



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(282)

26. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 18 czerwca 2008 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Narodowego Funduszu Zdrowia na temat wprowadzenia z dniem 1 lipca bieżącego roku nowego systemu rozliczania świadczeń opartego na katalogu jednorodnych grup pacjentów (JGP).
2. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 04)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

W porządku posiedzenia jest rozważenie sprawy związanej z wdrożeniem rozliczeń według jednorodnych grup pacjentów, a następnie sprawy bieżące. Jeśli nie usłyszę sprzeciwu panów senatorów – nie widzę jeszcze pani senator – uznam, że porządek posiedzenia został zatwierdzony. Dziękuję bardzo.

Witam przybyłych gości. Witam pana ministra Fronczaka, witam pana prezesa Paszkiewicza, witam przedstawicieli związków zawodowych, dyrektorów dużych placówek.

Szanowni Państwo, do tego posiedzenia doszło w związku z dyskusją, jaka wynikła na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia w maju. Ujawniły się wtedy wątpliwości, na ile jesteśmy przygotowani do wdrożenia systemu rozliczeń według JGP od 1 lipca. Do komisji napływały też pisma, między innymi z Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego Górnośląskie Centrum Medyczne, w którym stwierdza się, że dyrekcja tego szpitala jest bardzo zaniepokojona stanem przedmiotowego wdrożenia z dniem 1 lipca, bo do tej pory, jak się dowiadujemy, uzyskanie informacji na temat zasad działania tak zwanego grupera nie jest możliwe, nowych słowników procedur ICD-9 nie jest możliwe, szczegółowego wdrożenia, w tym koniecznych prac informatycznych związanych z przygotowaniem szpitalnego systemu komputerowego, do implementacji systemu JGP nie jest możliwe, tym samym nie możemy w sposób właściwy przygotować się do przedmiotowego wdrożenia, przeprowadzić szkolenia szpitalnych użytkowników, a są to lekarze... pięciuset pięćdziesięciu itd. Z kolei w portalu www.rynekzdrowia.pl jest inna informacja, z 13 czerwca, która zachęca dyrektorów, by nie bali się wdrożenia tego systemu, bo przynosi on korzystne zwiększenie finansowania. Mieli problemy z wdrożeniem tego systemu. Gruper wyrzucał im około 50% świadczeń, ale tutaj z kolei pan dyrektor Turkiewicz, prowadzący szpital uniwersytecki, zachęcał do tego, żeby jednak ten system wdrażać możliwie szybko. Dalej opiniodawczy dziennik „Służba Zdrowia” zachęcał w numerze z 9 czerwca do odroczenia wprowadzenia systemu.

Ponieważ ta sprawa jest szalenie ważna dla funkcjonowania całego systemu, w porządku tego posiedzenia chciałbym poprosić o zabranie głosu pana prezesa w pierwszej kolejności, by powiedział nam, jak wygląda sytuacja. A jeśli pan minister będzie chciał zabrać głos po panu prezesie, to bardzo proszę. Potem dyskusja, jak zwykle na posiedzeniach senackich komisji z pierwszeństwem, tu musicie państwo się pogodzić z tą brutalną hierarchizacją, że najpierw będą dyskutowali senatorowie. Na

pewno jednak będzie także i dla państwa okazja do zabrania głosu. Tak mniej więcej wyglądałaby ta sprawa.

Bardzo prosiłbym pana prezesa o przedstawienie stanowiska Narodowego Funduszu Zdrowia w tej sprawie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Panie Przewodniczący! Panowie Senatorowie!

Bardzo dziękuję za zaproszenie i możliwość przedstawienia państwu informacji na temat działań Narodowego Funduszu Zdrowia, przygotowujących wprowadzenie zasad dotyczących rozliczeń według jednorodnych grup pacjentów w rodzaju lecznictwo szpitalne. Miałem przed chwilą przyjemność złożyć na ręce pana przewodniczącego w formie pisemnej raport z tych działań. Oczywiście pan przewodniczący nie miał szansy zapoznania się z nim, również członkowie senackiej Komisji Zdrowia. Chcę powiedzieć, że ten raport został ukończony praktycznie dzisiaj rano, ze względu na pewne elementy, które chcielibyśmy ponad wszelką wątpliwość, żeby znalazły się w tym raporcie. A zatem pan przewodniczący i senacka komisja są odbiorcami raportu numer jeden, że tak to określe, o co prawdopodobnie pani minister będzie miała do mnie pewną pretensję. Postaram się jednak to nadrobić, składając egzemplarz numer dwa na ręce pana ministra. Co on zawiera i jakie były elementy naszych działań dotyczących przygotowania jednorodnych grup pacjentów? Chcę zwrócić uwagę, że jesteśmy w pełni świadomi tego, co robimy, jakie zmiany są dokonywane w stanie lecznictwa szpitalnego. Rozmiar tych zmian jest dla nas jasny i bardzo dobrze określony.

Wykonywaliśmy szereg czynności, poprzedzających wdrożenie tego systemu od 1 lipca. Cofnę się może chronologicznie o prawie rok. System ten bowiem zaczął być opracowywany pod rządami poprzedniego prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Prace te zostały zawieszony w końcu zeszłego roku wskutek, między innymi, zmian politycznych, które zatrzymały również z tym związane pewne prace. Podjęliśmy je na nowo praktycznie w grudniu, z pewną wizją poszerzenia koncepcji, prezentowanej przez pana prezesa Sośnierza w pierwszej wersji JGP. Chodziło przede wszystkim o wprowadzenie elementów dodatkowych, z których mój poprzednik zrezygnował. Uważał, że te elementy będzie można dostawiać czy też wzbogacać nimi system w latach następnych. Ja uważałem, że wdrożenie tego systemu bez tych elementów stworzy go w wersji wyjściowo ułomnej, trudnej do zrozumienia i trudnej do implementacji do systemu rzeczywistej opieki zdrowotnej. To po pierwsze. Po drugie, chcieliśmy przeprowadzić pilotaż tego systemu w placówkach opieki zdrowotnej, po to, żeby sprawdzić jak wygląda, z jakimi problemami i świadczeniodawcy, i płatnik spotkają się po jego implementacji.

Przeprowadziliśmy ten pilotaż również dlatego, aby dać szansę świadczeniodawcom złożenia dodatkowych wyjaśnień i dodatkowych informacji na temat już zaobserwowanych elementów funkcjonowania systemu. Przedłużyliśmy czas wejścia w życie tego systemu o dwa miesiące – od 1 lipca. Planowaliśmy bowiem pierwotnie jego wejście w życie z dniem 1 maja. Głównym celem pilotażu była zatem weryfikacja słuszności przyjętych założeń w zakresie wpływu jednorodnych grup na finansowanie szpitali. Jakie były założenia wyjściowe? Założenia wyjściowe, w oparciu o pewne dane planistyczne dotyczące przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia, były takie, żeby przynajmniej utrzymać dotychczasowy poziom finansowania świadczeniodawców, poprawić

zaś relacje w przychodach świadczeniodawców w tych grupach świadczeń, które były powszechnie uznawane za deficytowe czy też z naszych ocen wynikało, że ich finansowanie jest obecnie deficytowe. Pozostałymi celami była przede wszystkim identyfikacja pól ewentualnych zagrożeń po stronie świadczeniodawców i po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia i oczywiście cel następny, czyli stworzenie planu ich niwelacji. Pominę tutaj pewne informacje związane z harmonogramem pilotażu czy też grupą uczestniczącą, które państwo i pan przewodniczący mają w tymże raporcie. Chcę tylko powiedzieć, że uczestniczyły w nim czterdzieści cztery szpitale. Wybraliśmy do tej grupy szpitale bardzo zróżnicowane. Są to zarówno szpitale powiatowe kilkuoddziałowe, szpitale również niepubliczne, jak i też placówki wysokospecjalistyczne wieloprofilowe, jak i też wysokospecjalistyczne placówki monoprofilowe. Chodziło nam o to, by uzyskać stosunkowo szeroki przekrój świadczeniodawców tak, żeby móc ocenić efektywność pewnych działań systemu w różnych grupach szpitali.

Metody analiz może są dla państwa mniej istotne. Najprawdopodobniej najbardziej istotne są dla państwa wyniki i efekty zagrożeń, które się pojawiły na skutek tego pilotażu. Otóż podstawowym elementem systemu jednorodnych grup pacjentów i tak naprawdę największą zmianą, jaki ten system wprowadza, jest kodowanie procedur medycznych i kodowanie jednostek chorobowych według międzynarodowej kodyfikacji czy międzynarodowej klasyfikacji ICD-10 i ICD-9. To jest tak naprawdę największa zmiana, którą wprowadza ten system.

Od 1 lipca wszystkie jednostki chorobowe rozpoznane w szpitalach będą sprawozdawane, wszystkie istotne dla przebiegu grupowania procedury również powinny być sprawozdawane i będą one miały zasadniczy wpływ na finansowanie hospitalizacji danego pacjenta. Odchodzimy wobec tego od płacenia za procedurę medyczną, wykazaną mniej lub bardziej skutecznie lub mniej lub bardziej sensownie z katalogu do finansowania rzeczywistej hospitalizacji pacjenta z powodu określonej jednostki chorobowej i określonej procedury medycznej.

Oczywiście, w takich wypadkach pojawi się problem pod tytułem: problem z zakodowaniem określonej liczby procedur. I to jest ten problem, o którym – pan przewodniczący wskazywał na to – pisał jeden ze świadczeniodawców. Otóż okazało się, że możliwości zakodowania wszystkich hospitalizacji i procedur medycznych w różnych jednostkach szpitalnych bardzo się różniły. A mianowicie mieliśmy szpitale, które były w stanie zakodować 99,8% wszystkich hospitalizacji i takie, które były w stanie zakodować na przykład 45% wszystkich hospitalizacji.

Nie było reguły w tej kwestii, to znaczy nie było takiej sytuacji, że te, które kodowały najlepiej, to były na przykład szpitale powiatowe, a kodowały najgorzej szpitale kliniczne, czego zresztą obawialiśmy się. Na przykład jeden z najlepszych szpitali, które kodowały na poziomie 98%, to był Szpital Uniwersytecki imienia Jurasza w Bydgoszczy, wielospecjalistyczny o bardzo skomplikowanej strukturze oddziałów. Ten szpital poradził sobie nadspodziewanie dla nas dobrze, jeśli chodzi o kodowanie procedur medycznych.

Również stwierdzaliśmy bardzo duże zróżnicowanie możliwości czy też umiejętności kodowania po stronie świadczeniodawców w tych samych jednostkach szpitalnych w stosunku do różnych oddziałów. Czyli u jednego świadczeniodawcy w tym samym szpitalu bywały oddziały szpitalne kodujące bardzo dobrze procedury i takie, które miały z tym zasadniczy problem. Jakie były tego przyczyny? Oczywiście na-

tychmiast cisnące się pytanie jest takie, że wszystko dobrze, ale może to jest wynik błędu systemu informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia? Proszę państwa, ten element również został przetestowany. Sposób testowania naszego systemu informatycznego i naszego grupera mają państwo opisany w raporcie. Mamy pewność, że w trakcie pilotażu skuteczność grupera, czyli naszych systemów informatycznych, była na poziomie 95%. W tej chwili, po poprawkach wykonanych przez świadczeniodawców, wersja ostateczna, która jest w tej chwili w zarządzeniu, praktycznie generuje błędy na poziomie 0,2% i to jest warunek, który, moim zdaniem, jest do przyjęcia.

Tak więc, co stało się na przeciw temu, by szpitale właściwie kodowały procedury? Głównym elementem było przede wszystkim pomijanie wszystkich kodów w kodzie ICD-9 i w kodzie ICD-10. A więc kodowano niepełne rozpoznania według międzynarodowej klasyfikacji ICD-10 lub też niepełne procedury. Oczywiście spowodowało to, że gruper co prawda rozpoznawał procedurę, ale kwalifikował ją do innej nie należącej grupy. Innym elementem był brak zakodowania istotnej procedury dla danej hospitalizacji. Czyli zdarzały się na przykład takie przypadki, że pacjent był leczony z powodu zapalenia pęcherzyka żółciowego, wykonano cholecystektomię, a najdroższą procedurą, jaką świadczeniodawca sprawozdał, była opieka pielęgnarska. W związku z tym taka procedura trafiała do grupy zachowawczej, nie do grupy zabiegowej, skutkując oczywiście odpowiednio niższym efektem finansowym dla świadczeniodawców.

Jakie były efekty finansowe, bo to jest dla dyrektorów najważniejsze? Otóż efekty finansowe średnio w całym pilotażu były na poziomie 112% tego, co dyrektorzy szpitali byli w stanie osiągnąć na podstawie katalogu świadczeń. Tak więc kodując nawet z pewną ułomnością uzyskiwali wyniki generalnie lepsze finansowo niż te, które uzyskiwali na podstawie rozliczeń w katalogu świadczeń.

Przytoczę przykład wspomnianego już szpitala imienia Jurasza w Bydgoszczy, który kodował 98% procedur, ale wynik finansowy tego kodowania wynosił 111% tego, co zostałyby rozliczone przy zwykłych procedurach medycznych. Stąd też ryzyko, że pogorszymy wydajność finansową czy też wydolność finansową jednostek opieki zdrowotnej przy zmianie systemu informatycznego uznaliśmy za nieistotną. Wręcz przeciwnie, wprowadzony system jednorodnych grup powinien wygenerować do 12% większych przychodów świadczeniodawców z tytułu samych rozliczeń.

Oczywiście jest pytanie, czy Narodowy Fundusz Zdrowia ma pieniądze, żeby pokryć o 12% wyższe przychody świadczeniodawców. Odpowiadam od razu, że ma. Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia i oddziałów na drugie półrocze uległ zwiększeniu o 2,7 miliarda zł. Jedna z części tego zwiększenia planu została już zaakceptowana i jest już zawarta w planach finansowych oddziałów. Druga jest w trakcie procedowania. Były już nad nią dyskusje w obu komisjach sejmowych, tak że myślę, że w najbliższym czasie będzie zmiana planu finansowego, co spowoduje, że podpisane na drugie półrocze umowy będą mogły konsumować zwiększoną wydajność systemu również w postaci zwiększonego strumienia finansowego, który trafi do lecznictwa szpitalnego.

To jest jedna grupa problemów, którą zidentyfikowaliśmy poprzez pilotaż. A więc błędy kodowania po stronie świadczeniodawców. Jakie jest istotne ryzyko? Chodzi o około 30% szpitali, które nie były w stanie osiągnąć w pilotażu zadowalającego poziomu kodowania, dającego 100% przychodów finansowych. A więc było około 30% szpitali, które kodowały na poziomie 40–50%. Tutaj istniałoby realne za-

grożenie, że wskutek błędów kodowania nie uzyskają one takich przychodów finansowych, jak w pierwszym półroczu roku 2008. Krótko mówiąc, nie będą w stanie uzyskać takich przychodów, które wystarczałyby na przykład na pokrycie płac. To jest jeden z elementów, który braliśmy pod uwagę przy wdrożeniu, i między innymi dlatego zdecydowaliśmy się na pewne rozwiązania, o których powiem może na końcu.

Pojawił się również drugi element, drugi z obszarów, który był związany z pewnym ryzykiem. Ten obszar, to jest obszar informatyczny. Testowaliśmy nasz gruper, czyli nasz system informatyczny, nie tylko pod kątem skuteczności, ale pod kątem wydajności sprzętowej serwerów oddziałów wojewódzkich, czy będą w stanie przyjąć na siebie rozliczenia przekazywane przez świadczeniodawców. Odpowiedź na to pytanie jest pozytywna. Jesteśmy w stanie bez nowych inwestycji sprzętowych absolutnie przejąć nowy sposób finansowania i go rozliczyć. Mamy jednak pewną wątpliwość, jak będzie się zachowywało komercyjne oprogramowanie u świadczeniodawców, które zostanie wyprodukowane czy też już zostało wyprodukowane w oparciu o udostępnione przez nas algorytmy grupera i słowniki ICD-9. Praktycznie od tygodnia są udostępnione w wersji ostatecznej i na pewno służą w tej chwili do dość intensywnych prac po stronie firm komercyjnych dostarczających oprogramowanie. To jest jeden z poważniejszych problemów, z którymi, myślę, szpitale będą się borykały na początku, a mianowicie sprawność tego, co firmy komercyjne dostarczą do świadczeniodawców jako systemy rozliczeniowe. Zakładamy tutaj pewien poziom błędu i niepewności, jeśli chodzi o możliwość rozliczenia.

Tak więc te dwa elementy, a mianowicie możliwość niesprawności w samym kodowaniu w szpitalach i pewne wątpliwości co do efektywności systemów informatycznych, głównie po stronie świadczeniodawców, spowodowały, że wprowadziliśmy okres przejściowy, który będzie trwał trzy miesiące, od 1 lipca do końca września. W okresie przejściowym obowiązującym systemem rozliczeń jest system jednorodnych grup pacjentów. Tak że katalog znika z rozliczeń na te trzy miesiące. Jeżeli jednak dyrektor szpitala, z powodu awarii systemu informatycznego, z powodu braku umiejętności jego pracowników, którzy nie będą potrafili właściwie rozpoznać grup, nie będzie w stanie zafakturować swoich świadczeń tak, żeby można było uzyskać płatność na takim poziomie, jak to jest wymagane w umowie, będzie miał szansę złożyć do oddziału wojewódzkiego, oczywiście po porozumieniu z dyrektorem oddziału, rachunek z uproszczoną sprawozdawczością, który będzie można przekazać w dowolnym systemie informatycznym, praktycznie nawet na poziomie Excela, i który będzie zawierał tylko zgrubne informacje dotyczące liczby wykonanych świadczeń, liczby osobodni. Oczywiście rachunek, cena, liczba punktów. I to będzie podstawą do wypłaty przez trzy pierwsze miesiące.

Myślę, że jest to warunek dość istotny. Taka informacja została udostępniona świadczeniodawcom w komunikacie, który znalazł się na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia. Okres przejściowy jest niezbędny. Zależy nam bowiem na tym, aby wprowadzić ten system miękko z zachowaniem przepływów finansowych między płatnikiem a szpitalami, aby nie doszło do zaburzenia przepływów finansowych w sytuacji, w której systemy informatyczne lub też sam poziom wyszkolenia pracowników nie będzie adekwatny do sprawozdawania wszystkich świadczeń.

Oczywiście, wszystkie te świadczenia będą musiały być sprawozdane w obowiązującym systemie informatycznym. Zakładam, że to jest praca, którą dyrektorzy będą sukcesywnie wykonywać. Jest również pewien aspekt mobilizacyjny, a mianowicie

cie przewidzieliśmy pewną rezerwę środków finansowych na korektę umów w drugim półroczu. Zakładamy, że szpitale, które uzyskały bardzo dobre wyniki finansowe, będą aplikowały o dodatkowe środki finansowe. Dodatkowe środki bowiem powinny być przeznaczone szczególnie dla tych jednostek, które poprawnie i dobrze zaczną się rozliczać już w trzecim kwartale, a potem w czwartym. Zakładamy, że szpitale, które będą w stanie dobrze się rozliczać, będą w stanie dobrze sprawozdawać realizację świadczeń powinny w pierwszej kolejności aplikować o dodatkowe środki finansowe i przede wszystkim tym szpitalom zamierzamy zmieniać kontrakty. Myślę, że jest to działanie, które spowoduje pewną mobilizację świadczeniodawców w tej kwestii.

Osobną kwestią są szkolenia. Realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia szkolenia praktycznie ruszyły od tygodnia. Szkolenia dotyczą zarówno systemu jednorodnych grup pacjentów, jego koncepcji i zasad, ale będą też miały coraz bardziej warsztatowy charakter. Zakładamy, że główna część szkoleń będzie adresowana do konkretnych szpitali i nawet konkretnych oddziałów szpitalnych. Tak jest w naszym planie i harmonogramie szkoleń. Sądzę, że pojawią się pewne problemy związane z kodowaniem świadczeń, które będzie można rozwikłać tylko i wyłącznie w trybie warsztatowym, w bezpośredniej pracy z określonymi osobami, które w danym szpitalu zajmują się systemami kodowania. Zakładamy, że szczyt takich szkoleń nastąpi pod koniec lipca, na początku sierpnia, bo wówczas same szpitale pozyskają informację własną, o własnych błędach i nieprawidłowościach, które powstają podczas kodowania.

Niezależnie od tego przewidujemy przeprowadzanie szkoleń z zakresu kodowania do końca roku. Zamierzamy również w ciągu najbliższego tygodnia do dziesięciu dni uruchomić system e-learningu, który da możliwość pracownikom odpowiedzialnym za kodowanie przećwiczenia swoich umiejętności na symulowanej wersji grupera czy też symulowanej wersji hospitalizacji. Przykład takiego zadania e-learningowego znajduje się w materiale, który przekazaliśmy dzisiaj na ręce pana przewodniczącego. Myślę, że to będzie bardzo interaktywny i bardzo efektywny sposób nauczania pracowników odpowiedzialnych za statystykę medyczną. To na pewno spowoduje znaczną poprawę w kodowaniu świadczeń. To może tyle o naszych działaniach na początek.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję, Panie Prezesie, za tę informację.
Pan minister Fronczak, bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Adam Fronczak:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo Senatorowie! Szanowni Goście!

Chcę powiedzieć, że minister zdrowia z racji ustawowego obowiązku nadzoru jest na bieżąco w kontakcie z prezesem i zarządem Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie, o której mówimy. I to jest jak gdyby jeden element. Drugi zaś wynika z tego, że wpływało sporo pism od zakładów opieki zdrowotnej, różnych podmiotów, które wyrażały zaniepokojenie wprowadzeniem nowego systemu rozliczania. Niepokój wynikał między innymi z tego, że zakłady spodziewały się, iż pozyskają mniej środków.

Prowadzone były robocze rozmowy pomiędzy Narodowym Funduszem a ministrem zdrowia. I co się okazuje? Że większość tych spraw dotyczyła informacji jeszcze

z zeszłego roku, czyli systemu, który był u początków powstawania i który faktycznie nie był systemem doskonałym. Procedury bardziej skomplikowane, kosztochłonne były rozliczane w taki sposób, że w przypadku niektórych specjalizacji te obawy na tamtym etapie były słuszne. Można było uzyskać 50–60% środków, które pokrywałyby koszty procedur. Ale to jest przeszłość, która niestety jeszcze pokutuje w wielu miejscach i nawet wczoraj mieliśmy spotkanie w ministerstwie z reprezentatywną grupą Towarzystwa Chirurgów Polskich. Podczas roboczego spotkania wiele problemów zostało rozwiązanych. W trakcie spotkania udało się uzyskać konsensus w wielu aspektach.

Chcę podkreślić, że system, który jest teraz wprowadzany, zresztą pan prezes dość dokładnie przedstawił go w swoim wystąpieniu, zdecydowanie głębiej wchodzi w proces skomplikowania procedur medycznych i ich wzajemnych zależności, co potem przekłada się na o wiele bardziej korzystne finanse niż to było w pierwotnej wersji czy nawet do tychczas przy rozliczaniu według starego typu. Tak że, patrząc na wdrożenie od strony ministra zdrowia, uwzględniając trzymiesięczny okres bezpieczeństwa dla zakładów, które w pierwszej fazie mogą sobie nie poradzić, nie widzimy zagrożeń, które by w jakiś sposób mogły hamować proces wdrażania nowego systemu rozliczeń. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Chcę jeszcze przywitać pana doktora Tomasza Zdrojewskiego, doradcę prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej do spraw zdrowia. Przepraszam, jak zwykle bywa tak, że najciemniej jest pod latarnią. Czy pan doradca chciałby w tej chwili zabrać głos?

(Doradca Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej do spraw Zdrowia Tomasz Zdrojewski: Nie, dziękuję bardzo.)

Bardzo proszę, pan senator Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Rozumiem, że pani minister bierze za to wszystko odpowiedzialność. Panie Prezesie, a dlaczegoż to od 1 lipca? Czy, wzorem krajów, gdzie to było i jest wdrożone, bo nikt nie mówi, żeby tego systemu nie wdrażać, nie można ewentualnie wdrożyć tego od 1 stycznia 2009 r.? Dzisiaj, Panie Prezesie, nie ma logistyki, nie ma grupera, nie ma szkoleń. Pan opowiada o lipcu. Ja przepraszam, ale pana dyrektorzy w terenie podpisują umowy z dyrektorami na całe półrocze, mówiąc, że ewentualnie jakoś to będzie. Co jakoś to będzie? I to jest moje pierwsze pytanie. Czy ewentualnie wzorem innych krajów, gdzie przez parę lat wprowadzano system, nie można jednak zamiast formuły: nie, bo nie, zdecydować, że wdrażamy JGP przez tych kilka miesięcy i od 1 stycznia nie ma zmiłuj się.

Druga rzecz. Chciałbym zapytać, dlaczego w materiałach, i nie tylko w materiałach, jest, że 48 zł za tak zwany punkt jest dla wszystkich szpitali, wszystkich jednostek? Kiedyś były poziomy referencyjne. W tej chwili, jak rozumiem, operowanie wyrostka czy w klinice, czy w szpitalu powiatowym kosztuje tyle samo. Ale tu przecież nie chodzi tylko o wyrostek. Chodzi o różne powikłania, które de facto trafiają jednak do wyższych poziomów referencyjnych.

Chcę zapytać, Panie Prezesie, o szpitalne oddziały ratunkowe. Tutaj nam tłumaczono, że od 1 stycznia coś się zmieni. Był inny wiceminister. Chcę jednak zapytać:

dalej będzie ryczałt na tych samych warunkach, czy ewentualnie co łaska? Bo co łaska, to jest w zależności od tego, w którym oddziale zastępca dyrektora do spraw medycznych coś ustali. To jest co łaska. Nie jest ważne, czy w danym szpitalu, nawet powiatowym, jest tomograf, rezonans, oddziały kardiologii inwazyjnej itd., jest tylko co łaska. Jeżeli jeszcze jest szpital wojewódzki w środku województwa, to jest najlepsza rzekomo dostępność.

Następne moje pytanie. Rozumiem, że państwo wdrażacie coś, co przepisem – to już nie pan minister, oczywiście pana poprzednicy – zrobiono we wrześniu 2006 r. Chodzi o art. 17 umowy, który mówił o tak zwanym rozliczaniu oddziałów. Chodzi o ruch międzyoddziałowy. Myślę, że w tym momencie też już myślano właśnie o tym, co teraz ma być robione. Tego nie zrobiono. De facto duże jednostki, które mają po kilkanaście oddziałów specjalistycznych na tym akurat popłynęły. I teraz, faktycznie, to jest jedyny tylko plus. Jedyny plus tego, o czym teraz pan prezes powiedział. Faktycznie bowiem, jak są oddziały wielospecjalistyczne, a ktoś jeszcze ma pecha i ma OIOM, to oczywiście na tym do tej pory popłynął. Dzisiaj ma to się zmienić, ale nie do końca. Zaraz o tym powiem. To jest następne pytanie.

Teraz, Panie Ministrze, chcę zapytać o rzecz następującą. Rozumiem, że IGP – chyba nie pomyliłem się – IGP...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

JGP, przepraszam. Kojarzę to z czymś innym. W takim razie JGP, niech będzie, ma dać dodatkowe pieniądze świadczeniodawcom. Ale przecież ci, którzy są w terenie, liczyli to. Według stanu na dzisiaj cholecystektomia laparoskopowa to jest 100 zł mniej od głowy. Jeżeli chodzi o umiarowanie pacjentów na oddziałach wewnętrznych 150 zł mniej od osoby, a na OIOM dwa pierwsze dni pobytu bezpłatne. Dopiero później, jeżeli skala TISS będzie powyżej trzydziestu pięciu punktów, to oczywiście OIOM takiego pacjenta rozliczy. Chyba, że mamy inne wieści. Może w terenie inne wieści docierają.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jeszcze nie skończyłem, Panie Ministrze.

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz: Przepraszam, Panie Przewodniczący, ale po prostu nie zapamiętam pytań. Jeżeli można...)

Można zapisać. Ja mogę je powtórzyć. Zapisałem je sobie.

Chcę teraz zapytać o jeszcze jedno. Czy Narodowy Fundusz Zdrowia uważa, że świadczeniodawcy mają jakieś pieniądze, za procedury i za środki otrzymywane w tej chwili, których państwo nie możecie od nas, świadczeniodawców, wydobyć? De facto jest to według państwa nawet 10%, które jest gdzieś tam ukryte. Może jest ukryte w procedurach? Ale przecież, chyba, że znów się mylę, Panie Prezesie, jest coś takiego, że na tak zwane płace nie ma tam ani grosza. My ewentualnie mamy wygenerować, powiedzmy, dodatkowe środki z tych kwot. Ale jest przecież jeszcze kwestia amortyzacji, są jeszcze inne rzeczy, które są potrzebne placówkom.

I najważniejsza rzecz, ale właściwie najprostsza. Dyskutowaliśmy o RUM. Skoro JGN ma być tak szybko wdrożony, to w takim razie dlaczego RUM tak trudno wdrożyć? Nie rozumiem pewnych rzeczy.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Niech mnie pan przewodniczący poprawi.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Rozumiem, że o JGP mówimy).

Cały czas o tym samym.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Wyjaśnię tylko, że pan senator jest jednocześnie dyrektorem szpitala. Bardzo proszę.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Jest taki problem, że namnożyło się bardzo dużo mitów na temat tego, co niesie z sobą wprowadzenie nowego systemu. Przykładem jest chociażby przywołana przez pana ministra Fronczaka wizyta chirurgów. Prawdopodobnie nie przyszli podziękować panu ministrowi za to, że mają 30% wzrost finansowania w swojej specjalności w stosunku do tego, jak było w pierwszym półroczu tego roku. Myślę, że gdyby znali taką informację, to prawdopodobnie myśleliby na ten temat troszeczkę inaczej.

Następny temat, czyli informacja jakoby dwa pierwsze dni OIT nie były finansowane. To jest, oczywiście, nieprawda. We wszystkich grupach zabiegowych pierwsze dwa dni pobytu na OIT zostały na podstawie ekstrapolacji rzeczywistych wykonań obserwowanych już w ciągu kilku lat – bo mamy tutaj dość dokładną sprawozdawczość – przewidziane i finansowane w ramach grup świadczeń. One są finansowane i to ich finansowanie jest zawsze w grupach świadczeń. Dlaczego? Dlatego, że taki czas pobytu jest standardowym czasem pobytu dla zwykłego przebiegu poopercyjnego. Dopiero wówczas, kiedy dzieje się coś, co powoduje, że pacjent musi przebywać na OIT dłużej niż dwa dni, zaczynamy odrębne finansowanie. I nie od trzydziestu pięciu punktów, tylko od dziewiętnastu. W tej kwestii więc na pewno jest dużo rozbieżności.

Po raz pierwszy mamy sytuację sumowania, czyli OIT nie jest jedyną procedurą, która może być wykazana i świadczeniodawca musi zastanawiać się, czy sprawozdawać zabieg chirurgiczny, czy sprawozdawać OIT. Będzie mógł sprawozdawać łącznie, czyli będzie mógł do oceny grupy doliczyć również wartość osobodni, jeżeli czas pobytu pacjenta w szpitalu z powodu danej jednostki chorobowej przekroczy tę liczbę osobodni, która jest średnio wyliczona dla grupy. Wówczas automatycznie gruper będzie doliczał osobodni, będzie doliczał pobyt w OIT, będzie doliczał osobno krew, będzie doliczał osobno hemodializę, będzie doliczał żywienie pozajelitowe. Tak że to, co wychodzi jako suma z grupy nie jest ceną ostateczną i gołą, która przekłada się na wynik finansowy leczenia danego pacjenta. Stąd też pojawiają się takie dziwne porównania, że oto gdzieś tam się traci 100 zł czy traci się 150 zł. Z czego one się jeszcze biorą? Otóż niedawno miałem okazję rozmawiać i tłumaczyć dość długo i zawile panu konsultantowi do spraw położnictwa i ginekologii, który twierdził, że na porodzie teraz się traci. Poród bowiem był wyceniony na chyba 1700 zł, a teraz to jest 1100 zł. Proszę państwa, w zależności od stopnia powikłania tego porodu rodząca kobieta może trafić do kilku grup, w tym przypadku do trzech, w zależności od stopnia skomplikowania wykonanych procedur. Te grupy rzeczywiście zaczynają się od 1400 zł, ale kończą na 3000 zł, w zależności od tego, jaki naprawdę był ten poród i co zostało wykonane. A do tego jeszcze doliczamy przecież krew, do tego doliczamy jeszcze ewentualnie OIT, doliczamy jeszcze osobodni, jeżeli taka pacjentka będzie wymagała dłuższego pobytu. Proste wyliczenia z grup, porównanie katalog do katalogu, nie oddają więc rzeczywistego poziomu finansowania określonej hospitalizacji. To wyraźnie widać z tego, co obserwowaliśmy w trakcie naszego pilotażu.

Teraz kwestia SOR. Muszę przychylić się do głosu pana senatora, pana dyrektora, a jak słyszę również ginekologa położnika, a mianowicie podjęliśmy próbę usystematyzowania ryczałtów w SOR. To, co się działo i to, co ja stwierdziłem po przyjeździe do Narodowego Funduszu Zdrowia, po przeanalizowaniu tego, jak były wyznaczane stawki na SOR, muszę powiedzieć, że wzbudziło to moje duże wzburzenie, ponieważ były mniej więcej wyliczane tak, jak pan powiedział. Czyli praktycznie każdy stosował jakąś metodologię na zasadzie coś razy coś, albo po prostu tyle. Od 1 lipca obowiązuje bardzo dokładny algorytm wyliczania stawki ryczałtowej na SOR. On jest bardzo precyzyjny. Składa się z dwóch elementów. Jednym z nich jest struktura, czyli to, co rzeczywiście jest w danym SOR, czy jest tam określone wyposażenie, w tym właśnie ciężki sprzęt diagnostyczny, czy są tam określone warunki do udzielania świadczeń. I drugi element: to, co się w tym SOR wykonuje, jakie rodzaje porad są wykonywane, o jakiej skali ciężkości, jakie rodzaje przyjęć i jakich pacjentów SOR przyjmuje. To jest wypunktowane i to wszystko wpływa na stawkę ryczałtową. Jest to, krótko mówiąc, maszynka dość bezduszna, ale wydaje mi się, że sprawiedliwa. Takie przede wszystkim było założenie. A więc te SOR, które rzeczywiście pracują ciężko, przyjmują bardzo dużo pacjentów, są bardzo obciążone, dostaną ewidentnie wyższą stawkę niż te, które takiego obciążenia nie mają. Myślę, że takie też było założenie i myśli pana przy tym pytaniu. Takie rozwiązanie jest już zastosowane i od 1 lipca wchodzi w życie. Będzie dotyczyło zarówno oddziałów SOR, jak i też aktywności w izbach przyjęć.

Na pewno pomiąłem jakieś pytanie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Rzeczywiście, bardzo późno wystąpiliśmy, jako komisja, do pana prezesa o materiał. Dostaliśmy ten materiał, jak na standardy urzędnicze, bardzo szybko, bowiem już dzisiaj. Jest w nim o szkoleniach... Część szkoleń się odbyła, dalsze są planowane... 11 czerwca, 19 czerwca, 22 czerwca itd., itd. Harmonogram jest dołączony. To tylko gwoli uspokojenia...

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Chcę powiedzieć, że szkolenia rozpoczęły się z dniem podpisania przeze mnie zarządzenia. Nie mogły się odbyć wcześniej z tego względu, że musiały być jakby zawite i zapisane materiały informacyjne, które mogły służyć tym szkoleniom. Niestety, muszę tutaj powiedzieć, że staliśmy w blokach przez jakieś trzy i pół tygodnia, czekając na zmianę planu finansowego, która, z różnych przyczyn, była przez ministra finansów procedowana dłużej. To też spowodowało pewne opóźnienie wejścia w życie zarządzenia. Chcę jednak powiedzieć że gruper jest dostępny na stronie internetowej. Chcę również powiedzieć państwu, że algorytm grupera został opublikowany i mają go świadczeniodawcy. Jeżeli państwo są zainteresowani, to w ostatnim „Menedżerze Zdrowia” jest ponad czterdzieści kilka stron wprowadzenia do systemu jednorodnych grup pacjentów, również z opublikowanym algorytmem grupera. Tak że jest i funkcjonuje możliwość tworzenia komercyjnego oprogramowania przez firmy informatyczne. Mało tego, 29 maja odbyło się spotkanie z firmami informatycznymi, tymi oczywiście,

które wyraziły chęć na takie spotkanie. Wyjaśniano wtedy problemy związane z ewentualnym tworzeniem komercyjnych oprogramowań. Dostawcy komercyjnego oprogramowania narzekali głównie na jedno, a mianowicie na brak ostatecznej wersji słowników, czyli słownika ICD-9. Ten słownik, proszę państwa, od kilku dni już jest. Jest to wersja piąta. Słownik ICD-9 w wersji piątej, podstawowy do kodowania, jest opublikowany na stronach Narodowego Funduszu Zdrowia. Implementacja go do systemów informatycznych nie będzie oczywiście stanowiła większego problemu. Największy problem stanowi to urządzenie, które przetwarza, a więc sam gruper. To jest już, tak jak nam przekazali dostawcy oprogramowania, w większości gotowe i oni w większości są gotowi do implementacji oprogramowań do systemów szpitalnych. Tym niemniej zachowuję pewną rezerwę co do możliwości i co do tego, co oni dostarczą szpitalom, stąd, jak już powiedziałem państwu, decyzja o tym, aby wprowadzić pewien okres przejściowy.

(Głos z sali: 1 stycznia.)

Mam świadomość, że będą tacy dyrektorzy szpitali i takie szpitale, które nigdy nie będą gotowe do wprowadzenia systemu. Oczywiście nie mówię tutaj o panu senatorze. Proszę nie traktować tego jako aluzji. Po prostu nie będzie nigdy pełnej gotowości w tej kwestii, bo standardy zarządzania i poziomy zarządcze w tych szpitalach układają się różnie. Jak wykazał chociażby pilotaż, mamy bardzo duże zróżnicowanie na poziomie zarządczym szpitali. Są szpitale kliniczne, które mają wysoką sprawność organizacyjną w zakresie sprawozdawczości wewnętrznej – bowiem tak naprawdę było to pociągnięte z pewnej sprawozdawczości wewnętrznej – i są szpitale, które tymi elementami nigdy się bliżej nie zajmowały i nigdy się nad nimi nie pochylały. Te mają przed sobą pewną pracę, którą będą musiały oczywiście wykonać. Tym niemniej chcę zwrócić państwu uwagę, że wprowadzenie systemu od 1 stycznia 2009 r., pozornie dość łatwe rozwiązanie, niesłoby za sobą pewną możliwość koincydencji kilku zdarzeń. Państwo wiecie, w pracach rządu i w opinii Ministerstwa Zdrowia od 1 stycznia 2009 r. mielibyśmy wejść w system przekształceń placówek opieki zdrowotnej. Rok 2009 miałby być też pierwszym z lat przekształceń Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie jestem przekonany czy implementacja jednocześnie nowego systemu i koincydencji tych dwóch projektowanych zmian ustawowych byłoby najlepszym rozwiązaniem dla placówek opieki zdrowotnej. Wydaje mi się że ten okres półrocza, bo tak naprawdę mówimy o okresie półrocza, który będzie okresem prawdopodobnie mniejszego lub większego poligonu z trzymiesięcznym okresem przejściowym, jest dobrym okresem, aby przejść w system kontraktowania, z dużą już sprawnością, od 2 stycznia 2009 r.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

I ostatnie pytanie pana senatora, o RUM. Tak, Panie Senatorze?
Bardzo proszę.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

W kwestii rejestru usług medycznych może trochę chronologii. Zostałem pewien stan prac nad rejestrem usług medycznych, który przejąłem po poprzedniku. Ten rejestr usług medycznych czy też koncepcja opisu rejestru usług medycznych zamykała

się na około trzydziestu stronach maszynopisu. To wydało mi się stosunkowo za małą dokumentacją do wszczęcia procedur przetargowych dotyczących zakupu określonych urządzeń, czy też zakupu określonego software'u. Stąd też uważamy, że dalsze procedowanie systemu RUM powinno się odbywać w oparciu o wyłonioną, być może w przetargu zewnętrznym, być może w innej formie, jednostkę zewnętrzną. Być może będzie to na przykład jakaś jednostka publiczna, która opracuje dokładną koncepcję rejestru usług medycznych. Koncepcje wyboru tej jednostki pozostawiliśmy Ministerstwu Zdrowia i jak rozumiem toczą się w tej kwestii pewne konsultacje, między innymi z Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, również z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i Administracji, ponieważ powinno być to powiązane z wymianą dowodów osobistych. Tak że rozmowy i konsultacje w tej kwestii trwają. My w kwestii RUM postawiliśmy się na pozycji wykonawczej, pozostawiając decyzje co do sposobu wykonania po stronie Ministerstwa Zdrowia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze ad vocem, tak? Proszę bardzo, ale króciutko, bo są jeszcze inni chętni.

Senator Norbert Krajczy:

Oczywiście, nie będę przedłużał swego wystąpienia, Panie Przewodniczący. Chcę powiedzieć, że to, co pan odczytał przed chwilą, iż w województwie dolnośląskim już były szkolenia, to ja... Bardzo przepraszam, ale w moim województwie nie było ani jednego. Jest okres urlopów w kraju, a ci którzy to mają kodować, to są lekarze. Przepraszam, ja muszę przeszkolić swojego ordynatora zastępcę, bo przecież nie pani z administracji, nie mój informatyk to będzie robił i sprawa jest bezdyskusyjna.

Jest jeszcze jedna rzecz. W tej chwili pan prezes mówi, że ci, którzy są nieudacznikami, to sobie nie dadzą rady. Przepraszam, Panie Prezesie, to jest taka sama odpowiedź jak w przypadku nieobecnego tutaj ministra na poprzednim posiedzeniu naszej komisji, gdy zadałem mu pytanie: co dla jednostek, które nie są zadłużone? Co ma dla nich ministerstwo? Taka sama była odpowiedź z pana strony, że oczywiście są nieudacznicy. Nie, to nie o to chodzi. Chodzi o obawę o system i o pewne rozliczenia. I to jest myśl najważniejsza.

I jeszcze tylko jedna sprawa na sam koniec. Jako ginekolog powiem, że opowiada pan straszne rzeczy. Mówi pan, że po porodzie, jeżeli będzie krew, jeżeli będą powikłania... Przepraszam, poród jest fizjologią, poród jest fizjologią, możemy się przepychać czy wskaźnik cięć cesarskich jest taki czy inny, ale pan mi tutaj stwarza wersję, że jak będę miał DIC, to może więcej zarobię? No ludzie, na miłość boską!

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Myślę, że o każdej z tych rzeczy można mówić, nie wprowadzając w to elementu wojny, bo chyba nie ma wojny. Wszyscy, jak tu siedzimy, jesteśmy zainteresowani sprawnym, dobrym, sprawiedliwym systemem organizowania, finansowania i funkcjonowania systemu.

Bardzo proszę, pan senator Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Ja może troszkę spokojniej, bo nie jestem dyrektorem żadnego ZOZ. Podejdę do tego może w sposób trochę bardziej selektywny.

Myślę, Panie Prezesie, że opinia dyrektorów ogólnie jest chyba na tak. Kiedyś ten system rzeczywiście trzeba wprowadzić. Ale też podniosę ten wątek, że termin rzeczywiście chyba nie jest najszcześniejszy. Okres wakacyjny jest okresem, w którym ludzie zaplanowali sobie pewne rzeczy, a z tego, co wiem, na przykład na Mazowszu te szkolenia ruszają właśnie od początku lipca i to troszeczkę będzie kolidowało. Dlatego myślę, że ten okres wakacyjny można by przeczekać i zacząć wprowadzać system JGP od 1 października z trzymiesięcznym okresem przejściowym. Ale myślę, że to już jest postanowione i ta decyzja jest bardziej polityczna niż merytoryczna. To jest pierwsza uwaga.

A druga, to takie bardzo konkretne pytanie. Panie Prezesie, pan powiedział że w tym poziomie kodowania była dość duża rozbieżność, od 46% do 99%. Konkretnie o co tu chodzi? Czy akurat w tych szpitalach, gdzie ten poziom jest tak niski jest to spowodowane, że pracownicy są nieprzygotowani. Oni przecież prowadzili to do tej pory. Dlaczego w jednym szpitalu wyszło to na takim poziomie, a w innym aż tak nisko? Czy mógłby pan to wyjaśnić? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Prezesie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Trudno się tutaj zgodzić się z taką wersją, że ktoś musi być na urlopie i dlatego czegoś nie róbmy. W Narodowym Funduszu Zdrowia w związku z tym że wprowadzamy JGP wszyscy muszą zapewnić pewną obsadę kadrową. Jesteśmy gotowi do tego, żeby ludzie byli i wykonywali pewne czynności, między innymi także szkolenia, które, zapewniam, na Mazowszu rozpoczęły się w zeszłym tygodniu. Mam w tej kwestii pełną informację i to zbieraną co tydzień. Dyrektorzy mi raportują jak i gdzie szkolenia są wykonywane. Nie możemy mówić, że jak ktoś musi iść na urlop, to czegoś nie róbmy. W grudniu też nie róbmy, bo jest Gwiazdka, potem nie róbmy, bo jest Sylwester, prawda? Zawsze coś kiedyś jest. Tak że myślę, że ten termin po prostu jest i myślę że nie ma co go na tym etapie odraczać. Nie jesteśmy w stanie dzisiaj dopracować się lepszych warunków wejściowych. Wykonaliśmy wszystkie czynności, które mogłyby poprzedzić przygotowanie. Zidentyfikowaliśmy obszary niepewności, które będą w dalszym ciągu takie same. Czy odroczy my to na dwa miesiące czy na trzy miesiące, zapewniam będą one nie mniejsze. Jedyne co możemy zrobić, to oczywiście starać się by wejście systemu w życie było jak najmniej traumatyczne dla świadczeniodawców, spowodować jak najmniejsze zachwiania przepływów finansowych i dać szansę ludziom, którzy pracują w szpitalach nauczenia się nowego systemu, nauczenia się kodowania tych świadczeń. O to w tym wszystkim chodzi.

Wracając teraz do różnic w kodowaniu świadczeń. Powiedziałem, że różnice miały dwojaki charakter. Część procedur, część hospitalizacji było sprawozdawane

z takimi kodami ICD-9, które nie były w ogóle determinantami danych grup, czyli one nie były kierowane do odpowiednich grup świadczeń. To były oczywiście błędy po stronie kodujących. Sprawozdawali coś, co było nieistotne dla systemu, który wskazywał określoną grupę. Następnie były błędy techniczne. Tak jak powiedziałem, kody ICD-9 powinny być sprawozdawane w systemie pięciodziesiętnym. Jeżeli ktoś pisał cztery znaki, gruper to przyjął, ale zakwalifikował nie do tej grupy, do której procedura powinna trafić. Wreszcie, były oczywiście pomyłki, czyli wskazywanie nie tego świadczenia, które rzeczywiście było wykonane.

Krótko mówiąc, jest to przestrzeń, która wymaga szkoleń i to oczywiście intensywnych i, tak jak już powiedziałem, nie szkoleń w trybie ogólnym, opowieści o tym, jak to będzie wspaniale, że system działa i jak to gdzieś tam jest, tylko szkoleń na określonym materiale sprawozdawczym pochodzącym z danego szpitala. Takie szkolenia planujemy w momencie, kiedy ten materiał się pojawi. Jeżeli będą pod koniec lipca pierwsze sprawozdania, oczywiście kulawe, zakładam, że z dużym poziomem pomyłek, będzie to czas na to, by z wyszkolonymi w zakresie kodowania pracownikami Narodowego Funduszu... Chcę bowiem jeszcze powiedzieć, że szkolenia miały pewną fazę, a mianowicie około dwóch miesięcy szkolimy szkolących. To jest następny element: musieliśmy wyszkolić całą kadrę, która będzie szkoliła następne osoby. Będzie więc szansa na to, aby usiąść i prześledzić proces kodowania dla określonego pacjenta, określonej hospitalizacji i to, oczywiście, naprawić przy jednoczesnym zapewnieniu pewnego finansowania pomostowego w tym okresie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Muchacki, bardzo proszę.

Senator Rafał Muchacki:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Pewnik jest jeden, że jednorodne grupy trzeba wprowadzić i myślę że tutaj wszyscy się z tym zgadzamy. Ja nie będę mówił o terminie, czy on jest szczęśliwy czy nie, ani o urlopiach, bo każdy ma prawo do urlopu i do Gwiazdki też. Myślę jednak, że może trzeba do tego delikatnie podejść, gdyż na pewno grupa 30% szpitali, które źle kodowały, to jednak w skali kraju jest horrendalna liczba. To jest bardzo duża liczba i dlatego, żeby może wilk był syty i owca cała, proponowałbym następujące rozwiązanie, Panie Prezesie, że od 1 lipca wprowadzamy system rozliczeń według grup JPG, ale żeby może nie było takich restrykcji, że już natychmiast po trzech miesiącach, tylko ten okres trzech miesięcy wydłużmy do końca roku, żeby naprawdę doskonale wszystkich wyszkolić, żeby naprawdę nie było żadnych problemów. Bo ja tutaj boję się przede wszystkim o szkolenia. Rozumiem pana senatora. Rzeczywiście, w tym okresie jest to dość trudne do wprowadzenia. Gdyby więc wydłużyć okres przejściowy, to myślę, że wszyscy będziemy zadowoleni z tego i będzie większy procent przekonanych do tego systemu. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan prezes.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Określenie ściśle okresu przejściowego ma charakter też dyscyplinujący i to jest podstawowa sprawa. Nie chciałbym, żebyśmy wyszli z przekonaniem, że oto okres przejściowy wydłużył się na skutek naszego posiedzenia do sześciu miesięcy. Liczę się jednak z tym, że taka możliwość może zaistnieć. Nie liczę się jednak z tym, że ta okoliczność może zaistnieć w skali całego kraju. Ja wiem, że są dzisiaj województwa, które na skutek różnych zdarzeń, między innymi pewnych działań, które były kiedyś podejmowane w kasach chorych, wymienię tutaj chociażby województwo warmińsko-mazurskie, gdzie bardzo wiele szpitali jest przygotowanych do sprawozdawczości ICD-9, ICD-10, i sprawozdają praktycznie w 100%. Takie województwo stosunkowo szybko wejdzie w system i prolongata okresu przejściowego dla Warmii i Mazur nie będzie konieczna. Być może będą takie indywidualne przypadki, nad którymi trzeba będzie się w tej kwestii pochylić. Nie chciałbym jednak, żebyśmy wyszli z przekonaniem, że oto będziemy kontynuować do końca roku, albo jeszcze dłużej, jakieś okresy przejściowe. Myślę, że w tej kwestii będziemy postępowali w zależności od tego, jak będą pozwalały lokalne uwarunkowania dyrektorom szpitali na rozliczanie się w nowym systemie i w zależności od tego będziemy decydować.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Zwracam uwagę na informację dotyczącą zmian strukturalnych w Funduszu, które będą wprowadzane, a także w samym systemie ochrony zdrowia. Ten okres ma zatem uzasadnienie, żeby jednak możliwie szybko wprowadzić pewne narzędzie, które ma funkcjonować dłużej.

Jeszcze, tak? Mam prośbę o odrobinę samoograniczenia się, bo jest jeszcze ława...

Bardzo proszę, Panie Senatorze.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Prezesie, czy w okresie pilotażu zauważyliście państwo, że poziom kodowania w szpitalach, które kodowały na poziomie najniższym, wzrósł? Myślę że to był ten pierwszy miesiąc. Czy w następnych miesiącach ten poziom był wyższy? Czy po prostu te szpitale nauczyły się dobrze kodować i w jakim to było mniej więcej okresie?

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Tak, oczywiście widzieliśmy zmianę w sposobie kodowania. Może poproszę o wypowiedź dyrektora Chajdasa. Na pewno lepiej pamięta jak to wyglądało.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo, Panie Dyrektorze.

**Naczelnik
Wydziału Lecznictwa Stacjonarnego
w Narodowym Funduszu Zdrowia
Jerzy Chajdas:**

Bardzo krótko. Są dwie kwestie. Znajomość zasad kodowania to jest jedna rzecz. Druga rzecz, niedoskonałość samej klasyfikacji. W pierwszym etapie, który był analizowany, była wersja klasyfikacji dotąd obowiązująca. My ją rozszerzyliśmy, umożliwiając wykonanie i rozliczenie procedur specjalistycznych, głównie w szpitalach monoprofilowych, bo tych dotyczyło to w szczególności, w szczególności dotyczy to zabiegów ortopedycznych.

W ten sposób, mając analizę już z kolejnych dwóch miesięcy, do kwietnia, wiadać było znaczący przyrost trafnych rozpoznań i trafnego kodowania. Takim najprostszym przykładem, z dobrego przecież szpitala, było błędne zestawienie procedury z rozpoznaniem. Przy wycięciu rozległym jelita zasadniczym rozpoznaniem była prze-wlekła niewydolność nerek. To, oczywiście, nie mogło spowodować identyfikacji grupy. Te błędy zostały już wyeliminowane i szpitale, które niewłaściwie kodowały z różnych powodów w tej chwili uzyskują już wyniki na poziomie 60–70%. Myślę, że wejście w życie ostatecznej wersji klasyfikacji i prawie dwumiesięczny okres kodowania spowoduje, że te szpitale też dorównają.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

**Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu
Jacek Łukomski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Jacek Łukomski, dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, ale też osoba z Wielkopolskiego Związku Zakładów Opieki Zdrowotnej – Porozumienia Wielkopolskiego Pracodawców. Tak się składa, że szpitale wielkopolskie są szpitalami niezadłużonymi i nie korzystamy praktycznie z pomocy publicznej, no i naszym marzeniem jest to, żebyśmy nadal nie musieli z niej korzystać.

Panie Prezesie, chcę przekazać bardzo krótko kilka uwag. Pan mówił o mitach. Mity powstają zawsze tam, gdzie nie ma informacji. Skala mitów jest tak wielka dlatego, że nie ma informacji. W piątek mieliśmy spotkanie, gdzie firmy komputerowe rozważały nasze uwagi. Zaproszony był Narodowy Fundusz Zdrowia, ale nie udzielił odpowiedzi na podstawowe pytania, dlatego że nie było jego przedstawicieli.

Pan, Panie Prezesie, mówił o tym, że będzie okres przejściowy, że będzie skrócona sprawozdawczość. Pierwszy raz dzisiaj usłyszałem zarysy tego, co miałyby być sprawozdawane w tej uproszczonej sprawozdawczości. Ale tak naprawdę nie wiadomo co to ma być. Pan senator powiedział, że nie jest na szczęście dyrektorem szpitala. Ja panu też zazdroszczę, bo też nie chciałbym być dyrektorem szpitala. Panie Prezesie, jeżeli mówimy o sprawozdawczości, proszę pamiętać, że za dwa tygodnie mam wprowadzić sprawozdawczość. Panie Prezesie, pan mówił, że daje pan czas do 10 listopada, w którym będziemy mieli ją uzupełniać. Kto to ma zrobić i kto to ma uzupełniać? Zro-

biliśmy restrukturyzację zatrudnienia. Dokonaliśmy takich cięć w zatrudnieniu, że praktycznie nie ma kto to zrobić. Koderami mogą być praktycznie lekarze, także inni pracownicy medyczni, pielęgniarki, których brakuje.

Zwracam uwagę na jeszcze jedną rzecz, Panie Prezesie. Pan jest prezesem Funduszu i ja się panu nie dziwię, że pan twierdzi, że termin 1 stycznia nie wchodzi w grę, bo Funduszowi nie odpowiada, gdyż się przekształca. Pan mówi że okres wakacyjny nie jest niczym innym. Jest czymś innym. Proszę pamiętać, że od 1 stycznia wprowadzono czas pracy. Szpitale to jest bąbel na wodzie, musieliśmy pielęgniarki i lekarzy przekupić, żeby podpisali opt-out. U mnie w szpitalu prawie wszyscy podpisali. Wystarczy tylko nałożyć na nich dodatkowe obowiązki w postaci kodowania i zażądają albo więcej pieniędzy albo wypowiedzą opt-out. A wtedy będzie po szpitalu. To nie jest wcale takie proste.

Jeszcze raz powtarzam, w stanowisku naszego wielkopolskiego porozumienia, popartym przez konwent starostów, nie wnioskujemy, aby tego systemu nie wprowadzano. Poprzedni system był zdecydowanie zły i oczekujemy jego zmiany. I my się absolutnie z tym zgadzamy. Pan dyrektor Chajdas był przecież w Poznaniu, przedstawiał założenia. My je znamy. Proszę bardzo, one są jak najbardziej słuszne, ale naprawdę wprowadzenie tego od 1 lipca i że do 10 listopada mamy jeszcze wstecz uzupełniać sprawozdawczość i że jest trzymiesięczny okres przejściowy, to jest okres zdecydowanie za krótki. Wydaje mi się, że wydłużenie tego do pół roku uspokoi nastroje.

Jeszcze krótko o jednej sprawie – uproszczona sprawozdawczość. Nadal nie wiemy, jak ona ma naprawdę wyglądać, ale musimy jeszcze wstecz to wszystko robić. Koderzy lekarze, jeszcze raz powtarzam, zastrajkują, jeżeli będą zmuszani do robienia tego natychmiast od 1 lipca. Proszę pamiętać, że w związku ze zmianą dyrektywy unijnej dotyczącej czasu pracy mają nie tylko urlopy, ale całą masę wolnych dni. Zwracam się też do państwa senatorów. Przecież panowie znacie prawo, jakie zostało w Polsce ustanowione. To, że w Polsce udało się w tych szpitalach jakoś pracować, to naprawdę był cud boski. W tej chwili wystarczy iskra, dodatkowe obowiązki na lekarzy i wymuszanie ich na nich, żeby zarzewie buntu się przeniosło i skądinąd słuszne założenia, słuszny program legnie w gruzach. A ja to mówię, Panie Prezesie, nie dlatego, że chcę tutaj się zbuntować i być przeciw. Mnie też zależy na tym, żeby był ten system, bo ja znam system brytyjski i to jest naprawdę dobry system. Pod wszystkim, co pan powiedział o zaletach, mogę się podpisać. Nasze zastrzeżenia dotyczą harmonogramu i metodyki wprowadzenia.

Za dwa tygodnie wprowadzamy w szpitalu system rozliczeń według JGP. W piątek było spotkanie, które zorganizowałem jako prezes pracodawców wielkopolskich. Wszystkie stanowiska są jednoznacznie negatywne, wszystkie są za tym, żeby tego nie wprowadzać w takim terminie. I druga sprawa. Nawet te szpitale, które brały udział w pilotażu, dyrektorzy, którzy pozytywnie to oceniali, też uważają, że to jest za szybko. Tak jak tutaj pan senator zaproponował, niech będzie termin 1 lipca, ale są dwa warunki, żeby rzeczywiście rozliczenia były od 1 stycznia... W ciągu roku wprowadzanie zmian to naprawdę jest horror. Najlepiej jest to zrobić od 1 stycznia. Ja, Panie Prezesie, rozumiem pana argumenty, że 1 stycznia nie, bo będą przekształcenia. Ale jeżeli państwo wprowadzicie to z dniem 1 lipca, ale z ostatecznym rozliczeniem od 1 stycznia, to nie spowoduje to dla państwa żadnych konsekwencji.

I kolejna sprawa. Naprawdę proszę nie wymuszać takich działań, że do 10 listopada będziemy wstecz to wszystko nadrabiać. Nie chcę, żeby to zabrzmiało jak groźby, bo to jest absurd kompletny, ale proszę pamiętać, że są podpisane opt-outy, są żądania większych zarobków, które będą, i jak jeszcze będzie obniżenie poziomu finansowania szpitali, to sytuacja zupełnie niepotrzebnie, Panie Prezesie, będzie bardzo napięta. Szkolenie dla pracowników fachowców z każdego szpitala po jednym, którzy są tymi... Proszę pamiętać, że w szpitalu, którym kieruję, jest przeszło trzysta stanowisk komputerowych. Ci ludzie, którzy tam pracują muszą się... To obsługuje sześćset osób. Najpierw ci ludzie muszą się nauczyć kodowania. Wczoraj było dopiero pierwsze spotkanie. Jak ja myślę, że mamy wprowadzić za dwa tygodnie coś, czego nie ma... Nie możemy opierać systemu na przekonaniu, że jest to jedynie słuszne. To już kiedyś słyszeliśmy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Było kilka wypowiedzi. Czy pan prezes chce się od razu do nich odnieść?
Proszę bardzo.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Panie Dyrektorze, albo nie zrozumiałem albo kilka takich wypowiedzi było dla mnie co najmniej dziwnych.

Pan mówi, że pan pierwszy raz usłyszał o tym, że jest jakiś okres przejściowy. Pan nie czyta informacji na stronie internetowej. Gdyby pan przeczytał, to by pan wiedział, bo komunikat w tej sprawie jest opublikowany od tygodnia.

(Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu Jacek Łukomski: Przepraszam, ad vocem. Nie, nie, nie.)

Ja panu nie przerywałem.

(Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu Jacek Łukomski: Przepraszam.)

To po pierwsze.

Drugi temat, o którym państwo mówicie. Pan mówi, że zrobił pan spotkanie z prywatnymi dostawcami oprogramowania i nikt z Narodowego Funduszu Zdrowia nie przyszedł. Proszę państwa, ja nie mogę brać odpowiedzialności, że ktoś gdzieś nie przyszedł na spotkanie z prywatnymi dostawcami oprogramowania. Nie mamy takiego obowiązku, żeby być na takich spotkaniach. Tak że proszę nie stawiać tutaj przed komisją senacką mnie zarzutów, że ktoś nie przyszedł na jakieś spotkanie. To jest drugi element.

Trzeci element jest związany oczywiście z terminem 1 lipca. To nie narodowemu funduszowi chce się zrobić teraz, bo się od 1 stycznia przekształca. To pan będzie się przekształcał od 1 stycznia, nie Narodowy Fundusz Zdrowia.

(Głos z sali: Może też.)

Być może też, aczkolwiek ja tutaj optuję za tym, że przekształcanie Narodowego Funduszu Zdrowia z jednoczesnymi działaniami u świadczeniodawcy to nie jest najlepszy pomysł. Będziemy bowiem mieli zasadnicze problemy z konkursem ofert i różnymi elementami. Tak że, jak myślę, najlepszą metodą rozpoczęcia przekształceń w Narodowym Funduszu Zdrowia jest rozpoczęcie ich 30 czerwca 2009 r., z czymkol-

wiek by ta data nie wiązała się. Tak myślę, żeby uniknąć koincydencji tych zdarzeń w newralgicznym czasie, jakim jest konkurs ofert.

Zdecydowanie zgadzam się, że czeka państwa po stronie szpitali bardzo ciężka praca organizacyjna i nikt co do tego nie ma wątpliwości. Nikt nie zamierza państwa rzucać na tak zwaną głęboką wodę, stąd okres przejściowy. Nie wiem dlaczego padło z pana ust określenie, że spodziewa się pan pogorszenia finansowania. Dlaczego pan się spodziewa pogorszenia finansowania? Zupełnie tego nie rozumiem. To zupełnie stoi w sprzeczności do tego, co ja przed chwilą mówiłem o zwiększeniu finansowania. My mówimy, że zwiększamy finansowanie, u pana się finansowanie zmniejsza wskutek tego, że rozlicza się pan maksymalnie do 1/12. Nie za bardzo to rozumiem. Tak że tyle może uwag w stosunku do tej wypowiedzi.

**Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu
Jacek Łukomski:**

Ja tylko krótko. Nie powiedziałem, że nie wiem, Panie Prezesie – bo śledzę stronę internetową – o uproszczonej sprawozdawczości, że coś takiego będzie, tylko nie jest powiedziane, jakie będą zasady dotyczące uproszczonej sprawozdawczości.

Druga sprawa. W piątek było spotkanie dyrektorów też z przedstawicielami Funduszu i było bardzo wiele pytań. Wiele rzeczy jest jeszcze niedopowiedzianych. Panie Prezesie, musi pan przyznać, że ten system ma być lada moment wprowadzony. Ja nie powiedziałem, że będę miał niższe finansowanie, ale istnieje taka obawa, ponieważ my nie wiemy jeszcze jak ten system będzie naprawdę wyglądać. Mamy go wprowadzić od 1 lipca, a jest jeszcze bardzo wiele znaków zapytania. Tak, Panie Prezesie, pan dzisiaj też przyszedł i powiedział, że dostarcza pan materiały do Senatu na ten temat, które my może też będziemy na pewno znali za dzień, za dwa. No ale Panie Prezesie, dziś jest 18 czerwca, proszę pamiętać, że to jest kwestia kilkuset osób, które będą kodować w szpitalu. To nie jest tak, że tylko dyrektor czy dwie osoby, czy trzy się nauczą, tylko szereg pracowników, którzy muszą się tego nauczyć. Dziękuję.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Jeszcze jedna kwestia, o której pan wspomniał w swojej poprzedniej wypowiedzi, dotycząca osób kodujących. Otóż, proszę państwa, intencja jest taka, że to nie lekarze mają kodować świadczenia. Moim zdaniem przepisywanie kodów do wykonywanych już i opisanych procedur medycznych wykonanych w historii choroby to nie jest praca dla lekarzy. Zresztą nigdzie w szanującym się świecie nie ma tak, że lekarz zajmuje się kodowaniem procedur medycznych. Lekarz ma leczyć i zapisać swoje czynności w historii choroby. Do przypisania określonym czynnościom, określonym rozpoznaniom określonych kodów według charakterystyki ICD-10, ICD-9 nie potrzeba wyższego wykształcenia medycznego i wieloletniego doświadczenia. Do tego jest potrzebne zupełnie inne wykształcenie – z zakresu statystyki medycznej. Myślę, że to jest pole do kształcenia tej grupy pracowników. Myślę, że angażowanie do tej kwestii lekarzy na pewno spotka się z oporem. Jeżeli pan dyrektor zamierza zmusić lekarza, żeby siedział z powiedzmy jakimś tam podręcznikiem dziewiątek pięciodziesiątkowych i dłubał procedurę po procedurze, to ja na pewno byłbym co najmniej mocno rozczarowany takim zakresem pracy skierowanym przez menedżera do mnie. Myślę, że jest to pole

do kształcenia tej grupy pracowników, która się zajmuje, jak w każdym szpitalu, statystyką medyczną, dla działów rozliczeń czy jak tam to się nazywa. Myślę, że oni powinni przejąć na siebie tę pracę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

**Przewodnicząca
Federacji Związków Zawodowych
Pracowników Ochrony Zdrowia
Urszula Michalska:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo! Panie Prezesie!

Pozwoli pan przewodniczący, że będę zwracać się do pana prezesa, bo to do niego głównie są te pytania. Chciałabym na początku podkreślić raz jeszcze, że środowisko przez mnie reprezentowane – a są to różne grupy zawodowe zatrudnione w ochronie zdrowia – nie jest absolutnie przeciwne systemowi JGP. Wręcz przeciwnie, uważamy że wprowadzenie systemu jest bardzo dobrym rozwiązaniem. I, tak jak mówili moi przedmówcy, nie zasada, tylko sposób i termin wprowadzenia budzą nasze wątpliwości. Pan dyrektor Łukomski wspomniał tylko delikatnie o restrukturyzacji zatrudnienia w zakładach i to jest też powód tego, że ta grupa, właśnie niemedyczna, sekretarki medyczne, statystycy medyczni, zostali wycięci do minimum. Uważamy również, że termin wprowadzenia, sposób przygotowania, przeszkolenia tego personelu, który jeszcze został, bądź dostosowania do potrzeb stanu zatrudnienia, przesuwając pracowników z innych grup – bo zatrudniać, to mało kto już w tej chwili zatrudnia – może być dla szpitalu przeszkodą w płynnym, jak pan powiedział, miękkim wprowadzeniu zmian, które są jak najbardziej zasadne.

Mam jeszcze jedno pytanie do pana prezesa, które zadawałam kilka miesięcy temu podczas obrad białego szczytu, ale wówczas nie otrzymałam od pana odpowiedzi. Proszę mi powiedzieć, jakie zmiany w kontraktowaniu lecznictwa szpitalnego będą miały wpływ, i czy będą miały, na realizację art. 59a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Bo to są pytania, między innymi, grup pracowniczych, związków zawodowych, które są u nas zrzeszone. I tak są problemy w niektórych przypadkach – nie twierdzę, że gremialnie – z realizacją tego artykułu. W części zakładów dyrektorzy mówią, że zmieniają się zasady kontraktowania – to nie jest ten sam rodzaj lub zakres świadczeń, bo one są jakoś tam różnie pogrupowane – w związku z tym art. 59a umiera śmiercią naturalną. Ja chciałabym pana po raz drugi o to zapytać. Dziękuję bardzo.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Projektowane zmiany są w tej kwestii bez wpływu. Ja praktycznie nie widzę tutaj związku. To jest osobna ścieżka.

Jeżeli można, chcę tylko jedną rzecz powiedzieć. Wprowadzenie grup nie zmienia w sposób zasadniczy dotychczasowych zakresów i rodzaju świadczeń. Rodzaj to jest lecznictwo szpitalne, zakresy pozostają takie, jakie były, z wyjątkiem jednego zakresu, który dochodzi. Nie naruszamy zakresów, aczkolwiek muszę powiedzieć, że

w wielu systemach na świecie te zakresy są już pewnym anachronizmem. Ze względu na to, o czym pani powiedziała, to jest jednak praktycznie nie do ruszenia, gdyż powoduje określone efekty płacowe wprost.

**Ekspert Krajowej Komisji NSZZ „Solidarność”
Jerzy Walecki:**

Panie Przewodniczący, także zwrócę się do pana prezesa. Bardzo krótko. Słuchając o tych rozbieżnościach, o których pan wspomniał na wstępie... Zresztą na wstępie pan zaznaczył, że pojawiają się pewne wątpliwości. I słusznie, bo przecież każda nowa inicjatywa i tego typu, bardzo słuszny, kierunek rodzi szereg zagrożeń, o których pan wspomniał. Słuchałem o dużej rozbieżności błędów kodowania, między 40% a powyżej 90%. Pytanie moje brzmi, czy nie jest tak, że te błędy kodowania wynikają jednak z pewnych jeszcze niedoskonałości i tego, że w tym katalogu, czytaj w grupie, czyli w systemie, nie wszystkie jednostki chorobowe mogą być skwalifikowane, nie mogą podlegać kwalifikacji, że pojawia się szereg rozbieżności merytorycznych na poziomie medycznym. Przecież pan dyrektor Chajdas wspomniał o, nazwę to, wersji autorskiej tych kodów. Na początku zaczynali państwo od kodów ICD, potem wspominaliście, że coś poprawiliście. Pytanie więc brzmi, czy to nie jest tak, że ciągle na tym odcinku nie jesteśmy już do końca gotowi i ten okres wdrażania powinien być dłuższy, choćby właśnie dlatego, że merytorycznie możemy sobie nie poradzić w rozbieżnościach między procedurą diagnostyczną a jednostką chorobową. A co będzie, jak nie będzie postawionego rozpoznania końcowego, albo co będzie jak będziemy angażowali duże, ciężkie procedury do jednostki, której nie będziemy mogli nazwać w sensie sklasyfikowania? Sygnalizuję tylko kliniczne – jestem klinicystą – problemy i dlatego myślę, że trzy miesiące to może być mało. A sam pomysł JGP, jak wszyscy, uważam za dobry. Gratuluję państwu i kibicuję, żeby to się udało.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, może pan prezes odniesie się do tej serii pytań, dobrze? W gruncie rzeczy pojawia się w tej chwili dosyć podobny zakres problematyki związanej z obawami. Widzę, że jest poparcie dla idei, jest zaś...

Bardzo proszę.

Członek Naczelnej Rady Lekarskiej Dariusz Hankiewicz:

Dziękuję za możliwość zabrania głosu.

Pan prezes dotyka ważnych spraw, o których powinniśmy wszyscy wiedzieć. To prawda, Panie Prezesie, jednorodne grupy pacjentów w Polsce i na świecie, w Europie – tak, ale jesteśmy, proszę mnie poprawić, jeśli się mylę, chyba jedynym w tej chwili krajem, który całość redystrybucji pieniądza zamierza zrobić przy pomocy jednorodnych grup pacjentów w takiej formule. Tak do końca, z tego, co potwierdzili moi koledzy w poniedziałek na europejskim spotkaniu dyrektorów medycznych, to jesteśmy jedyni.

Trzeba powiedzieć, że JGP w Wielkiej Brytanii służy do zupełnie czegoś innego i kto inny się tym zajmuje. Pan tutaj powiedział, Panie Prezesie, i zacznę od tej pań-

skiej wypowiedzi, że lekarz nie jest po to, żeby był koderem i do tego nie trzeba wyższego wykształcenia. No, tego to ja nie rozumiem, Panie Prezesie, gdyż koderzy na Zachodzie to są ludzie z wyższym wykształceniem. Do tego bowiem potrzeba ludzi z wyższym wykształceniem. To po pierwsze.

Po drugie, prawda jest taka, że... Nie chcę tutaj polemizować. Ja się tylko odnośzę do pańskiego głosu i zaraz powiem o sprawach, o których chcę powiedzieć, oczywiście potwierdzając to, co powiedzieli moi poprzednicy, że jesteśmy zdecydowanie za systemem jednorodnych grup pacjentów, ale nie w ten sposób wprowadzanego. Dlatego, że tu są dwa podstawowe elementy. Element, który w zupełnie inny sposób służy w tych krajach... My implementowaliśmy system na polskie warunki. Przetłumaczyliśmy, i to nie do końca, bo się nie dało, brytyjską wersję. Wprowadziliśmy pewne nowości. I to jest prawda. I wy się tego uczycie, i my się mamy tego uczyć, jako ci, którzy mają sprawozdawać. Ale to nie wy ponosicie ryzyko, tylko my ponosimy ryzyko. Dlatego, że to my mamy zapłacić potem ludziom albo nie będziemy dziesiątego mieli pieniędzy. I tu jest cały problem.

We Francji ten system służy do kontrolowania systemu dystrybuowania pieniędzy przez rząd i rozliczania szpitali. W Wielkiej Brytanii NHS, odpowiednik NFZ, zarządza szpitalami i zajmuje się właśnie rozliczaniem przy pomocy jednorodnych grup pacjentów, czyli systemu DRG. Ale odłóżmy to na razie ad acta, bo rozmawiamy o sprawie polskiej. Dziwię się po prostu odwadze państwa w sytuacji, w której mają państwo sto tysięcy rekordów, które są w pilotażu, ale w tym pilotażu brak stu procent wyników. Bo nie macie stu procent wyników. Maksymalnie udało się osiągnąć w sprawozdawaniu – podaję za informacjami od wicedyrektora podkarpackiej kasy, z którym był pan w poniedziałek gościem Hospital Management – 86%, a nie 99%, jak pan podał. 86% z małym ogonkiem, a minimalna – rzeczywiście około 40%.

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz: Przepraszam, pan przewodniczący to sprawdził. W raporcie jest to 99,8%.)

To znaczy, że w ciągu dwóch dni przyrosły procenty. Bardzo się cieszę. To jest za, a nie przeciw.

Nie mam również informacji, i nie mamy do dzisiaj, jaki jest procent informacji zwrotnej do szpitali, które pracowały. Bo tu nie chodzi tylko o to, żebyście się państwo nauczyli tego systemu. Część z państwa uczy się go naprawdę od prawie dziesięciu lat, gdyż temat jednorodnych grup pacjentów istnieje od dziesięciu lat – wcześniej istniał w kasach, potem w Narodowym Funduszu Zdrowia – w różnej formule. Chodzi o to, żeby teraz wszyscy umieli to w podobnym stopniu. Nikt bowiem nie mówi, że zła wola spowodowała, że jest 40% sprawozdanych procedur, tylko nieumiejętność z jednej lub z drugiej strony.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Panie Doktorze, powtarzają się tutaj pewne poruszane obszary. Proponowałbym, żeby próbować iść trochę dalej, dlatego że...

(Członek Naczelnej Rady Lekarskiej Dariusz Hankiewicz: Dobrze.)

Państwo aprobują, jak rozumiem, dosyć zgodnie zasadę, jaką Narodowy Fundusz Zdrowia planuje wprowadzić. Wyrażają państwo obawy co do terminu. Czy jest coś jeszcze do dodania?

Członek Naczelnej Rady Lekarskiej Dariusz Hankiewicz:

No tak, Panie Senatorze, ale trzeba to uzasadnić, ponieważ pan prezes był uprzejmy nam to uzasadnić na tak, trzeba więc powiedzieć o naszych wątpliwościach i powiedzieć, dlaczego nie. Jeśli tak, to rozmawiamy o tym, że w pilotażu uczestniczyło 80% szpitali, które są wysokospecjalistyczne, specjalistyczne, bądź też monospecjalistyczne. A 62% w Polsce to szpitale powiatowe. Taka jest prawda, Panie Prezesie. W tym roku do pilotażu w kwietniu włączono dwadzieścia cztery szpitale. Poprzednia grupa z tych czterdziestu, które pan wymienił, brała udział w poprzednim pilotażu. Trzeba jeszcze zadać jedno pytanie, bo mówi pan tutaj o sukcesie mniejszym lub większym w tym, co udało się zrealizować w kodowaniu. Ale jest duża liczba szpitali, które, uczestnicząc w pilotażu, zatrudniła dodatkowych ludzi pracujących jako koderzy. A kogo my zatrudnimy od 1 lipca? Trzeba sobie zadać pytanie, skąd wziąć tych ludzi. Oni się zajmowali tylko uczestniczeniem w pilotażu. I takie szpitale były w Polsce. Czy wobec tego to jest rzeczywista praca, którą ludzie wykonywali? Czy to jest dodatkowy zespół? Wszyscy mówili o tempie wprowadzania. Nie chcę o tym mówić, ale najkrótszy okres wprowadzania jednorodnych grup pacjentów w Europie był w Niemczech i to trwało siedem lat. Dlaczego? Ano dlatego, że państwo również realizowali i realizujecie tę formułę. Zaplanowaliście europejski grant na wyszkolenie dla każdego szpitala koderów. Każdy koder w szpitalu ma być wyszkolony w ciągu dwóch i pół roku. W Niemczech szkolenie koderów trwało trzy lata. I wiemy o tym, że nie da się krócej, bo taki jest standard. Tylko że my mamy już się rozliczać od 1 lipca, a fizycznie od 1 października.

Jaka jest gwarancja finansowania? Padało pytanie: 1:1? Ma być więcej? Tak naprawdę nie wiemy. Dowiedziałem się dzisiaj, że to jest 98%, ale jeśli tak, to znaczy, że wtedy jest założenie, że jest co najmniej 1:1, a może być więcej, czyli te 112%, które pan podał, Panie Prezesie. Ale jeżeli szpital wykonał połowę sprawozdania to jaka jest gwarancja i skąd ma on wiedzieć, dlaczego ma zakładać, że uzyska tyle samo? To jest ta wątpliwość.

Czy wszystkie grupery na rynku będą kompatybilne? To jest temat, który pan sam poruszył. Trzeba sobie zadać pytanie, czy program, którego państwo się uczycie i ustalacie z firmami informatycznymi oraz te przygotowane komercyjnie będą się nadawały jako podstawowe narzędzie? Nie można lekarza oddzielić od procesu kodowania z prostego powodu: nie wszystkie szpitale w Polsce mają sekretarki medyczne. Co najmniej połowa ich nie ma. Druga sprawa. Przypisanie tego, co jest, z kodów wielocyfrowych – im więcej tym lepiej, o czym wiecie państwo doskonale i my też to wiemy – jednak wymaga wiedzy medycznej, nie jest to kwestia dla sekretarki medycznej. Znajomość więc musi być po obydwu stronach barykady.

Pada pytanie, co to jest te planistyczne 48 zł. Tutaj nie padało to pytanie, bo państwo mówią, że to się rozliczy 1:1. Tak, to jest, Panie Prezesie, planistyczne 48 zł. Ja również byłem na takich spotkaniach, o których mowa jest dzisiaj. W mediach słyszę, że dla szpitali powiatowych to może będzie 46 zł albo 45 zł, a dla klinicznych może 49 zł. To znaczy, że średnio 48 zł. Nie wiem, gdzie i w którym miejscu jest mowa o tym, jak zróżnicować te 48 zł. Dlatego nie wiem, czy rzeczywiście nie są słuszne obawy, czy to będzie chociażby 1:1, już nie mówię o tym wzroście nakładów średnio 112%.

I teraz pytanie o wydolność informatyczną. Czy przy tym systemie, jaki państwo zaproponowali... A wiemy jak dzisiaj wyglądają rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia, że często pewne programy, pewne rozliczenia są długo realizowane. Cho-

ciażby na spotkaniu z panem prezesem Grabowskim niecały miesiąc temu w Pałacu Kultury i Nauki, była informacja z Wielkopolski, gdzie są jeszcze ciągnięte rozliczenia z początku tego roku z informatycznych powodów.

No i teraz pierwsze, podstawowe pytanie ogólne. Wszyscy bowiem się zgadzamy co do tego, że JGP – tak. Wspominany tutaj został – już kończę, Panie Senatorze – materiał z ostatniego „Menedżera Zdrowia”. Jest tam również wywiad z panią minister. Żałuję, że nie ma pana ministra, mógłbym zadać pytanie. Mowa jest o kosztach rzeczywistych. O kosztach rzeczywistych, to znaczy jakich? Nie, o kosztach jakie ponosił płatnik, Narodowy Fundusz Zdrowia, na zrealizowanie świadczeń. I to jest to, o czym mówił pan senator.

Szkoda, że są takie polityczne szarpania dotyczące tego, co się nazywa leczeniem. Jest pan ginekologiem położnikiem, Panie Senatorze, uderzę więc w tę nutkę. Ja również jestem lekarzem z wykształcenia.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ja to rozumiem. DIC nie chcę mieć. Ja mówię o sytuacji zwykłej, czyli różnicy między porodem klasycznym, siłami natury, a porodem, który jest rozwiązywany drogą cięcia cesarskiego z różnych wskazań. Dzisiaj to wszystko wrzucono do jednego kociołka za małą drobną opłatę. To prawda, mówił pan o wzroście wskaźników porodów rozwiązywanych drogą cięcia cesarskiego. Jest jednak pierwsze, zasadnicze pytanie: kto z konsultantów, kto z ludzi, którzy pracowali w tym systemie, odpowie zapytany przez prokuratora, dlaczego pan doktor nie rozwiązał tego w drodze cięcia cesarskiego – przecież nie powinien, bo dzisiaj nie ma wskazań. Bo nie mamy wyceny kosztów rzeczywistych i nie mamy opracowań procedury postępowania.

Tu się kłania pytanie, które zadawane jest od dłuższego czasu – już kończę, dziękuję za cierpliwość, Panie Senatorze – dlaczego nie wykorzystano grantu japońskiego na policzenie kosztów rzeczywistych. Była taka możliwość. Był pan minister Balicki, był pan minister Sikorski, jeszcze kilku ministrów nam się przewinęło przez stołek ministerialny, a do dzisiaj ta sytuacja nie jest ruszona. Taki projekt jest, program jest gotowy, Panie Senatorze. Myślę, że może z woli i z inicjatywy senatorów powinno wyniknąć wskazanie rządowi tego typu kierunku. Dziękuję bardzo.

**Wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Zdzisław Bujas:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Panowie Senatorzy!

Dziękuję za zaproszenie. Właściwie mam tylko trzy słowa, bo wszyscy przedmówcy przekazali wątpliwości, które cały czas dotyczą również sfery organizacji związkowych. Może przekażę, Panie Prezesie, jedną rzecz. Jak pan zapewne wie – i takie komunikaty do państwa wpływają, wpływają także do Ministerstwa Zdrowia – główne wątpliwości dotyczą czasu wprowadzenia systemu. I to jest główny problem, który właściwie cały czas się powtarzał i powtarza w wypowiedziach. Trzy miesiące to zdecydowanie za krótko. Troszkę mnie to dziwi, dlatego, że w środę byliśmy na spotkaniu z panią minister Kopacz i wówczas się dowiedzieliśmy, że to będzie termin półroczny. A więc okres skróconej sprawozdawczości będzie trwał sześć miesięcy. W tym

okresie mamy się nauczyć nowego systemu. Od 1 stycznia zaś mieliśmy rozpocząć normalną procedurę w zakresie sprawozdawczości. I to byłoby logiczne.

Druga rzecz, którą tutaj usłyszeliśmy – szkoda, że nie ma pana ministra Fronczaka, myślę, że by to potwierdził – to jest kwestia szkolenia ludzi. Nie wyszkoli się w dwa miesiące ludzi. Nie ma takiej możliwości przy tej ilości kadry. Zrobiliśmy rozróżnienie między innymi na konwencie starostów, między innymi w stowarzyszeniu menedżerów medycznych, czy jest możliwość realizacji szkolenia przy tej ilości kadry, która jest. Nie ma takiej możliwości.

Jest pewna obawa. Wiadomo jak wygląda system informatyczny. O tym też państwo tu mówiliście i nie chciałbym powtarzać. To także jest do naprawy. Nie będę już mówił o rzeczy zasadniczej, o RUM, bo pan, Panie Prezesie, właściwie jakby zbył ten problem. Ale od kilku lat na każdym posiedzeniu sejmowej i senackiej Komisji Zdrowia wracamy do RUM. To jest jak bumerang. Jest to jeden z elementów, który powinien być elementem integracyjnym, między innymi z tym, o czym tu dzisiaj była mowa. Tak że wątpliwość dotyczy jedynie... Powtarzam: zdecydowanie należy system według JGP wprowadzić, należy jednak zastanowić się, czy pół roku to nie jest właściwy okres dla tych ludzi na nauczenie się. To poprawi państwu także organizację prac. Proszę mi wierzyć, rozmawiałem z kilkoma oddziałami Narodowego Funduszu Zdrowia i pracownicy nie są do końca przygotowani do tego, żeby w sposób jednoznaczny uczyć tych ludzi, bo sami się jeszcze uczą. Dziękuję bardzo.

**Przedstawiciel
Sekretariatu Ochrony Zdrowia
Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”
Krzysztof Filip:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący, chciałbym zadać trzy krótkie pytania.

Dwa pytania dotyczą szczególnych warunków rozliczania, które mają obowiązywać do listopada. Ponieważ następuje to na wniosek złożony do dyrektora oddziału wojewódzkiego, to pierwsze pytanie dotyczy tego, czy taki wniosek będzie wiążący. A jeżeli nie będzie wiążący dla dyrektora, czy może nie być wiążący, to jaki może być tryb odwoławczy od tego wniosku? Drugie pytanie: do jakiej kwoty będzie obowiązywało to szczególne rozliczenie? Czy to będzie, jak to się pojawiało w spekulacjach, jedna dwunasta, czy kilka dwunastych dotychczasowego kontraktu? Czy to będzie rzeczywista kwota wymieniona w sprawozdawczości?

Trzecie pytanie dotyczy zarządzenia, które podpisał pan prezes, a mianowicie zmiany warunków zawierania umów w rodzaju leczenie szpitalne. Czy to ma związek z JGP? To pierwsza sprawa. Jeśli tak, to jaki. I pytanie, czy zmiana warunków dotyczy umów wieloletnich?

Ostatnie pytanie. Na jakiej wersji katalogu ICD-9 państwo się opierają? Czy na tej autorskiej, o której tu była mowa, czy na innej? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Prezesie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Może zacznę od tej pierwszej wypowiedzi pana dotyczącej tego, jaki jest stopień przygotowania systemu w zakresie ICD-9. Oczywiście w pilotażu stosowaliśmy wersję wcześniejszą niż wersja obowiązująca. Wyjściowa wersja ICD-9, która obowiązuje i która jest stosowana w sprawozdawczości publicznej, krótko mówiąc nie nadaje się do niczego. To jest wersja sprzed prawie dziesięciu lat. Dziesięć lat w medycynie to jest taka otchłań czasu, że tam nie ma praktycznie w większości ortopedii, kardiologii i kardiochirurgii i różnych innych rzeczy. Dokonaliśmy na własny użytek tłumaczenia klasyfikacji ICD-9. Ta klasyfikacja w wersji piątej, czyli w wersji już uzupełnionej o najnowsze procedury, znajduje się w tej chwili na stronie internetowej i ona będzie służyła do rozliczeń.

Czy to jest klasyfikacja ostateczna? Oczywiście, że nie. Myślę, że w przyszłym roku pojawi się prawdopodobnie wersja szósta. To, co będziemy mieli sprawozdawane w tym roku spowoduje na pewno taką sytuację, że będziemy musieli dokonać rewizji tej klasyfikacji. Nie ma co do tego wątpliwości.

Bardzo często spotykam się z opiniami, że gdzieś tam wprowadzano system osiem, dziewięć, piętnaście lat. Proszę państwa, oczywiście, że wprowadzano. Czy jest gdzieś w tej chwili system jednorodnych grup, który nie ulega zmianom rok do roku, albo i częściej? Wystarczy popatrzeć na system brytyjski, czy przywołany tutaj system francuski. Oczywiście, że zastosowanie tego systemu jest bardzo różne w zależności od kraju. Pan przywołał tutaj system francuski, w którym system zakłada budżetowanie jednostek i budżety są korygowane w oparciu o rozliczenia. Układ jest więc taki, że szpitale dostają coś budżetowo, a na koniec roku ich budżet jest korygowany. Ale takiego systemu nie zakłada nasza ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej. Ona zakłada finansowanie w oparciu o sprawozdawane określone świadczenia. My mamy inny system.

Mogę przywołać inny kraj, w którym jest zasada pre-paid, czyli szpital dostaje pieniądze zanim udzielone jest świadczenie i dopiero potem jest rozliczana ta zaliczka w wysokości 100%. Nie ma co przywoływać kraje, które mają nieco inne systemy niż ten, który funkcjonuje u nas. Nie mam wątpliwości, że system będzie ulegał zmianom. Jest oczywiście parę rozwiązań, które w systemie, który dzisiaj wprowadzamy, są rozwiązaniami przejściowymi. Chcę powiedzieć, że on został wprowadzony w wersji maksymalnie uproszczonej. Jeżeli porównalibyście państwo tę wersję, która jest u nas, z tym, co funkcjonuje na przykład w Stanach Zjednoczonych, to całkowicie się zgadzam, że tego, co jest w Stanach Zjednoczonych nikt poza lekarzem nie zakoduje. Nie mam wątpliwości, że taki poziom komplikacji systemu na dzień dzisiejszy w Polsce nie istnieje i na pewno nie ma potrzeby angażowania lekarzy do kodowania wszystkich procedur medycznych u pacjenta. Na pewno odgrywają oni rolę kluczową przy wyjaśnieniu pewnych problemów dotyczących kodowania, które mogą się oczywiście pojawić.

System jednorodnych grup w tej wersji, którą wprowadzamy, ma charakter rozwojowy i na pewno będzie się zmieniał. Tak jak powiedziałem, zawiera on szereg rozwiązań przejściowych. Chociażby jednym z nich jest rozliczanie urazów wielonarządowych, dla których w oparciu o dzisiejszy stopień sprawozdawania nie byliśmy w stanie zbudować osobnych grup, osobno finansowanych. Dlatego finansowanie odbywa się tutaj na zasadzie pewnych współczynników przelicznikowych, które, myślę, są elementem przejściowym. Po uzyskaniu pewnej sprawozdawczości one znikną i za-

stąpią je rozliczenia w określonych oczywiście grupach. Na dzisiaj mamy sytuację, w której system jest na tyle dojrzały, że możemy go bezpiecznie wprowadzić, bezpiecznie również w sensie wydolności systemów informatycznych po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia.

Chcę powiedzieć, że to, co pan przywołał – kwestia Wielkopolski – ma zupełnie inny charakter i to jest związane z pewną weryfikacją i kontrolą, która była dokonana w zeszłym roku. To nie ma nic wspólnego z bieżącymi rozliczeniami. To nieprawda, że ktoś od pół roku nie może się rozliczyć. Takich rzeczy nie ma. Od strony informatycznej jesteśmy na to przygotowani. Pytanie dotyczy tego, tak jak słusznie pan powiedział, jaka będzie wydolność systemów informatycznych komercyjnych dostarczanych do państwa. Kompatybilność grupera, jeżeli czerpią z naszego algorytmu, powinna być oczywiście znaczna. Tutaj więc nie ma wątpliwości, że to powinien być ten sam gruper, który jest u nas i da się go zbudować w oparciu o przekazany algorytm w ten sposób, że to będzie to samo oprogramowanie, które będzie grupowało świadczenia w identyczny sposób, jak to, które się znajduje po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia. Inaczej to nie ma żadnego sensu. Jeżeli bowiem u państwa byłoby inne narzędzie niż w NFZ, to tworzylibyście stuprocentowo odrzucone raporty. Nikt do tego oczywiście nie zmierza i nie o to chodzi.

Ten gruper na pewno też nie jest wersją ostateczną. Zakładam, że w przyszłym roku prawdopodobnie pojawi się kolejna wersja grupera, w której będą pewne zmiany, zmierzające do korekty algorytmów grupowania. Doświadczenia bowiem, które i państwo i my zbierzemy w ciągu pół roku spowodują kolejną zmianę w zakresie jednorodnych grup. Zapewniam państwa, że nie ostatnią, że na pewno będą w kolejnych latach następne zmiany. Tak że nie łudźmy się, że jest to wersja ostateczna czy jakakolwiek wersja docelowa. To jest wersja rozwojowa, tym niemniej na tyle dojrzała, że pozwala na bezpieczne rozliczanie świadczeń ze sprawdzoną na podstawie pilotażu efektywnością finansową. Co do tego nie ma dzisiaj wątpliwości.

Podniósł pan też kwestię, jakie będą efekty jednostkowe w określonych szpitalach? Czy nie będzie takich sytuacji, w których w jednostkowych oddziałach szpitalnych dojdzie jednak do spadku finansowania? Przy konstrukcji systemu, jeszcze raz powtarzam, patrzyliśmy na to w ten sposób, że nikt ma na tym nie stracić, a niektórzy mają zyskać. Z pilotażu wynika, że zyskają nawet bardzo. Stąd też wychodzimy od pewnego zamrożonego pułapu zerowego. Myślę, że to jest dobre rozwiązanie, bo jest to rozwiązanie, które nie powoduje przewrócenia budżetów zakładów opieki zdrowotnej, a tym, które rzeczywiście wykonują najdroższe i najbardziej kosztochłonne procedury, da możliwość konsumpcji dodatkowych środków finansowych.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję.

Szanowni Państwo! Podsumowując tę dyskusję pozwolą państwo, że ujawnię i ja swoją opinię w tej sprawie.

Po pierwsze, myślę że, można uznać, iż dzisiejsze spotkanie w znacznej mierze rozwiąło niepokój, jaki komisja miała co do stopnia przygotowania systemu. Jednak pilotaż, którego wyników jeszcze nie znaliśmy, to był dobry sposób przygotowania do lepszego wdrożenia. Pamiętam, że przymiarki do wprowadzenia tego systemu były już w roku 2007 i tak naprawdę odraczamy go już po raz kolejny.

Pierwotny termin, który miał obowiązywać, 1 maja, został przesunięty na 1 lipca. W świetle poważnych zmian systemowych, jakie szykują się w ochronie zdrowia, przekonuje mnie stanowisko pana prezesa. Zwłaszcza, że jest wsparte, o czym też jeszcze niedawno nie wiedziałem – jak byście dobrze wsłuchali się w to, co mówił pan prezes – dwuschedkowym okresem przejściowym. Ten pierwszy okres przejściowy to jest taka reguła, która ma dyscyplinować i która mówi o tym, że te trzy miesiące to jest szansa na to, żeby...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Od lipca, tak, tak.

Pan prezes wyraźnie powiedział, że w tych przypadkach, w których nie dojdzie, powiedzmy, do opanowania tego systemu, to będzie to procedura indywidualna. Wydaje mi się, że to jest dobra reguła. Byłoby niedobrze, gdybyśmy rozprężyli tę sprawę na wejściu, bo są ewidentne korzyści... Patrząc tutaj zwłaszcza na efekty pilotażu w Bydgoszczy, „Rynek Zdrowia” pozytywnie o tym mówi. Bardzo ucieszyłem się z państwa bardzo pozytywnej opinii – i to nawet tych ludzi, którzy mówili o obawach związanych z wdrożeniem – że to jest jednak krok w dobrą stronę w rozliczeniach. Wychodzimy z systemu bardzo skomplikowanego i źle chwyającego przypadek, pchającego raczej w kierunku gry o środki niż wspierającego rzetelne rozliczanie tego, co się z pacjentem dzieje. Zwłaszcza te przeniesienia między oddziałami to była przecież kula u nogi placówek specjalistycznych.

Ponieważ intencją spotkania komisji senackiej było stworzenie pewnej platformy wymiany poglądów, to od razu powinniśmy zaplanować następny etap, następne posiedzenie komisji pod koniec okresu przejściowego. I wtedy zobaczymy, czy są konieczne następne rozwiązania. Taką konkluzją proponowałbym zakończyć tę część dzisiejszego posiedzenia komisji, chyba, że mają państwo inne, odmienne zdania. Zwracam jednak uwagę, że jest wyraźna zapowiedź dwuschedkowego wchodzenia w system. Tu bowiem po drodze był inny wniosek, żeby komisja zwróciła się do pana prezesa o przedłużenie okresu przejściowego od razu o pół roku. Ja bym tego nie poparł. Przychyliłbym się do stanowiska pana prezesa, żebyśmy zrobili trzy miesiące... Tu już państwo, niestety, nie będziecie dopuszczeni do głosu. A więc trzy miesiące i kończymy ten okres podsumowaniem, spotkaniem i ewentualnie wtedy zastanawiamy się w jaki sposób pomóc tym, którzy jeszcze sobie nie radzą.

Pan senator Muchacki.

Senator Rafał Muchacki:

Panie Przewodniczący, całkowicie się z panem zgadzam, mam jednak wobec powyższego prośbę do pana, a przede wszystkim do pana prezesa. Umówilibyśmy się bowiem na to spotkanie... Ten okres przejściowy jest do 30 września 2008 r., prawda? Powiedzmy więc, że umawiamy się we wrześniu i...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak. Trzecia dekada września, Panie Prezesie.)

Tak. I już w tej chwili ustalamy z panem prezesem, że pan prezes nam powie, jak to w danej chwili wygląda. Prawda?

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Czy jest zgoda, Panie Prezesie?)

Żeby potem nie było dramatu.

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz: Oczywiście, Panie Przewodniczący.)

To chyba jest możliwe. Uważam, że to jest bardzo rozsądna propozycja i powinna również państwa usatysfakcjonować. Uważam, że została tutaj zrobiona niesamowita praca ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia. Naprawdę duże podziękowanie, Panie Prezesie. Zdecydowanie jestem optymistą i uważam, że to będzie z korzyścią dla wszystkich, a znając pana prezesa, to na pewno pewna elastyczność będzie w przyszłości możliwa. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Zatem jeszcze raz bardzo dziękujemy panu prezesowi. Umawiamy się na trzecią dekadę września. Zapraszam uczestników i życzę państwu, żeby ten czas, który jest, zwłaszcza państwa uwagi, za które bardzo dziękuję, żeby one w jakiejś mierze też torowały drogę do przekształcenia. Reforma tego systemu jest piekielnie trudna. Zwróćcie państwo uwagę, że w tej chwili przeprowadzenie tego systemu na bezpieczne wody jest kluczowym zadaniem państwa.

Jeszcze raz chcę wszystkim państwu podziękować za głosy, za uczestnictwo i zaprosić na posiedzenie w tej sprawie w trzeciej dekadzie września. Dziękuję bardzo i zamykam tę część posiedzenia.

(Przerwa w posiedzeniu)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Wznawiam posiedzenie komisji.

Jeszcze raz bardzo dziękuję wszystkim gościom. Materiał dla komisji senackiej zostanie skserowany i dostarczony członkom komisji, tak żebyśmy mogli się z nim poznać. Jeszcze raz bardzo dziękuję, Panie Prezesie.

Króciutko chcę powiedzieć państwu, że mamy odpowiedź pani minister na propozycję objęcia Prokocimia... Prośba jest taka, żeby oni złożyli wniosek. To trochę przypomina mi ten stary dowcip o bogobożnym Izraelicie, który domagał się od Jahwe, żeby mógł wygrać w totolotka. I Jahwe wreszcie powiedział: Icek, ty mi daj szansę, ty wypełnij wreszcie ten kupon.

Następne posiedzenie komisji będzie w lipcu. W tej chwili nie mamy materiału, żeby się spotykać przed posiedzeniem Senatu. Czy mają państwo jakieś sprawy, życzenia? Myślę, że to było dobre posiedzenie komisji.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Czy mamy jeszcze jakieś sprawy?

(Głos z sali: Pan przewodniczący chciał, żeby 22 lipca o godzinie 16.00 było bardzo duże posiedzenie komisji na temat procedur w służbie zdrowia.)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Głos z sali: Nie, nie, o informatyzacji.)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Ale to jest e-medycyna. Chcą przygotować nam materiał na temat e-medycyny. Ponieważ to jest szalenie nośny temat, to nie chciałbym już tego odraczać. Będzie więc takie posiedzenie. Dobrze.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jeśli nie ma już innych spraw, to bardzo dziękuję.
Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. Dziękuję.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 58)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851