mieszkaniec powinien mieć zapewnioną opiekę. Prawdopodobnie w specjalistyce będzie podobnie, choć gdzieś są ośrodki – w Łodzi na przykład, Jasne Błonie, prawda? – o charakterze klinicznym czy instytutowym, gdzie spływają pacjenci z całej Polski. To też trzeba wziąć pod uwagę. W związku z tym nie może być mowy o wyrównaniu tego w Polsce, tylko o tym, jak te środki podzielić w sposób obiektywny, biorąc pod uwagę te wszystkie kryteria, o których mówiłem, i pewnie jeszcze parę innych. Wtedy dopiero może być debata na temat tego, czy te środki są dzielone właściwie, czy nie. Tylko że naprawdę niektóre regiony będą zaskoczone tym, co zobaczą, in minus.

Jeżeli chodzi o łóżka kliniczne i instytutowe, to w Łodzi nie jest ich aż tak dużo w odniesieniu do innych regionów. Nie pamiętam tych danych szczegółowo we

wszystkich regionach, ale Warszawa ma ich dwa i pół raza więcej, Śląsk ma mniej więcej półtora raza więcej, Małopolska ma więcej i Wielkopolska też ma więcej. Ja mówię w przeliczeniu na dziesięć tysięcy łóżek klinicznych i instytutowych. To oczywiście nie jest żadna miara, bo za tym powinny iść szczegółowe analizy dotyczące tego, kto się tam leczy i za jakie pieniądze. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Pani Marzena Kępińska, proszę bardzo.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Starosta Świecki Marzena Kempieńska:

...żebyśmy rozwiązali kwestie służby zdrowia.

Ja powiem tak, zgadzamy się, Panie Prezesie, bo my jako Związek Powiatów Polskich wystąpiliśmy teraz... Dodam jeszcze, że oprócz tego, że jestem przewodniczącą konwentu, jestem również członkiem Związku Powiatów Polskich i inspiratorką tego, co się dzieje w kraju w ostatnim czasie – wraz kolegą Wieluńskim z Łodzi. To była nasza determinacja A czego oczekiwaliśmy przez cały czas naszej samorządowej działalności? Oczekiwaliśmy właśnie tego, o czym mówimy, żeby zweryfikować te historyczne budżety, w oparciu o które cały czas się dokonuje podziału środków finansowych. Zdajemy sobie sprawę, że przyniesie to niektórym rozczarowanie. A największy ból będzie dla polityków, nie dla nas samorządowców, ostrzegam. Mówiliśmy również, żeby to było wyrównywanie szans. Mówiliśmy o kategoryzacji. Chcemy kategoryzacji. Zdajemy sobie sprawę, że szpital szpitalowi nie jest równy, tak samo jak nie jest równy szpital powiatowy szpitalowi powiatowemu. To też trzeba wziąć pod uwagę przy kontraktowaniu.

Jeszcze inna sprawa. Chcemy, żebyście państwo również ujęli to, w jakim kierunku poszły procesy restrukturyzacyjne. Na przykładzie województwa kujawsko-pomorskiego pokazałam... Poszczególni ministrowie się zmieniają, a ja ciągle jak ta siłaczka pokazuję, jakie procesy restrukturyzacyjne zrobiliśmy, jakie szpitale są przekształcone, jakie są nieprzekształcone, które pracują jako publiczne, które jako niepubliczne. Ciągłe pytam, czemu niepubliczne nie mają problemów? Bo niepubliczne nie muszą przyjąć, bo niepubliczne nie robią tych badań, bo niepublicznych nikt nie kontroluje, bo niepubliczne nie mają standaryzacji zatrudnienia, o której mówimy itd. I dlaczego jest tak, że żyjemy w jednej Polsce, a cały czas te zjawiska mają miejsce?

Mówiliście panowie, że przekazaliście kwotę 120 milionów zł na nowe szpitale, wchodzące do systemu. Pytam się, kto nad tym czuwał? Niech wchodzą nowe, ale z kimś przestaniemy kontraktować, bo jest ta kategoryzacja. My o tym właśnie mówimy i my tego wszystkiego naprawdę jako samorządowcy chcemy. My nie mamy żadnego chęćstwa na zasadzie, żeby tylko zrobić urawniówkę.

Mówił pan dzisiaj, że... Już teraz koniec, bo mogłabym mówić, mówić, ale jestem pod wrażeniem dzisiejszego spotkania. Dlatego powiem tak: mówił pan, że do systemu weszły dodatkowe środki finansowe. Ja otrzymuję pismo... Powołałam również związek szpitali powiatowych, żeby mieć obraz tego, co się dzieje w naszej służbie zdrowia na przykładzie województwa kujawsko-pomorskiego. I otrzymuję pismo ze związku szpitali powiatowych, w którym informuje się mnie, że pan prezes narodo-

wego funduszu podzielił środki według nieznanymi kryteriów. Czego oni chcą? Chcą tylko jasnych, czytelnych kryteriów. Wy jako prezesi teraz tak nam tłumaczycie, my wszyscy doskonale to rozumiemy, znowu jedziemy na swoje peryferia, a dyrektorzy oddziałów znowu nic nie rozumieją. No bo okazuje się, że każdy dyrektor na swój sposób to interpretuje. To może róbcie z nami, starostami, spotkania, i my to będziemy przekazywać, jeżeli ktoś ma problemy ze zrozumieniem.

Mam wykaz szpitali i nie rozumiem, co te kartki znaczą. Jeden dostaje, drugi nie dostaje. W oparciu o co, pytam. Jeżeli będzie czytelny, klarowny, przejrzysty podział, to naprawdę nie będziemy mieli pretensji, że jeden dostał więcej, drugi dostał mniej, bo będziemy wiedzieć, w oparciu o co był dokonany ten podział.

To tyle, Pani Senator. Jeszcze raz serdecznie dziękuję. Przekażę konwentowi, jak również Związkowi Powiatów Polskich, relację z dzisiejszego spotkania.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.
Proszę bardzo.

**Prezes Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali Klinicznych
Wojciech Bińkiewicz:**

Obiecuję, że będzie krótko.

Panie Prezesie, pan profesor Roszkowski chwalił się, ja też muszę. Ja też mam specjalizację ze zdrowia publicznego. To, o czym pan prezes Mazur był uprzejmy mówić, to są rzeczy oczywiste dla każdego z nas. To, o co nam chodzi, jeżeli mówimy o stawkach i łódzkich stawkach... Proszę nie mówić o łózkach, bo za łóżka w tej chwili fundusz przecież nie płaci, fundusz płaci za procedury. W związku z tym, Panie Prezesie, chodzi nam o to, żeby za operację wyrostka robaczkowego w szpitalu klinicznym w Łodzi i w Warszawie było 2, 3, 5, 70 tysięcy. A nie tak, że po korekcie 02 w szpitalu klinicznym w Warszawie za operację wyrostka robaczkowego będzie 4 tysiące zł, a w Łodzi 1 tysiąc 800 zł, dlatego że my tych wykonań mamy dużo więcej.

Panie Prezesie, to 02, co tłumaczył prezes Kamiński, działa do limitu budżetu, do limitu kontraktu z kasą chorych. Ja już mówiłem o tym, po co mi to 02 – mam jeszcze większe nadwykonanie i teoretycznie inną cenę zaszłą, bo to już niczego nie jest w stanie zmienić.

Teraz panowie mówicie o nakładach, że Łódź dostała 9 zł z tych dodatkowych pieniędzy, a inni dostali 3 zł. Pozostaje faktem, że po tych korektach Łódź będzie miała 731 zł na głowę mieszkańca. A jaka będzie średnia w kraju, Panie Prezesie?

(Wypowiedzi tle nagrania)

(Głos z sali: 788 zł)

Czyli nadal jesteśmy grubo poniżej średniej krajowej – drugi ośrodek akademicki w Polsce, największy uniwersytet medyczny.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Ale ja naprawdę w tym momencie już uchylam dyskusję o mieście Łodzi, bo oprócz miasta Łodzi czy oddziału Narodowego Funduszu w Łodzi, jest jeszcze 9/10 albo i więcej

Polski. Ani słowem nie upomniała się koleżanka o Kielce na przykład, czy kolega o Konin, czy inni o inne regiony. Naprawdę w takich sytuacjach każdy senator, każdy parlamentarzysta ma również narzędzia przewidziane przez ustawę o wykonywaniu mandatu.

Zebraliśmy się, żeby posłuchać, jak będą realizowane kontrakty w drugim półroczu.

Czy pan prezes chce się jeszcze ustosunkować? Jeżeli nie, to pan przewodniczący Lubiński dokona podsumowania.

Bardzo proszę .

**Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Sławomir Idzikowski:**

Powiem bardzo krótko, tytułem wyjaśnienia, bo suma 900 zł, która tu pada w kontekście Mazowsza, budzi określone antyregionalne nastroje, antymazowieckie i zupełnie niepotrzebnie podgrzewa atmosferę. Ja absolutnie nie chcę niczego więcej komentować, rzucę tylko kilka liczb.

Jeżeli mówimy o sprawiedliwości społecznej, to jest siedemnaście instytutów klinicznych na terenie Polski i jest szesnaście województw, a w związku z tym sprawiedliwie byłoby, żeby w każdym województwie był jeden instytut. Niestety, tak się ułożyło, że na siedemnaście instytutów w Polsce dziesięć jest w Warszawie i te dziesięć instytutów jest do dyspozycji obywateli tego kraju.

Pan dyrektor Piróg wyraźnie powiedział – i inni dyrektorzy to mogą potwierdzić – o 50%. W niektórych klinikach nawet więcej pacjentów jest leczonych w tych placówkach, bardzo drogich i kosztownych. To są pacjenci z całej Polski, nie tylko z Mazowsza.

Chcę powiedzieć państwu jedną rzecz. Pani Przewodnicząca, mam pełne dane na temat 2003 r. i chciałbym tylko pod rozważę podać jedną liczbę: I kwartał 2003 r. – kiedy to system kas chorych za pomocą promesy ograniczał w sposób urzędniczy dostępność pacjenta i ograniczał jego świadomy wybór – w stosunku do IV kwartału, kiedy to pacjent decydował, gdzie się chce leczyć. Proszę państwa, jeśli chodzi o liczbę pacjentów hospitalizowanych, przekłada się to również na specjalistykę, na obszarze Warszawy, to różnica jest taka: I kwartał do IV kwartału to jest, proszę państwa, 950%. To nie jest pomyłka. Ponaddziesięciokrotnie w stosunku do kas chorych, ponaddziesięciokrotnie więcej pacjentów w końcu roku leczyło się na obszarze Warszawy.

W związku z tym to proszę o wyrozumiałość i zrozumienie problematyki. Mianowicie ta baza, która tu jest do dyspozycji... Co piąty lekarz w Polsce pracuje na obszarze Mazowsza. To jest ten element potencjału medycznego, ale ten potencjał medyczny służy całej Polsce. Te 900 zł nie jest tylko dla mieszkańców Mazowsza, to jest na usługi świadczone w stu trzydziestu jeden szpitalach, które znajdują się na terenie Mazowsza. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Dyrektorze.

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Senator Mirosław Lubiński:

Rozpoczynając dzisiejsze posiedzenia, pani przewodnicząca powiedziała, że spotykamy się w trudnej sytuacji politycznej i ekonomicznej. Do trudnej sytuacji eko-

nomicznej, do braku pieniędzy jesteśmy przyzwyczajeni, ale niewątpliwie wyjątkowo trudna sytuacja polityczna w jakiś sposób ciąży nad problematyką służby zdrowia. Niepewność w związku z brakiem ustawy zdrowotnej, a również poczucie zagrożenia w związku z możliwością nieuchwalenia na czas nowej ustawy powodują jeszcze dodatkowe napięcia i tym bardziej przybliżają nas do kryzysu, który może zakończyć się nawet katastrofą, czego przedsmak mieliśmy na początku tego roku.

Powracam do tematu dzisiejszego spotkania. Generalnie jednak jeżeli chodzi o kwestie kontraktacji – możemy powiedzieć, że mimo uspakajających i dość dobrych danych statystycznych, które przedstawił pan prezes – to na pewno istnieje realne zagrożenie, że problem z kontraktowaniem będzie jednak miał miejsce.

Wszyscy, którzy wypowiadali się w dyskusji, właściwie niezależnie od stopnia szczegółowości przedstawionego tematu i postulatów, generalnie zmierzali w kierunku takich trzech fundamentalnych zasad, które powinien spełniać modelowy system opieki zdrowotnej. To znaczy: po pierwsze, musi on być przyjazny dla pacjenta, po drugie – to się najczęściej przewijało – racjonalny ekonomicznie, i po trzecie, dostosowany do światowych standardów medycznych.

W trakcie dyskusji bardzo mocno akcentowany był konflikt lokalny, uzależniony od tego, skąd pochodzi dana osoba, ale też konflikt pomiędzy przedstawicielami różnego stopnia referencyjności. Jak się okazuje nie ma jednolitego sposobu rozstrzygnięcia tej kwestii. Na pewno w zależności od tego, kto pracuje na jakim stopniu referencyjności, interesy mogą być całkiem inne, przynajmniej w stosunku do innego stopnia referencji.

Konkretnie poruszane były tematy, które kończyły się postulatami zarówno do Ministerstwa Zdrowia, jak i do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zacznę właśnie od trzeciego poziomu referencyjności, bo to był temat, który pojawił się na początku naszej dyskusji. Przekazano informacje, na podstawie których widać, że jest zagrożenie dla funkcjonowania tego trzeciego stopnia. W związku z tym stwierdziliśmy jednoznacznie – do tego chyba nie było żadnych zastrzeżeń – że istnieje jednak konieczność zachowania wysokospecjalistycznych usług. To jest niezbędne z punktu widzenia pacjenta. Został sformułowany postulat, żeby Narodowy Fundusz Zdrowia koniecznie przyjął wskaźnik indeksacji dla tych usług, jak również prowadził dalej intensywne prace nad katalogiem świadczeń, polegające zarówno na jego uzupełnieniu, jak i doszacowaniu.

Kolejny punkt – którym zresztą nasza komisja zajmowała się już nie po raz pierwszy, bo ten temat przewija się już od kilku miesięcy, a nawet dłużej – to racjonalizacja gospodarki lekami. Na ten temat powiedziano dużo, niestety, odwrotnie proporcjonalnie do tego, co zostało zrobione. Ale to wszystko jest jeszcze przed nami, bo na pewno istnieje konieczność stworzenia przejrzystego mechanizmu od momentu rozpoczęcia procesu rejestracji leku, aż do momentu jego zakupu przez pacjenta w aptecce. Tego tematu, myślę, nie ma co już rozwijać. Ten temat jest tak ważny, a być może najważniejszy z punktu widzenia stabilności systemu, że wymaga osobnego potraktowania. Ale sygnalizuję, że on również dzisiaj był poruszany.

Kolejna sprawa była już przeze mnie wspomniana. Mianowicie budzący wątpliwości i spory podział środków pomiędzy oddziały wojewódzkie, który prowadzi do dramatycznych sytuacji w służbie zdrowia. Był tu podany przykład – już nie chcę wymieniać, bo pani przewodnicząca się zdenerwuje, ale tak było – miasta Łodzi i sytuacja była przyrównywana do stanu wojennego. Na pewno musimy uwzględnić konieczność ustalenia czystych i obiektywnych, przejrzystych, wężcz transparentnych reguł po-

działu środków pomiędzy województwa, bo jest zbyt duże zróżnicowanie, aczkolwiek nie możemy pominąć czynnika migracji pacjentów, który również musi być uwzględniony. Ale zasady muszą być określone w sposób klarowny i transparentny.

Kolejna sprawa to pilna potrzeba rozwiązania problemu ustawy 203. Właściwie jednoznacznie zostało powiedziane, że ustawa o restrukturyzacji zadłużenia jest w tym zakresie niewystarczająca. Trudno mówić o restrukturyzacji zakładu opieki zdrowotnej bez uregulowania tego problemu w sposób zdecydowanie bardziej korzystny dla zakładów opieki zdrowotnej.

Była też mowa i był gorący spór na temat sprawozdawczości. Końcowy wniosek może być tylko taki, że na pewno ta sprawozdawczość jest skomplikowana, utrudnia życie i funkcjonuje w sposób, który jednak pozostawia wiele do życzenia.

Kolejna kwestia, która również była tematem obrad naszej komisji, to nakłady na transplantologię. Został sformułowany jasny i konkretny postulat do ministra finansów. A mianowicie chodzi o brakujące 22 miliony zł. To nie jest tylko kwestia ratowania życia ludzi, ale również pewnego, co zostało udowodnione, racjonalnego, ekonomicznego podejścia do zagadnienia. To nie jest tylko ratowanie życia – przepraszam za to brutalne sformułowanie – to jest również rachunek ekonomiczny. A mówię to tak dobitnie, ponieważ czasami kolejność tych dwóch rzeczy ulega zamianie, niestety na korzyść ekonomii.

I ostatnia rzecz, która była wyjaśniana przez panią minister, a którą ja wynotowałem – i na pewno do tego tematu będziemy wracać – przedstawiona przez panią reprezentującą środowisko pielęgniarstwa. Mianowicie kwestia studiów pomostowych oraz konieczności ich skończenia do 2010 r. Pani minister przedstawiła wyjaśnienia, ale my ten temat również będziemy pilotować.

Tyle z tej dyskusji zapamiętałem i zdążyłem zapisać. Jeżeli coś pomiąłem, to bardzo proszę o wniesienie uwag. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.
Proszę bardzo.

Prezes Zarządu Związku Pracodawców Powiatowych Zakładów Opieki Zdrowotnej Józef Grabowski:

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Myślę, że postawiłem też wyraźny wniosek dotyczący rozwiązania problemu 203, a pan tylko zasygnalizował, że jest to problem.

My jako związek pracodawców wystąpiliśmy do posłów i do senatorów o rozwiązanie tego problemu, licząc się z tym, że będzie wniosek o korektę w budżecie państwa na wyasygnowanie pieniędzy, aby załatwić ten problem. Bo ja nie mogę się upominać czy mieć pretensji do prezesa Abramowicza lub do kogokolwiek, jeżeli nie będzie korekty w budżecie. Z tego wyraźnie sobie trzeba zdawać sprawę. Wnioskowałem również o etapowe rozwiązanie tego problemu.

Na końcu wypowiedzi, po kontrowersji z panią z rady pielęgniarek, stwierdziłem, że jako związek i jako dyrektorzy widzimy problem narastającego niezadowolenia

wśród pracowników służby zdrowia. A państwo się nie odnosicie do tego, czyli zostawiacie nam znowu drogę sądową, a przecież...

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Nie, nie. Teraz muszę zaingerować, i to dość ostro. Nie, ponieważ w przededniu głosowania nad wotum zaufania dla rządu – a może być negatywny wynik głosowania, czyli parlament przestanie istnieć – żadnych tego typu zobowiązań nie możemy przyjąć. Nawet na poziomie komisji, bo potem jest jeszcze Senat ze swoją inicjatywą, Sejm, powtórnie Senat i prezydent. Chodzi o to, żeby nie miało to waloru właśnie tej sławetnej ustawy 203.

I tylko z powagi, z jaką traktujemy sprawę, wynika komunikat, że była ona prezentowana. Naprawdę karygodną lekkomyślnością i nieodpowiedzialnością z naszej strony byłoby przyjęcie takiego zobowiązania, jeżeli pojutrze Sejm może dać nam czerwoną kartkę.

**Prezes Zarządu Związku Pracodawców Powiatowych Zakładów Opieki Zdrowotnej
Józef Grabowski:**

Czyli nadal problem zostaje do rozwiązania przez dyrektorów szpitali, którzy mają najmniej do powiedzenia.

Senator Mirosław Lubiński:

Proszę poczekać do 24 czerwca, my natomiast ze swojej strony zapewniamy, że nie tylko dostrzegamy problem, ale chcemy go rozwiązać. Chodzi nam o zdecydowane posunięcie zmierzające, być może w takim kierunku, o jakim pan mówił, w każdym razie dalej niż proponowana ustawa o restrukturyzacji zadłużenia.

(Prezes Zarządu Związku Pracodawców Powiatowych Zakładów Opieki Zdrowotnej Józef Grabowski: Dziękuję bardzo, dziękuję, Pani Przewodnicząca.)

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, na pewno rozejdziemy się z bardzo różnymi odczuciami, dla których potrzeba też czasu na refleksję, na zastanowienie się, również na empatię co do innych stanowisk niż nasze własne.

Ja powtórnie oficjalnie zwracam się do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o informację, w jaki sposób dokonano podziału dodatkowych środków na poszczególne oddziały, i o statystykę, o którą toczył się tutaj największy i najgorętszy spór. Ponieważ to posiedzenie ma taki charakter, że być może będzie jego kontynuacja, bo akurat nasza komisja z dużą częstotliwością zajmuje się problemami ochrony zdrowia, a być może będzie tylko łabędzi śpiew.

Za dzisiejsze spotkanie bardzo, bardzo państwu dziękuję.

Te wnioski nie pozostaną tylko wypowiedziane przez pana przewodniczącego Lubińskiego, nad nimi pochylimy się i będziemy pracować, jeżeli los nam na to pozwoli.

Dziękuję bardzo.

Senatorów proszę o pozostanie na drugą część posiedzenia.

(Przerwa w obradach)

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Pani i Panowie Senatorowie, mamy kilka spraw, ale musimy je załatwić.

Czy mamy w tej chwili kworum? Mamy.

Bardzo proszę. Każdy ma w ręku naszą uchwałę w sprawie przeszczepiania narządów w Polsce. Jeżeli nie ma uwag – a ona już tak jest wypieszczona, już tak jest wypieszczona... Jeżeli ktoś ma uwagi, to proszę zgłaszać. A jak nie ma uwag, to przyjmujemy, bo chcielibyśmy już ją w końcu wysłać.

Czy przyjmujemy? (5)

Jednogłośnie.

Dziękuję bardzo. To była pierwsza sprawa, którą mamy załatwioną.

Druga sprawa, 2 lipca nasza komisja – jeżeli przyjedziecie państwo, to będzie bardzo dobrze, ale nie ma takiego musu – razem z Parlamentarną Grupą Kobiet, będzie organizowała konferencję o osobie niepełnosprawnej w rodzinie, czyli po zmianach w ustawie i po wejściu do Unii Europejskiej. Co przysługuje? Gdzie się starać? Jakie pieniądze? Jakie programy?

Jeżeli macie osoby bliskie czy jakieś organizacje i chcecie, żeby uczestniczyły, to 2 lipca sala nr 217. Jak pan Sławek i pani Ania mówią, nic się nie zmieniło. „Osoba niepełnosprawna w rodzinie” – konferencja komisji i Parlamentarnej Grupy Kobiet. Tyle ja wiem.

Teraz jeszcze kilka krótkich komunikatów.

Najwyższa Izba Kontroli przystąpiła do prac nad przygotowaniem planu pracy na 2005 r. i prosi o ewentualne sugestie co do spraw i problemów, które mogą być przedmiotem badań kontrolnych w przyszłym roku.

Mamy przysłać takie propozycje do końca lipca.

(Głos z sali: Dzisiejsze posiedzenie pokazało, co trzeba zrobić.)

(Głos z sali: Tak jest.)

(Głos z sali: Narodowy Fundusz Zdrowia.)

Narodowy Fundusz Zdrowia jest badany...

(Głos z sali: Sposób dzielenia środków w narodowym funduszu i uchwała o stawce kapitacyjnej.)

Tylko nie chcecie czytać tego, co dostajemy każdego roku przed uchwaleniem budżetu. Dostajemy sprawozdanie Najwyższej Izby Kontroli z wykonania, Najwyższa Izba Kontroli do każdego projektu budżetu składa taki dokument, również o Narodowym Funduszu Zdrowia.

A więc mamy jeszcze raz...?

(Głos z sali: Jeszcze raz.)

(Głos z sali: Kierownictwo się zmieniło.)

(Rozmowy na sali)

Senator Janusz Bielawski:

Jeżeli jest operacja wyrostka robaczkowego, to ona kosztuje wszędzie jednakowo, czasami w szpitalu powiatowym drożej, ale to już są kwestie organizacyjne. Wszystkie skomplikowane procedury natomiast powinny być tak wycenione i wtedy wiadomo, że

w szpitalu powiatowym się za to nie wezmą. Nie będzie przeszczepiał nerki ani niczego, tylko zajmował się przepukliną, operacją wyrostka, woreczka żółciowego itd., itd., prawda?

Senator Wojciech Pawłowski:

Mnie się wydaje, że trzeba wrócić trzeci stopień referencyjny. To są instytuty naukowe i to jest dydaktyka plus leczenie. To powinno być oddane ministrowi zdrowia. Tak było: procedury wysokospecjalistyczne plus dydaktyka. Wtedy nie byłoby z kasy...

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dobrze, czyli zgodnie z życzeniem wskażę Narodowy Fundusz Zdrowia. Jeszcze mamy czas do zastanowienia się, ponieważ taką informację mamy przekazać do Najwyższej Izby Kontroli do końca lipca. Zastanówcie się państwo, również u siebie, nie tylko według...

Senator Wojciech Pawłowski:

...fachowy nadzór w opiece zdrowotnej – mi chodzi o konsultantów krajowych, regionalnych, wojewódzkich, powiatowych. To zupełnie leży.

(Senator Janusz Bielański: Leży zupełnie.)

Zupełnie. Od dawna nie istnieje, mimo że ustawowo jest nadzór.

(Senator Janusz Bielański: Nadzór specjalistyczny nie istnieje.)

I kto będzie odpowiadał w tej sytuacji za szkolenie kadry? Nikt.

(Senator Janusz Bielański: To jest prywatna sprawa lekarza.)

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dobrze, zapisałam te trzy problemy.

Pisma jeszcze nie formułujemy, bo termin jest do końca lipca.

Przedstawię następne sprawy, bo jest już za dziesięć trzecia, a o czwartej część z nas...

(Głos z sali: O trzeciej jest następna.)

O trzeciej następna? A my o czwartej.

Instytut Hematologii i Transfuzjologii zwraca się z uprzejmą prośbą i apelem o zapewnienie środków finansowych na dotychczasowym poziomie na procedury przeszczepu szpiku.

To jest to, o czym mówił pan profesor Rowiński i co jest zawarte w naszej uchwale. Niezależnie od tego przygotujemy dodatkowe pismo do ministra finansów i ministra zdrowia. Czy spełni się życzenie zaniechania ograniczeń finansowych na ten cel w Polsce, tego już zapewnić panu profesorowi nie możemy.

Teraz sprawa, która bardzo nas dotyczy. Otóż 12 grudnia marszałek Senatu skierował do komisji zgłoszony przez grupę senatorów projekt ustawy o rejestrowanych związkach partnerskich. Komisje dwukrotnie wносиły o przedłużenie terminu prac nad projektem, który upłynął 12 czerwca. Jest taki zespół – z naszej komisji jestem tylko ja, ale z Komisji Ustawodawstwa i Praworządności jest trójka senatorów – i naprawdę mamy z tą ustawą duży problem. To znaczy, w zasadzie już mamy wszystko zrobione i wprowadzone poprawki, łącznie ze zmianą tytułu – nie związki partnerskie, bo związek partnerski to jest

wtedy, kiedy dobrze się układa, jedno jedzie na rowerze, drugie myje naczynia, tylko o związkach jednopłciowych. Jak również mamy inną wersję, bez ustawy szczegółowej...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...ale zdrowe, tak.

...ale z projektem zmian w poszczególnych ustawach. Tak, żeby prawa spadkowe, majątkowe, zdrowotne, socjalne były zagwarantowane. Bez wszczynania całej tej awantury o zmianę ustawy, bo jak pokazują losy ustawy o równym statusie, ten parlament tego nie uchwali, a następny już na pewno nie.

No, ale nie ma zgody, nie ma jasności sytuacji, jest też opór pani senator Szyszkowskiej. W imieniu wnioskodawców poprosiliśmy z panią senator Liszcz o przedłużenie terminu do dnia 16 lipca i przygotowanie przez połączone komisje jednego sprawozdania. Tak że najpóźniej w połowie lipca czeka nas posiedzenie komisji.

Dalej, ponieważ 22 stycznia była podjęta uchwała Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia w sprawie powołania drugiego zastępcy, byłam zawezwana na posiedzenie Prezydium. Prezydium zapoznało się z prośbą przewodniczącej komisji dotyczącą wyrażenia zgody na dwóch wiceprzewodniczących komisji i po przeanalizowaniu sprawy, wzięwszy pod uwagę napięty budżet Kancelarii Senatu, Prezydium nie wyraziło zgody na drugiego zastępcę.

I jeszcze jedna sprawa: marszałek Senatu skierował do nas do rozpatrzenia informację rzecznika praw dziecka z działalności za rok 2003, z uwagami o stanie przestrzegania praw dziecka.

W związku z czym jest tak: 2 lipca konferencja, bardzo być może, że w pierwszej połowie lipca trzeba będzie zaplanować posiedzenie komisji na spotkanie z panem Jarosem, rzecznikiem praw dziecka, i posiedzenie komisji w sprawie rejestrowanych związków partnerskich. Niezależnie od ustaw, które mogą być uchwalone lub mogą być nieuchwalone, czekają nas trzy posiedzenia komisji.

Czy są jakieś propozycje terminów? Chociaż zdaję sobie sprawę, że łowią ryby przed niewodem albo przepływam się wzdłuż rzeki.

Poczekajmy, pojutrze, a więc w piątek, ewentualnie byłaby informacja kiedy.

Senator Wojciech Pawłowski:

W piątek i tak jesteśmy na uroczystym posiedzeniu, pięć minut i wszystko jest, nie?

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Tak jest.

A może to pięciominutowe posiedzenie zrobić przed uroczystym posiedzeniem?

(Głos z sali: Możemy.)

(Głos z sali: Tak.)

Czyli, jak jest o 11.30, to krótkie posiedzenie komisji o 11.00 – 25 czerwca.

(Senator Wojciech Pawłowski: Ale w siedzibie komisji, żeby nie szukać sali.)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dlaczego nie zbierać. My się chętnie widzimy. Niech się zbiorą. *(Rozmowy na sali)*

Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie komisji.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 58)

Kancelaria Senatu

Opracowanie: Ewa Koszewska

Publikacja: Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851