

VII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **KOMISJI DO SPRAW
KONTROLI PAŃSTWOWEJ
(NR 76)
z dnia 27 sierpnia 2013 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji do Spraw Kontroli Państwowej (nr 76)

27 sierpnia 2013 r.

Komisja do Spraw Kontroli Państwowej, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Mariusza Błaszczaka (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i **Andrzeja Kani (PO)**, zastępcy przewodniczącego, rozpatrzyła:

– informację Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącą dostępności i kompleksowości świadczeń medycznych dla pacjentów oraz gospodarowania majątkiem publicznej służby zdrowia – w związku z przeprowadzonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym Oddziały Wojewódzkie NFZ w Gdańsku i Bydgoszczy, konkursami dotyczącymi ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na lata 2013 – 2016.

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Neumann** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marcin Pakulski** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw medycznych wraz ze współpracownikami, **Lech Rejnuś** p.o. wicedyrektora Departamentu Zdrowia w Najwyższej Izbie Kontroli.

W posiedzeniu udział wzięli pracownik Kancelarii Sejmu **Tadeusz Cieśluk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dzień dobry państwu. Otwieram posiedzenie Komisji do Spraw Kontroli Państwowej. Witam państwa posłów, witam także gości: sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, pana ministra Neumanna, przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli, pana dyrektora Rejnusa, oraz przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia.

Proszę państwa, dzisiejszy porządek obrad to informacja Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotycząca dostępności i kompleksowości świadczeń medycznych dla pacjentów oraz gospodarowania majątkiem publicznej służby zdrowia – w związku z przeprowadzonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym Oddziały Wojewódzkie NFZ w Gdańsku i Bydgoszczy, konkursami dotyczącymi ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na lata 2013 – 2016. Dopowiadam, że w wypadku Bydgoszczy sprawa dotyczy także nocnej opieki medycznej.

Pytam państwa posłów, czy są jakieś uwagi do porządku obrad. Nie widzę, a więc porządek obrad uważam za przyjęty.

Przystępujemy do realizacji punktu pierwszego. Proszę przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia o przedstawienie informacji, proszę bardzo.

Czy może pan minister chciałby na wstępie zabrać głos?

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:

Nie, pan prezes Pakulski rozpocznij.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Proszę bardzo.

Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, może zacznę od konkursu na Pomorzu, w ostatnim czasie bowiem wzbudzało to najwięcej emocji. Mamy dla państwa przygotowane również materiały, które mogą w jakiś sposób jeszcze może pomóc w dyskusji.

Obrazują one przede wszystkim podstawy prawne, na podstawie których Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje świadczenia zdrowotne. W takim trybie, jak jest przedstawione w tych materiałach, prowadzone było postępowanie konkursowe w rodzaju świadczeń – ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Co istotne, są tam elementy, które determinują sposób przeprowadzenia postępowania konkursowego oraz zasady, którym to postępowanie konkursowe jest podporządkowane.

W wyniku postępowania konkursowego, które było przeprowadzone...

Może nie będę omawiał szczegółowych zasad, bo mają państwo to na przedstawionych przezroczach. Przejdę natomiast od razu do efektów postępowania konkursowego. W wyniku tego postępowania zostały zawarte umowy ze świadczeniodawcami z terenu województwa pomorskiego. Największe emocje wzbudzało to, iż nie wszyscy świadczeniodawcy, którzy dotychczas realizowali świadczenia zdrowotne, mieli ponownie zawarte umowy. Wynika to z istoty postępowania konkursowego, w którym elementami ocenianymi przede wszystkim jest jakość, dostępność, cena. Oczywiście, jeśli państwo będą mieli takie życzenie, możemy przedstawić w szczegółach te parametry, to, jak one wyglądają, w jaki sposób są oceniane. W wyniku analizy ofert zostały wybrane najkorzystniejsze oferty. „Najkorzystniejsze” oznacza, że były to oferty, które z punktu widzenia parametrów, jakie mają służyć wyłonieniu świadczeniodawców, którzy zapewniają opiekę w jak najlepszych warunkach. Te warunki były brane pod uwagę i na ich podstawie ci świadczeniodawcy mieli podpisane umowy.

Problem polegał na tym, że do postępowania konkursowego zgłosiły się nowe podmioty i w wielu wypadkach uzyskiwały lepsze oceny. Z naszych analiz, które prowadziliśmy... i cały czas prowadzimy, bo podmioty mają oczywiście prawo złożenia odwołania do dyrektora oddziału a w wypadku nieuwzględnienia odwołania w części lub całości – do prezesa. Problem polega na tym, że w wielu wypadkach – co też było sygnalizowane – okazało się, że nowe podmioty są tworzone w istocie przez tych samych lekarzy, którzy do tej pory udzielali świadczenia, jednakże albo sami tworzyli... Nie mamy analiz dotyczących tego, kto jest właścicielem jakiej poradni nowo przystępującej do konkursu, ale mamy analizy, które pokazują, że tylko około 3-4 proc. lekarzy, którzy zostali zgłoszeni do umów, to nowi lekarze, którzy pojawili się na tym obszarze. Tak więc w większości nastąpiła migracja personelu do nowych podmiotów bądź do nowych miejsc udzielania świadczeń wśród tych podmiotów, które do tej pory występowały.

Zapewnienie świadczeń, które państwo mają zobrazowane w jednym z ostatnich slajdów, pokazuje, że w większości wypadków te świadczenia zostały zawarte na wyższym poziomie niż dotychczas. Pewien problem istniał w istocie w mieście Sopot, wynikał zaś z tego, że tam też wcześniej liczba zawartych umów była ponadprzeciętnie wyższa niż w pozostałych powiatach. Stąd też skutek wyrównywania, przeprowadzonego przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ, rzeczywiście ta liczba umów zawartych w Sopocie w niektórych wypadkach dosyć istotnie się zmniejszyła.

Muszę tutaj powiedzieć, że akurat – o ile celem prowadzonego przez NFZ postępowania konkursowego jest zapewnienie równomiernego dostępu do świadczeń – naszą uwagę budziła skala zmniejszeń w zakresie postępowań konkursowych czy zawartych umów w tym akurat wypadku. Wychodziliśmy bowiem z założenia, iż pewne zmiany, jeśli należy wykonać, to istotnie nie powinny być realizowane w sposób być może tak drastyczny a do tego efektu wyrównywania świadczeń powinniśmy raczej docierać stopniowo. Niemniej jednak efekt zawartych umów to zapewnienie większej liczby świadczeń w mniejszej liczbie podmiotów, co jest zgodne z tym, co mówiłem dotychczas. Mielśmy pewne uwagi również – jako centrala, w ramach nadzoru, badając to postępowanie konkursowe – do doboru obszaru kontraktowania, jaki w niektórych sytuacjach rzeczywiście spowodował pewnego rodzaju napięcia wynikające z tego, że pewne obszary zostały pozbawione dostępu do niektórych świadczeń.

Wytlumaczę, w czym rzecz – otóż, jeśli konkurs ogłaszany jest na całe województwo i następuje wybór jednego świadczeniodawcy, to można z dużą dozą prawdopodobieństwa przypuszczać, że jakaś część będzie tych świadczeń pozbawiona. Dlatego też była tu nasza uwaga, że należy bardziej rozsądnie dobierać obszary kontraktowania, tak żeby jeden świadczeniodawca (w cudzysłowie) „nie mógł” zmonopolizować dostępu do świad-

czeń w jednym obszarze, po to, by uniknąć zmuszania pacjentów do migracji w jedno miejsce z terenu całego województwa. Z naszych informacji wynika jednak, że w drodze postępowania uzupełniających najbardziej krytyczne problemy zostały rozwiązane.

Chciałbym też wysokiej Komisji przekazać, że w wyniku różnych obserwacji i doświadczeń przygotowaliśmy pewnego rodzaju wskazania dla oddziałów wojewódzkich na przyszłość, wskazania, które są rekomendacjami, za prowadzenie postępowania konkursowego odpowiada bowiem w istocie dyrektor oddziału. On ma wiedzę dotyczącą szczegółów i on odpowiada za to zabezpieczenie. My natomiast pokusiliśmy się o to, by wprowadzić pewnego rodzaju rekomendacje, które w dużej mierze według nas pozwolą uniknąć w przyszłości sytuacji takich, jaka wystąpiła np. na Pomorzu w wypadku poradni chorób zakaźnych, że w zasadzie w pierwszym postępowaniu konkursowym została wyłoniona wyłącznie jedna poradnia, nie zlokalizowana centralnie.

Zdarzało się też tak, że przy niezbyt korzystnym doborze obszaru kontraktowania w takich specjalnościach, które według naszej oceny powinny być zlokalizowane maksymalnie blisko osób ubezpieczonych, uprawnionych, jak np. ginekologia czy chirurgia, niektóre gminy czy powiaty również tych świadczeń były pozbawione, stąd też w rekomendacjach pojawiła się sugestia, by w specjalnościach, w których świadczenia powinny być zapewnione jak najbliżej pacjenta, konkursy ogłaszać na jak najwęższe obszary.

To uwagi ogólne dotyczące kontraktowania. Podsumowując tę pierwszą część wypowiedzi (bo oczywiście z pewnością będą mieć państwo do nas szczegółowe pytania), chciałem powiedzieć, że na chwilę obecną, poza zastrzeżeniami dotyczącymi doboru obszaru kontraktowania, nie zanotowaliśmy jakichś istotnych nieprawidłowości dotyczących prowadzenia postępowania konkursowego, które – co istotne – jest pewnego rodzaju wypadkową oferty przygotowanej przez konkretnego świadczeniodawcę oraz ofert jego konkurentów. Można powiedzieć, że ten sposób wyboru świadczeniodawców jest wprost związany z zasadami, które obowiązują w wyborze ofert, które są wskazane do podpisania umów i określone w ustawie. I tutaj mamy do czynienia z postępowaniem konkursowym. Warto się zastanowić, czy w przyszłości tego rodzaju sposób wyboru świadczeniodawców jest najbardziej właściwy, w chwili obecnej natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia jest zobowiązany do stosowania takich zapisów prawa, jakie są zawarte w ustawie.

Na marginesie chciałbym powiedzieć, że w sposób bardzo rygorystyczny Narodowy Fundusz Zdrowia podlega również ocenie, jeśli chodzi o konkurencję czy zapewnienie równego traktowania przedsiębiorców i w pewnych sytuacjach (a zwłaszcza tych, które predysponowały w przeszłości do zawarcia umów dotychczas realizujących świadczenia) w stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia było prowadzone postępowanie, które zakończyło się ukaraniem NFZ za stosowanie tego rodzaju praktyk. Tak więc nie możemy w chwili obecnej w jakikolwiek sposób preferować świadczeniodawców realizujących świadczenia wcześniej.

I to może tyle na razie.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję. Otwieram dyskusję. Kto z państwa posłów chciałby zabrać głos? Pan poseł Czartoryski, proszę.

Poseł Arkadiusz Czartoryski (PiS):

Chciałem podziękować, bo rzeczywiście Narodowy Fundusz przygotował szereg tabel, wykresów, cyfr, liczb itd. Ktoś, kto nie pracował w Ministerstwie Zdrowia ani w Narodowym Funduszu, nie do końca jest w stanie to odczytać, ja przynajmniej nie jestem w stanie tego w pełni ocenić i odczytać. Wszystko wskazuje na to, na podstawie tych tabel i cyfr, że nic złego na Pomorzu się nie wydarzyło i w zasadzie, według słów pana prezesa, należało dokonać pewnej korekty.

Jak rozumiem, samorządowcy, którzy często prowadzą jako organy założycielskie jednostki opieki zdrowotnej, przesadzili w listach do premiera, oceniając to, co się wydarzyło na Pomorzu jako zagrożenie dla życia i zdrowia mieszkańców województwa pomorskiego, chociaż mnie osobiście tak się nie wydaje, bo jak znamy tych ludzi (a przecież pochodzą oni z różnych opcji politycznych i samorządowych, jak też z różnych części

województwa pomorskiego) to nie wydaje mi się, żeby mieli aż tak rozgrzane głowy, by bez powodu podejmować taką akcję.

Chciałem jednak zapytać o taką rzecz, moim zdaniem – zasadniczą, która nasunęła mi się na myśl po wypowiedzi pana prezesa. Mianowicie: wydawało mi się do tej pory, że głównym celem opieki zdrowotnej, służby zdrowia – a Narodowy Fundusz Zdrowia jest elementem systemu opieki zdrowotnej w Polsce – jest dobro pacjenta. Z tej wypowiedzi dowiedziałem się na przykładzie Pomorza, że wyznacznikiem była cena, bo – nie oszukujemy się – skorzystano z okazji, żeby dać kontrakty tym, którzy zaoferowali korzystną cenę. I mam pytanie zasadnicze: gdzie tutaj w tym całym myśleniu jest dobro pacjenta?

Bo w praktyce, panie prezesie – przypomnę tylko to, o czym w Komisji już się dowiedzieliśmy od samorządowców – wyglądało to w ten sposób, że pacjenci w wyniku tak potężnej rewolucji, która została przeprowadzona na Pomorzu... Bo to nie wyglądało tak delikatnie, jak pan powiedział; tam nastąpiła dosyć istotna rewolucja, jeżeli chodzi o zmianę dużej liczby świadczeniodawców. Pacjenci w wyniku tej rewolucji zostali narażeni na chaos, odsyłani byli z dotychczasowych punktów opieki do nowych, gdzie nie było jeszcze dokumentacji, odsyłani więc byli z powrotem do swoją dokumentację. Gdy np. pacjent dowiaduje się, że ma kilkadziesiąt albo kilkaset stron własnej dokumentacji zdrowotnej skserować a za każde ksero musi zapłacić, żeby przekazać do nowego świadczeniodawcy, to narażamy po prostu pacjentów.

Wydaje mi się, że zabrakło w pana wypowiedzi odpowiedzi na pytanie, dlaczego dobro pacjenta nie było stawiane na pierwszym miejscu i dokonano tak dużej rewolucji, która pacjentów narażała na potężne kłopoty i problemy aż doszło do uchwał sejmików, listów prezydentów miast pomorskich do premiera.

Drugie pytanie jest takie: czy prawdą jest (ponieważ jestem z Mazowsza i nie wiem tego na pewno), że został odwołany ze stanowiska dyrektor Pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, a jeżeli tak, to z jakich powodów?

I trzecia rzecz, o którą chciałem zapytać, to pytanie jakby o politykę Narodowego Funduszu Zdrowia. Otóż mamy dzisiaj w Polsce sytuację taką, że nie ma pieniędzy, że nie spływają podatki, jest „dziura budżetowa” i są oszczędności. I na to państwo, mając niewystarczające środki finansowe na pokrycie wszystkich potrzeb, które zgłaszają jednostki czy organy prowadzące zakłady opieki zdrowotnej, nałożyliście dodatkowo dosyć hazardową grę, polegającą na tym, że wprowadzacie dość masowo nowe podmioty do świadczenia usług. Rozumiem, że w sytuacji pewnego komfortu, że jest zapewnione pewne minimum opieki zdrowotnej a dodatkowo jeszcze są fundusze na to, żeby poszerzać liczbę świadczeniodawców oraz liczbę usług, można to robić. Będąc natomiast parlamentarzystami z różnych części Polski, wiemy, w jakiej sytuacji znajdują się wybitne zakłady opieki zdrowotnej, wyposażone w potężny sprzęt i potężną kadrę, nie otrzymując kontraktów albo w ogóle, albo mając te kontrakty bardzo ograniczone.

I to jest problem, może nie wytworzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ale w którym Narodowy Fundusz Zdrowia się znalazł. I teraz, co robi Narodowy Fundusz Zdrowia? Otóż pogłębia ten chaos, te problemy, wprowadzając nowych świadczeniodawców na rynek, prywatnych, pogłębiając sytuację kryzysową w dotychczasowych zakładach opieki zdrowotnej.

W województwie mazowieckim.... Poruszałem już w obecności pana ministra temat, który trochę się posunął do przodu, mianowicie oddziału onkologicznego, który został wybudowany na podstawie kontraktu wojewódzkiego przez szpital należący do samorządu województwa mazowieckiego. Po interwencji, po tym, gdy pokazała prasa protesty, po tym, gdy ukazały się zdjęcia stojącego nie wykorzystanego nowego sprzętu, oczywiście dyrektor wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zaprosił dyrektora na rozmowę i stwierdził jasno, że nie ma pieniędzy, w związku z czym dziś w wysokości 25-30 proc. wartości tych usług, które będą wykonane, mógłby dyrekcji zaoferować.

Dyrektor znalazł się więc w sytuacji takiej, że – albo nie skorzysta, to znaczy, że w ogóle nie chce tego kontraktu i na przyszły rok nie ma kontynuacji, albo skorzysta, co znaczy że „z automatu” będzie się zadłużał. No i oczywiście jako rada społeczna szpitala, wszyscy zatwierdzili decyzję dramatyczną, że naturalnie skorzysta z decyzji dyrektora wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ze świadomością, że będzie

zadłużał, od razu, „z automatu”, bo zaoferowany kontrakt nie wystarcza na kadre, tylko – założmy – na jakieś podstawowe leki i włączenie światła na oddziale. Trzeba jednak skorzystać i się zadłużać.

Skądinąd wiemy jednakże, iż pomimo tak dużych braków finansowych wchodzi cały czas nowe podmioty. To potęguje chaos, bo dyrektorzy nie wiedzą, czy mają... Przecież pan wie, że na Pomorzu te zakłady opieki zdrowotnej wykonywały inwestycje wieloletnie i raptem znalazły się w sytuacji, w której nie mają kontraktu. Następuje więc migracja lekarzy i personelu średniego. Po co ten chaos w sytuacji, kiedy całe państwo dyskutuje nad tym, jak zaoszczędzić, jak wybrnąć z „dziury budżetowej”? Po co państwo taki chaos wprowadzacie? Na końcu cierpi pacjent i musimy w Sejmie czytać listy, w których prezydent jednego, drugiego, trzeciego, czwartego miasta, marszałek piszą, że Narodowy Fundusz naraża na Pomorzu pacjentów na utratę zdrowia i życia. Raz jeszcze bowiem powtórzę to, co powiedziałem na początku: nie uważam, żeby ci samorządowcy mieli jakieś niesamowicie rozgorączkowane głowy, raptem wiosenne słońce tak przypiekło, że oszaleli i zaczęli takie listy pisać do premiera. Wydarzyła się zupełnie niepotrzebna rewolucja.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł, pani minister Anna Fotyga, proszę.

Poseł Anna Fotyga (PiS) – spoza składu Komisji:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Odniosę się do wypowiedzi pana prezesa, ale prawdę powiedziawszy, swoje uwagi chciałabym skierować przede wszystkim do pana ministra, w jakimś sensie przedstawicieli koalicji rządzącej. Mam również pytanie do przedstawiciela Najwyższej Izby Kontroli.

Pan prezes był łaskaw powiedzieć, że Narodowy Fundusz Zdrowia musi działać w ramach i na podstawie prawa. Oczywiście, poseł akceptuje taką odpowiedź, nie mamy wyboru. Chciałabym jednak przywołać czas, kiedy system wprowadzany przez państwa kwestionował śp. prezydent Lech Kaczyński, przewidując dokładnie takie efekty, o jakich w tej chwili mówimy, komentując w czasie jednej z pierwszych rad gabinetowych plany reformy systemu ochrony zdrowia koalicji PO – PSL dotyczące całego systemu ochrony zdrowia.

Mam pytanie w związku z tym do przedstawiciela NIK: czy państwo przewidujecie jakieś wnioski *de lege ferenda* dotyczące systemu ochrony zdrowia, mechanizmu i sposobu kontraktowania świadczeń medycznych?

I teraz wrócę do wypowiedzi pana prezesa. Pan – tu cytuję – powiedział, że jesteście państwo zobowiązani do równego traktowania wszystkich przedsiębiorców i myślę, że na tym polega różnica w widzeniu systemu ochrony zdrowia między nami – mówię o przedstawicielach partii opozycyjnej Prawo i Sprawiedliwość – i koalicją rządową. Otóż, my uważamy, że taka dziedzina jak ochrona zdrowia, zagwarantowana, do której dostęp jest zagwarantowany obywatelom w Konstytucji RP, nie może być traktowana mentalnie przez urzędników funkcjonujących w tej dziedzinie jako po prostu przedmiot działalności biznesowej a już na pewno nie przez pana, panie prezesie.

Sądzę więc, że rzeczywiście u podłoża tej sytuacji, którą istotnie ... Jestem przedstawicielem, jestem posłem ziemi gdańskiej, znam zatem tę sytuację, zwracałam się do władz z petycjami i interpelacjami, w tej sprawie również. Przedstawiciele wszystkich opcji politycznych, po prostu cała elita polityczna Pomorza podnosiła larum w tej sprawie. I prawda jest taka, że to uregulowania systemowe i poniekąd podejście, właśnie podejście biznesowe, jeszcze w dodatku niekonsekwentne podejście biznesowe... Bo jeżeli pan by prowadził przetargi na podstawie FIDIC, czyli międzynarodowych uregulowań dotyczących projektów infrastrukturalnych, wiedziałby pan, że przedsiębiorstwo nowiusieńkie, które świeżo zostało wyłonione i przedsiębiorstwo o uznanym autorytecie to dwa zupełnie różne przedsiębiorstwa, które zupełnie inaczej są traktowane w takich razach.

Myślę, że jestem osobą, która od bardzo wielu lat funkcjonuje, powiedziałabym, zarówno towarzysko, jak i rodzinnie w jakimś sensie też dzięki swojemu wykształceniu, w systemie ochrony zdrowia. I pan bardzo dobrze wie i ja wiem, że w tych nowych

przedsiębiorstwach po prostu są znane nazwiska, dla których to jest druga, trzecia praca, i oczywiście, że jest to tańsze, oczywiście, że to jest tańsze, bo pacjent widzi znanego operatora tylko w momencie podawania narkozy, mimo że na całym świecie system ochrony zdrowia polega na tym, że to operator musi nadzorować stan pacjenta do końca, do wypisu ze szpitala.

A jednak państwo na takie rzeczy zupełnie nie zwracacie uwagi. Jak można wobec tego porównać koszty nowiusieńkiej placówki funkcjonującej na tych zasadach, kiedy to naprawdę pacjentami na bieżąco opiekuje się średni personel, dobry, wykształcony, miły, porządny i mający dobre chęci, ale co z tego, jeżeli to nie jest tak naprawdę specjalistyczna opieka medyczna, bo po prostu tego specjalisty pacjent prawie że na oczy nie widuje w toku całej kuracji? W jakiej sytuacji są szpitale takie jak szpital Na Zaspie, którego (jak i bardzo wielu innych szpitali w tym województwie) nie stać po prostu na zawarcie ubezpieczenia od zdarzeń medycznych? Jak wygląda ustawodawstwo w tym zakresie? Przecież państwo wprowadziliście całkowity chaos w systemie ochrony zdrowia a teraz wszyscy biadolicie. I prezydenci Gdańska, Sopotu udają, że nie są z Platformy.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca Teresa Piotrowska, proszę.

Poseł Teresa Piotrowska (PO):

Dziękuję bardzo. Panie, panowie posłowie, szanowni goście, to że na rynku świadczeń medycznych mamy konkurencję, to z pewnością dobrze. Wydaje się natomiast, że jest potrzeba kreowania polityki zdrowotnej w taki sposób, byśmy mogli mieć pewność, że liczba powstających podmiotów – i nie tylko, bo również kwestia zakupów najrozszańszej aparatury przez różne podmioty – wcale nie musi mieć związku z zapewnieniem kontraktu na świadczenie usług w danym zakresie.

Już był kiedyś taki pomysł... Nie wiem, jest tutaj pan minister, być może będzie mógł odpowiedzieć na pytanie, czy w Ministerstwie Zdrowia ten pomysł, zapowiadany przez ministra Arłukowicza, dotyczący centrów w poszczególnych regionach, które miałyby przy wojewodzie decydować o tym, czy w danym miejscu kolejny aparat – nie wiem: tomograf, rezonans i wiele, wiele innych – jest potrzebny i czy rzeczywiście istnieje szansa na kontraktowanie. Bo co z tego, że w poszczególnych regionach mamy aparatów dużo, skoro kolejki do świadczenia również długie, dlatego że nie ma na to pieniędzy. I ktoś, kto inwestuje w tego typu działalność musi mieć od początku świadomość, że to wcale nie znaczy, iż na ten aparat kontrakt będzie miał.

Chciałabym jednak o czymś trochę innym. Chciałabym wrócić do filozofii konkursów i chciałabym, żeby pan prezes był uprzejmy mi powiedzieć, w jaki sposób centrala Narodowego Funduszu Zdrowia kontroluje przebiegi tych konkursów? W jaki sposób państwo, odpowiadając czy oddalając, czy przyznając rację odwołującym się, kontrolują ten przebieg? Mówię to z doświadczenia bydgoskiego, bardzo zresztą dla nas przykrego, wspominaliśmy również o tym. Jest to konkurs w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Przejrzałam dokumentację związaną z odwołaniem się jednego z podmiotów, przeanalizowałam odpowiedzi dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy a także odpowiedź, czyli oddalenie odwołania przez centralę. I proszę państwa, w tych dokumentach nie ma absolutnie żadnego odniesienia się do kwestii merytorycznych. Jeśli podmiot, który uczestniczył w konkursie, stawia konkretne zarzuty dotyczące rozstrzygnięcia tego konkursu i podaje przykłady merytoryczne, to uważam, że zarówno dyrektor oddziału, jak i prezes Narodowego Funduszu ma obowiązek się do tego ustosunkować. I podam tylko jeden przykład. Myślę, że zależnie od tego, co tutaj podejmiemy jako prezydium Komisji, jako cała Komisja... Ale chciałabym uzyskać w związku z tą kwestią odpowiedź na piśmie od Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Otóż jedna z kwestii dotyczy wpisu do rejestru podmiotów medycznych. Wynika to z ustawy i jest obowiązkiem. Jeżeli podmiot uczestniczący w konkursie takiego wpisu nie ma i podmiot, który przegrał konkurs, kwestionuje to we wszystkich dokumentach, o których wspominałam a ani dyrektor w Bydgoszczy, ani prezes w Warszawie

nie ustosunkowuje się do tego i podmiot, który takiego wpisu nie ma, podmiot, który w momencie startu w konkursie nie ma również decyzji służb sanitarnych, wygrywa konkurs, to pytam, jak to jest z kontrolą, jak państwo tę kontrolę sprawujecie, dlaczego do takich sytuacji dochodzi? Nie będę tutaj odnosiła się do szczegółów, bo to nie pora i miejsce, sprawa jest w sądzie, więc pewnie nastąpi rozstrzygnięcie jakieś, ale co tej filozofii, co do tego, aby mieć zaufanie, że konkurs ma wyłonić najlepszych, że ma wyłonić takich świadczeniodawców, którzy rzeczywiście spełniają wszystkie kryteria, wszystkie warunki i rzeczywiście w każdym względzie są najlepsi...

Merytorycznie podnoszono w tych odwołaniach również sprawę punktacji. Nikt nie wyjaśnia, dlaczego za tę część działalności czy świadczenia zaproponowanego przez jeden podmiot ta punktacja wygląda tak a w innym miejscu wygląda inaczej. No, dla jasności, dla przejrzystości, dla braku jakichkolwiek zarzutów, że może konkurs nie całkiem jest prowadzony tak, jak być powinien, starania powinny następować ze wszystkich stron a zwłaszcza ze strony płatnika. Jeśli nie robi tego oddział – czy to w Gdańsku, Bydgoszczy, czy gdzie indziej – to kontrola szczegółowa merytoryczna powinna nastąpić w Narodowym Funduszu Zdrowia. Nie do końca mam przekonanie, że akurat w wypadku tego postępowania konkursowego tak istotnie się zdarzyło.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję. Czy ktoś z państwa posłów chciałby jeszcze zabrać głos? Pani poseł Kolenda-Łabuś, proszę bardzo.

Poseł Brygida Kolenda-Łabuś (PO):

Krótkie pytanie do pana prezesa. Zdarzyło się onegdaj, że próbowałam pewną sprawę w oddziale Narodowego Funduszu rozpoznać i wtedy jak magiczna pojawiała się co chwilę argumentacja opierająca się na kodach terytorialnych. Proszę mi odpowiedzieć – bo jedynym zarzutem, jaki państwo mieli po kontroli tych postępowań, które, o dziwo, tego, co przed chwilą pani przewodnicząca powiedziała, nie ujawniły, jedynym zarzutem potwierdzonym było to, że obszar, na który ogłoszono konkursy, był zbyt szeroki – jak to się ma do tych nieszczęsnych kodów terytorialnych? Czy obowiązują nadal, czy już może nie mają żadnego zastosowania? Bo one właśnie po to miały zastosowanie, żeby nie był zbyt wąski albo zbyt szeroki obszar świadczenia danej usługi medycznej.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję. Pani poseł Bańkowska, proszę.

Poseł Anna Bańkowska (SLD):

Dziękuję bardzo. Chciałabym powiedzieć, że przypadek, który opisuje pani poseł Piotrowska, był również nagłaśniany w mediach, bo był to problem szczególny. Ja także miałam okazję zapoznać się z materiałami, które dotyczą odwołań na szczebel wojewódzki i centralny, oczywiście instytucji zainteresowanej kontraktowaniem jej usług i muszę powiedzieć, że najbardziej zaskakujące przy analizie tych dokumentów jest to, iż odpowiedzi na zarzuty są właściwie typopodobne. Czy mówimy o odpowiedzi ze szczebla wojewódzkiego czy centrali. Tak nie powinno być. Świadczy to o tym, że... Też bym chciała poznać odpowiedź na pytanie, które pani poseł Piotrowska postawiła: w jaki sposób następuje kontrola przez Narodowy Fundusz Zdrowia tego, co się dzieje w oddziałach? To po pierwsze.

Po drugie, moja refleksja z tamtego przypadku jest taka oto, że dochodzimy do sytuacji... Kiedyś, kiedyś, w dawnych czasach każdy zakład pracy miał ambicję, by mieć ośrodki czasowe. W tej chwili jest tak, że każdy szpital ma ambicję, by mieć bardzo dobry sprzęt, powstają nowe instytucje, które również łożą na aparaturę itd., a stopień wykorzystania tego jest absolutnie niedostateczny. Nie wiem, czy w tym należy upatrywać również wysokich kosztów czy nakładów na służbę zdrowia, które są... ale mnie bardzo podobała się zapowiedź ministra Arłukowicza, który mówił, że będzie się starał, by w 2013 roku już nastąpiła logiczna wizja nakładów inwestycyjnych na służbę zdrowia.

Proszę? ...Mówię „logiczna wizja” i koordynacja tego, żeby nie było tak, że inwestuje się w sprzęt, budynki, w ogóle w infrastrukturę, i nic z tego nie wynika.

I tak np. firma, o której wspominała pani poseł Piotrowska, to instytucja, która, wykonując bardzo dobrze świadczenia do tej pory, rozwinęła swoją działalność nakładczą i w tym momencie, nie uzyskując kontraktu, siłą rzeczy popada w różnego rodzaju kłopoty finansowe.

Chciałabym zapytać pana prezesa, co powoduje, że szczególne pogorszenie sytuacji, jeśli chodzi o dostępność do usług, mamy w województwie kujawsko-pomorskim. Dostaliśmy materiały przed przerwą wakacyjną i proszę do nich zajrzeć. Tylko o tym będę mówić, bo o tym, co jeszcze mnie dręczy – na zakończenie.

Do poradni okulistycznych w Polsce w przypadkach stabilnych, które musi stwierdzić najpierw lekarz, stwierdzić, że jest to przypadek stabilny, tzn. musi być to lekarz specjalista a w tym wypadku ten ktoś jeszcze do specjalisty nie dotarł, czyli zakłada się *a priori*, że jest to przypadek nie wymagający pilnej obsługi, czeka się w Polsce na badanie, czyli na usługę, 45 dni. Czekano w 2012 roku. W moim województwie kujawsko-pomorskim – 60. Teraz w Polsce ten stabilny przypadek oczekuje na audycję u lekarza okulisty 49 dni, w moim województwie – 69. Poradnia neurologiczna. Dawniej, czyli w maju 2012 roku, czekaliśmy w Polsce 33 dni, teraz – 34. W moim województwie czekało się 37 dni, teraz – 47. Następna sprawa – poradnia kardiologiczna. W województwie kujawsko-pomorskim oczekiwano na wizytę u specjalisty 48, teraz – 67. Do poradni ortopedycznej... tu jest w ogóle straszna sprawa, mianowicie przypadek pilny, czyli rozumiem, że chodzi o jakieś otwarte złamanie a czeka się 4 dni. To można po prostu... Nie chcę powiedzieć co. W przypadkach stabilnych natomiast do chirurga czeka się 35 dni, dużo dłużej niż w Polsce. Przepraszam, ale liczby to liczby. Do dermatologa czeka się równie długo, bo 24 dni, do ginekologa też. Ale chcę powiedzieć też o czekaniu do poradni urologicznej. Żeby się dostać do urologa, trzeba 68 dni oczekiwać według państwa materiału.

Przechodzę w tej chwili do takiej kwestii jak poradnia endokrynologiczna – 87 dni oczekiwania. To w przypadkach endokrynologicznych bardzo rzecz niedobra. I poradnia onkologiczna – 16 dni, w tym przypadki pilne, średnie oczekiwanie – 3 dni. Na tomografię komputerową w przypadkach pilnych 8 dni średnio się czeka, a w przypadkach stabilnych – 41, w Polsce – 32.

Dlaczego o tym mówię? Co się stało takiego, że tak drastyczne nastąpiło pogorszenie, jeśli chodzi o czas oczekiwania na usługi w województwie kujawsko-pomorskim? Co w wyniku kontroli państwo w tym zakresie stwierdzili?

Co chwilę, jako obywatele, jesteśmy informowani za pośrednictwem mediów przez dyrektorów poszczególnych placówek o tym, jak rośnie zadłużenie NFZ wobec różnego rodzaju placówek, w tym – co jest najbardziej niepokojące – są to zadłużenia względem Centrum Onkologii. Panie prezesie, jeśli już w tej chwili przedstawiciele Centrum Onkologii jawnie mówią, że tak, że muszą być kolejki właśnie do Centrum z powodu tego, że są tak drastycznie ograniczone nakłady a właściwie dlatego, że jest wielkie zobowiązanie NFZ, w sądach sprawy się toczą, to pytam: jeśli to Centrum, jedna z najlepiej (każda srocza swój ogonek chwali...) funkcjonujących placówek, nigdy nie mająca kolejek, jeśli chodzi o chemioterapię, radioterapię itd. – w tej chwili „reżimuje” czas oczekiwania... to znaczy nie reżimuje, sytuacja finansowa zmusza do tego, że siłą rzeczy powstają w tym roku kolejki do tego typu usług. To musi to niepokoić. Pytam: co się w Polsce wydarzyło, że taka niekorzystna dla województwa kujawsko-pomorskiego sytuacja nastąpiła i jak państwo przeprowadzacie kontrole w zakresie różnego rodzaju odwołań i skarg.

Pani poseł Piotrowska całą książkę ma dzisiaj na biurku, ja już nie chciałam dźwigać. To są materiały, które instytucja chcąc się odwołać musi sporządzać w tę i z powrotem. To są rzeczy niesamowicie pracochłonne i kosztochłonne, ale takie jest podobno nasze urzędnicze życie, że trzeba się z tym borykać.

Krótkie pytanie: kiedy będzie poprawa sytuacji i kiedy nie będzie tak, że gdy np. dziennikarz opisuje sytuację w zakresie zadłużeń NFZ, jak twierdzą lekarze, w poszczególnych klinikach, jedyną reakcją jest to, że NFZ zapowiada, iż pójdzie do sądu przeciwko temu dziennikarzowi a informacji szczegółowej, takiej „kontr” nie uzyskujemy? Proszę uprzejmie o odpowiedź na te pytania.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze państwo posłowie chcieliby zadać pytania? Jeśli nie, proponuję, żeby pytania, które dziś padły, podzielić na trzy obszary. Pierwszy obszar to polityka zdrowotna i tu poproszę pana ministra o ustosunkowanie się do tego. Drugi obszar to NFZ, jego działalność i te wszystkie przykłady konkretne przez państwa posłów podawane. I obszar trzeci – poproszę pana dyrektora z Najwyższej Izby Kontroli o informacje na temat wniosków *de lege ferenda*. Dobrze?

A więc, panie ministrze, polityka zdrowotna rządu. Albo jej brak.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Panie przewodniczący, to jakby dwa obszary, na które państwo zwrócili uwagę. Pierwszy obszar, o którym mówiła pani poseł Fotyga, o tym, jakoby to w czasach, kiedy prezydentem był śp. Lech Kaczyński, zwracał uwagę na taki oto przypadek, że tak się może wydarzyć w związku z reformami prowadzonymi przez rząd Platformy i PSL. Chciałbym więc tylko zwrócić uwagę na to, że decyzje o tym, iż Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktuje swoje usługi w konkursach, zapadły znacznie wcześniej niż powstał rząd Platformy i PSL, bo jest to rozwiązanie od dawna...

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Ale to chodziło o weto śp. prezydenta Kaczyńskiego.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Ale nie akurat do tych rozwiązań.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Ale chodziło o politykę zdrowotną.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Trzymajmy się może faktów i nie mówmy o rzeczach, które nie miały miejsca, bo to nie dotyczyło tego.

Drugi natomiast element, pani poseł Bańkowskiej, dotyczący inwestycji i kontroli tych inwestycji przez organy czy to wojewody, czy płaćnika (w tym momencie NFZ), te zapisy są w założeniach ustawy decentralizującej Narodowy Fundusz Zdrowia i jednocześnie te same zapisy chcemy wpisywać w regionalne programy operacyjne (RPO) w poszczególnych województwach. Negocjujemy to już z ministrem rozwoju regionalnego i z Komisją Europejską, żeby w ramach RPO wszelkie inwestycje w ochronę zdrowia – czy to ze środków unijnych, czy budżetowych naszych – były najpierw poparte pozytywną decyzją płaćnika, żeby uniknąć tego typu działań, które były dotychczas, gdy nie było tego powiązania i, rzeczywiście, zdarzało się, że inwestycja ze środków publicznych, czy to unijnych, czy budżetu państwa, czy samorządu, była prowadzona, skończona i był na to kontrakt przez trzy lata, potem kontrakt się skończył, bo w konkursie dana jednostka przegrywała. I nie dość, że nie było kontraktu i pacjenci nie mieli łatwego dostępu czy to do sprzętu, czy do danego oddziału, czy szpitala, to jeszcze trzeba było (w związku z tym, że projekt nie miał ciągłości pięcioletniej) zwracać pieniądze. Było kilka takich wypadków, szczególnie przy karetkach.

Chcielibyśmy, żeby w nowej perspektywie absolutnie tego uniknąć i te zapisy staramy się wprowadzić. One są jakby na dwóch poziomach. Jeden w założeniach ustawy decentralizującej Narodowy Fundusz Zdrowia a drugi już w programach operacyjnych RPO, które będą w poszczególnych regionach, ale także w tych naszych ministerialnych, które będziemy centralnie mieli i będziemy aplikować centralnie w różnego rodzaju projektach ze środków perspektywy finansowej 2014-2020. Te dwa elementy chcemy połączyć.

To jeśli chodzi o uwagi, które były zgłoszone... Jeszcze tylko powiem, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie stara się w ramach konkursów wpuszczać nowych oferentów, nowych świadczeniodawców na rynku czy też ich blokować, ponieważ konkurs musi być otwarty z założenia, i do niego nie można zabronić dostępu jednostkom, które się zgłaszają. I to element istotny. Mamy tę konkurencyjność i na to też musimy zwrócić uwagę. To powoduje – oczywiście – określone perturbacje, jak zdarzyło się na Pomorzu, kiedy to przystąpiło kilkaset nowych podmiotów tak naprawdę do „konkursowania” a wiadomo, że przy środkach, które są w miarę podobne, najczęściej kończy się tym –

to wynika z rachunku prawdopodobieństwa – że część tych nowych podmiotów konkursy wygra kosztem starych. To jest oczywiste.

Polityką Funduszu natomiast nie jest kreowanie nowych podmiotów, to nie jest jego zadanie, tylko takie rozpisanie konkursu i takie ustawienie procedur w poszczególnych konkursach, żeby uczciwie rozstrzygnąć ten proces i żeby najlepsze jednostki otrzymały kontrakty. I dopilnować tego, by dostępność pacjentów była równa, powinna przynajmniej być równa, w całym terenie, i nie dopuszczać do powstawania ewentualnie białych plam. To się na Pomorzu zdarzyło i było jednym z powodów odwołania pani dyrektor Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku.

Jeśli chodzi o szczegóły tych rozwiązań czy pytań do pana prezesa, to oddałbym głos panu prezesowi Pakulskiemu.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dobrze, ale jeszcze do tej polityki zdrowotnej rządu pani poseł Fotyga, tak? Proszę bardzo, pani minister.

Poseł Anna Fotyga (PiS) – spoza składu Komisji:

Dziękuję bardzo. Oczywiście, że śp. prezydent nie odnosił się do konkursu, który został rozstrzygnięty na Pomorzu czy w Bydgoszczy. Przypomnę panu ministrowi tylko, że śp. pamięci prezydent był również kandydatem na ministra zdrowia w rządzie Jerzego Buzka. Wybrał tękę ministra sprawiedliwości. Był osobą, która przede wszystkim wspominała, że system, który państwo wprowadzacie i polityka zdrowotna, którą państwo prowadzicie, m.in. jeśli chodzi o funkcjonowanie placówek i system kontraktowania usług, procedur medycznych, tak naprawdę wskazuje na główny zamysł, a mianowicie prowadzący poprzez komercjalizację – i tutaj odniesienie do tych refleksji dotyczących funkcjonowania biznesu – do prywatyzacji, nie chcę już powiedzieć, że prywatyzacji przez upadłość. Mamy w województwie pomorskim do czynienia akurat z bardzo wieloma sytuacjami, w których widzimy, że po prostu pozostawia się placówki, które mają znakomitą tradycję, znakomity poziom, ale tak naprawdę próbuje się wykreować zupełnie nowe podmioty. I to jest całkiem świadoma polityka. Rozumiem, że pan minister, posługując się pięknym słowem jakoby z „Trenów” Kochanowskiego, tak naprawdę nawiązał do sytuacji systemu ochrony zdrowia nie tylko w województwie pomorskim.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Jak rozumiem, pan poseł Czartoryski też jeszcze w sprawie polityki zdrowotnej chciałby zabrać głos? Proszę.

Poseł Arkadiusz Czartoryski (PiS):

Pan minister powiedział bardzo ważne rzeczy. Czy nie przesłyszałem się? Bo rzeczywiście co do diagnozy problemu chyba zgadzamy się, że nie może być tak, iż ktoś kupuje sprzęt za miliony i jest to jego ryzyko a potem się okazuje, że nie ma kontraktu. Pół biedy, kiedy jest to na prywatny rachunek. A jeśli kupuje to SPOZ z pieniędzy podatnika, np. samorząd województwa...

Tylko czy pan tutaj, przy nas powiedział, że państwo chcecie to zrobić za pomocą takiej rewolucji, że... Bo przypomnijmy, iż do tej pory było to tak, że konsultanci medyczni, krajowi bądź wojewódzcy na podstawie badań specjalistycznych medycznych, naukowych badań, stwierdzali potrzebę zdrowotną, następnie ta potrzeba była wyartykułowana w koncepcji użytkowej danego szpitala, następnie podpisywany był kontrakt i następnie podjęta była decyzja. I to rozmijało się z kontraktami. A takie wypadki są oczywiście, mogę o nich mówić. I to była dla mnie absolutna bzdura, bo powinno się spotkać z kontraktem na końcu, skoro wcześniej wojewoda itd., konsultanci wojewódzcy podjęli decyzję o pewnych inwestycjach.

I teraz pan twierdzi, że będzie to wyeliminowane w ten oto sposób, że będzie wymagana wcześniejsza parafka płatnika, czyli że nie konsultanci medyczni będą decydować o potrzebie zdrowotnej inwestycji, tylko płatnik na początku, pierwotnie? Bo jeżeli tak, to jest to – oczywiście – potężna rewolucja, ale absurda, pomieszanie pojęć. Nie od tego jest Narodowy Fundusz Zdrowia, żeby pierwotnie stwierdzić, czy potrzeba pod-

jęcia np. szkolenia grupy lekarzy, pielęgniarek, przygotowania się do wyjścia naprzeciw potrzebie zdrowotnej. Nie od tego jest Narodowy Fundusz.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Minister Neumann, proszę.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Muszę pana chyba rozczarować albo też przekazać wiedzę, która wydaje się powszechna w Polsce, ale widać nie. Szkolenie pielęgniarek naprawdę nie jest inwestycją. I może mi pan wierzyć lub nie, ale to naprawdę nie jest inwestycja i nigdy nie będzie. Mówimy o twardych inwestycjach zakupu sprzętu lub budowy np. nowego oddziału. Gwarantuję panu (i to nie jest kwestia rządów tych, poprzednich czy jeszcze bardziej odległych), że nigdy, nigdy nie było żadnej potrzeby uzasadnienia potrzeby medycznej przy inwestycjach, ze środków unijnych czy własnych. Była to decyzja podejmowana w ramach dostępu do środków, np. unijnych, gdzie procedury dostępu do tych środków nigdy, w żadnym wypadku nie wymagały jakiejkolwiek decyzji medycznej jakiegokolwiek konsultanta, stwierdzenia potrzeby medycznej tej czy innej. Dlatego w ten sposób, panie pośle, mamy wiele miejsc, gdzie tomografy są obok siebie, rezonanse są obok siebie i żaden ten rezonans i tomograf nie ma takiego obłożenia kontraktem, żeby był w stanie tak naprawdę na sobie zarobić. Nigdy tak nie było.

Mówimy dziś właśnie o tym, że potrzebę medyczną ma wykreować czy pokazać mapa potrzeb zdrowotnych, opracowana przez specjalistów, fachowców w zakresie medycyny, poszczególnych dziedzin. I ta mapa ma być podstawą decyzji na przyszłość, wykazać, że – rzeczywiście – jest taka potrzeba i np. trzeba zbudować nowy szpital w tym miejscu. Do dzisiaj nigdy takiej decyzji nikt nie podejmował. Po prostu podjęto decyzję o inwestycji. Ktoś sobie jakiś biznesplan szykował i tę inwestycję wprowadzał w życie.

Poseł Arkadiusz Czartoryski (PiS):

Tak. Wojewoda, lekarz wojewódzki.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Prywatny inwestor, starosta, marszałek, rektor. Te ciała podejmowały decyzje. W żadnym z tych wypadków nie było nigdzie wymogu (czy to przy sięganiu po środki unijne, czy jakiegokolwiek inne) udowodnienia potrzeb medycznych. Bo zakłada się, pewnie słusznie, że te potrzeby medyczne są na tyle szerokie i pojemne, że właściwie każda inwestycja będzie zużytkowana przez nie.

My mówimy dzisiaj o racjonalizacji tych inwestycji, o racjonalizacji także z punktu widzenia płatnika publicznego i jego możliwości. Bo jesteśmy w stanie sobie wyobrazić, że możemy każdej przychodni zafundować tomograf, tylko że ten tomograf nie będzie mieć potem kontraktu. A jeszcze muszą być specjaliści, którzy muszą go obsłużyć. Chodzi więc o racjonalizację. To ma być właśnie jednym z elementów pracy konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach, konsultantów zdrowia publicznego czy ekspertów od zdrowia publicznego właśnie w przypadku potrzeb zdrowotnych. To, o czym pan mówi, chcemy wprowadzić. Bo tego nie ma, niech mi pan wierzy. Do tej pory w żadnym programie – czy to dotyczącym środków unijnych, czy jakichkolwiek innych – tego nie ma.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Pani przewodnicząca Piotrowska, proszę.

Poseł Teresa Piotrowska (PO):

Mam jeszcze pytanie, panie ministrze, bo mnie chodziło o to, kto tak naprawdę powinien decydować o takich przedsięwzięciach i powiem to na przykładzie. Otóż mamy w Toruniu wielki szpital dziecięcy, ogromny, z problemami utrzymania ze względu na to, że jest to tak duża inwestycja, iż przysłowiowo, w cudzysłowie, wiatr hula po korytarzach, bo wybudowano to za duże. W promieniu 40 km, w Bydgoszczy, buduje się w tej chwili ogromny szpital dziecięcy. Mamy w Bydgoszczy ogromne Centrum Onkologii z tradycjami, z renomą, z marką a w tej chwili słyszymy, że planuje się albo – nie wiem – już zdecydowano, że w Toruniu w szpitalu miejskim będzie inwestycja na ogromne miliony

złotych na oddział onkologiczny czy klinikę onkologiczną, już nawet nie wiem, w temacie przeszczepu szpiku kostnego.

No, kto ma o tym decydować, że to jest błędna polityka, że to wyrzucanie pieniędzy, dlatego że zamiast kumulować w tych miejscach, gdzie jest już specjalistyczna aparatura, aparatura diagnostyczna ... I kumulować to w tych miejscach, bo promień 35-40 km w dzisiejszych czasach nie jest żadną przeszkodą, nie jest w istocie problemem. Jeśli natomiast w tych miejscach, to w takim szpitalu miejskim w Toruniu dla przeszczepów szpiku kostnego potrzeba powielić wiele tych specjalistycznych, diagnostycznych aparatów i trzeba to kupić. To kosztuje ogromne pieniądze. A w Bydgoszczy to wszystko jest.

Kto więc miałby podejmować decyzje i umiał powiedzieć kategorycznie: „nie, nie będzie pieniędzy, nie będzie kontraktów w przyszłości na tego typu działania, bo tak nie powinno być”? O to mi chodziło. A dlaczego to pytanie? Dlatego że wydaje mi się, iż słyszałam, że pan minister Arłukowicz mówił o centrach wojewódzkich przy wojewodzie, gdzie będzie się odbywało kreowanie polityki zdrowotnej dotyczące inwestycji w poszczególnych regionach. Diagnoza, co mamy, czego ewentualnie potrzebujemy i w co będziemy inwestować. A jeżeli ktoś chce na własną rękę, za własne pieniądze, to niech to robi. Ale wtedy nie może mieć pretensji, że nie będzie mieć kontraktu.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Panie ministrze, skoro jeszcze widziałem dwa zgłoszenia, to może jeszcze pytania i potem pan odpowie. Pani poseł Bańkowska i pan poseł Bury, proszę bardzo.

Poseł Anna Bańkowska (SLD):

Właśnie w tym rzecz, że nie wiemy, czy wszystkie te inwestycje są pacjentom potrzebne, czy to wynik ambicji szefów, ponieważ nikt tego nie bilansuje, nikt nie bilansuje potrzeb pacjentów. Czyli założmy, że ustawilibyśmy na każdym rogu tomograf i gdyby on pracował... nie wiem, nie 24, ale 16 godzin na dobę, to czy ze strony nas, pacjentów jest taka potrzeba, żeby tyle tych tomografów było czy nie? Czyli, kto w Polsce jest w tym momencie odpowiedzialny za zbilansowanie potrzeb i nakładów? Mówię o nakładach inwestycyjnych, bo jeśli dalej będzie taka polityka, że każdy sobie i że główne pieniądze na służbę zdrowia pójdą na jakiś sprzęt, który stoi w renomowanym miejscu, w dobrej sali, tylko jest nie wykorzystywany, ponieważ NFZ nie daje pieniędzy na pracę tego urządzenia, to może nie daje dlatego, że gdyby nie te inwestycje, byłoby więcej pieniędzy na te usługi?

No nie wiem. Już się zaczynam gubić, bo z jednej strony co chwilę wstęgi są przecinane, a z drugiej strony – tak, jak pokazują te liczby – wydłuża się czas oczekiwania na podstawowe świadczenie medyczne.

Czyli, panie ministrze: kto jest w stanie dzisiaj zbilansować i ocenić, biorąc pod uwagę jakąś mapę potrzeb, co jest nam niezbędne, w jakim kierunku jeszcze powinniśmy iść? To jest pierwsze pytanie. I drugie: co się wydarzyło takiego, żeby w moim województwie tak znacznie wydłużyła się kolejka pacjentów do podstawowych świadczeń specjalistycznych? To mnie bardzo interesuje. I po trzecie: kiedy wreszcie nie będziemy nagabywani jako posłowie, żeby zrobić porządek z zadłużeniem NFZ wobec szpitali, kiedy się skończą te długie za nadwykonania, te klótnie, nawet medialne: dyrektor ma rację, nie, NFZ ma rację? Miliony złotych w grę wchodzi, pacjenci się trzęsą. I po czwarte: czy możemy się czuć bezpiecznie, czy poprawi się dostępność do usług onkologicznych dla pacjentów naszego województwa?

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję. Pan poseł Bury.

Poseł Anna Bańkowska (SLD):

A technicznie, przepraszam, jesteśmy przygotowani super. Bo jeśli ktoś nieszczęśliwy trafi do Centrum Onkologii, to wie, że zrobią tam wszystko, by wrócił do zdrowia w bardzo dobrych warunkach diagnostycznych.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Bury.

Posel Jan Bury (PSL):

Panie ministrze, odnoszę wrażenie, że my wszyscy w Polsce znamy się na służbie zdrowia bardzo dobrze, bo każdy ma świetny pomysł, ale my wszyscy mamy dobrą wiedzę o służbie zdrowia w Polsce, i pacjenci, i posłowie, i nie tylko. Ale, wie pan, coś w tym jest, bo odnoszę wrażenie, że rzeczywiście wszyscy Polacy wiedzą, gdzie jest problem, tylko minister zdrowia nie umie go rozwiązać. I to nie tylko ten, lecz paru ministrów z rządu ma problem z tym, jak to rozwiązać. Nie mówię tylko o kontraktach, o Narodowym Funduszu Zdrowia, o tym, że wciąż się wydłużają kolejki, ale mówię o zjawisku prostym. Każdy przedsiębiorca prywatny, jeśli ma firmę, stawia w tej firmie maszynę – czy tokarkę, czy spawarkę, czy jakieś urządzenie bardzo wysoko wydajne i bardzo drogie – to obkłada je na okrągło 24 godziny na dobę, żeby ono na siebie zarabiał.

A służba zdrowia to jest taka instytucja (czy prywatna, czy publiczna, państwowa czy samorządowa, ale publiczna, w tym sensie mówię), która w bogatym kraju, bo Polska to bardzo bogaty kraj, bo tylko bogaty kraj może kupować tyle sprzętu nowoczesnego w tak krótkim czasie... Polska jest bardzo bogatym krajem naprawdę. Nie mówię na przykładzie jednego województwa czy jednego miasta mojego czy Gdańska, czy Bydgoszczy i Torunia, bo się nie kochają, nie mówię. Ale większość miast wojewódzkich dzisiaj w Polsce ma jeden, dwa, trzy szpitale wojewódzkie, jeden szpital miejski, często jeszcze szpital wojskowy, policyjny – MSW czy MON. Często jeszcze, bardzo często jeszcze w tym samym mieście dużym wojewódzkim lub byłym wojewódzkim istnieje dwie, trzy, cztery, pięć, sześć, siedem klinik prywatnych, które są albo klinikami, które mają kilka oddziałów szpitalnych, albo są tylko i wyłącznie spółką, która robi tylko i wyłącznie tomograf lub rezonans. I ten sam lekarz ze szpitala publicznego (czytaj: samorządowego lub państwowego) z kliniki państwowej idzie po południu opisywać te tomografy wszystkie.

Ale wszystkie te urządzenia wysokomedyczne, wysoko wydajne i bardzo drogie w zakupie, kupowane za pieniądze – oczywiście – publiczne (bo unijne to też publiczne, nasze też publiczne), pracują jedną trzecią, jedną czwartą, jedną piątą czasu. Panie ministrze, szlag trafia normalnego człowieka, bo nie dość, że jest ich więcej, to dostępność jest gorsza, a jeszcze podatnik polski od lat wielu czy to z programów unijnych wojewódzki ZPO, czy z centralnych, czy także z Narodowego Funduszu, bo do każdego zakupu, jeśli szpital, jednostka ma kontrakt, to także ma swój wkład własny i wiadomo, te pieniądze te pochodzą skądś, pochodzą także w części z tego, co zostaje, z oszczędności, które nie są tylko i wyłącznie kosztem, bo też przecież na kontraktach szpitale zarabiają, jeśli są dobrze ułożone.

Powiem uczciwie, w moim przekonaniu... Nie wnिकam, czy to jest prywatna, czy publiczna, czy państwowa jednostka służby zdrowia, ale żaden właściciel prywatny nie pozwoliłby sobie, żeby taki drogi sprzęt po prostu się marnotrawił, pracując na jedną czwartą gwizdka. To marnotrawstwo.

Myślę więc, że istnieje niezbędna potrzeba... Będzie to trudne w obszarze prywatnych klinik czy jednostek, ale w obszarze publicznym – czy to samorządowym, czy państwowym, nieważne, czy jest pod nadzorem ministra obrony czy ministra zdrowia, czy kogoś innego, czy klinika jest pod nadzorem uniwersytetu, bo i taka sytuacja występuje, prawda? Ale istnieje jakaś potrzeba, żeby ktoś w ukochanym państwie o nazwie Polska skoordynował to, zbilansował to, obliczył to i spróbował zracjonalizować funkcjonowanie tego sprzętu, tych wysoko specjalistycznych procedur i nowych budynków przy okazji. Może w ten sposób pacjent wiedziałby, dokąd pójść, gdzie te kontrakty jeszcze są, gdzie te kolejki można wydłużyć, a nie tak, że pacjenci biegają od jednego do drugiego, często – jak mówię – prywatnego także właściciela, bo jak grzyby po deszczu powyrastały nam prywatne spółki, które mają tylko usługi rezonansu, tomografu lub inną jeszcze wysoko specjalistyczną usługę, i o dziwo!, otrzymują też kontrakty, bo startują, mają dobre procedury, niskie koszty, więc dostają kontrakt, kosztem szpitala publicznego czy samorządowego, czy państwowego, nieistotne.

Istnieje potrzeba, żeby wreszcie w jakiś sposób to zracjonalizować i być może po prostu w Polsce zaprzestać głupich zakupów kolejnego nowoczesnego sprzętu i napychania kasy wielkim zachodnim koncernom, bo to są bardzo drogie urządzenia. To nie żarty.

Nasza służba zdrowia w ostatnich latach nabyła mnóstwo dobrej jakości wysoko wydajnych urządzeń i sprzętu, które powinny służyć, a często nie służą pacjentowi.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Jeszcze pani poseł Bańkowska, piąte pytanie, potem pani poseł Pitera.

Posel Anna Bańkowska (SLD):

Tak? Teraz ja?

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Proszę bardzo, rozumiem, że to kolejne pytanie, piąte.

Posel Anna Bańkowska (SLD):

No, trudno. Pan poseł Bury tak mówi o tym, żeby zbilansować, tylko jeszcze karetki by musiały mieć prawo jeździć najkrótszą drogą do sąsiedniego szpitala a nie 50 km wkoło, bo to jest też nasz problem.

Mam do pana prezesa NFZ jeszcze, bo tak odeszliśmy od tego tematu...

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Ale, pani poseł, polityka zdrowotna a następnie przejdziemy do NFZ.

Posel Anna Bańkowska (SLD):

Aha. Dobrze.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Najpierw pana ministra odpytujemy. Pani poseł Pitera i pani poseł Kolenda-Łabuś. Proszę bardzo.

Posel Julia Pitera (PO):

Chciałabym wrócić do czegoś, o czym już mówiłam jakiś czas temu, ale znowu miałam tego typu doświadczenie, więc nie był to przypadek, wydarzenie jednorazowe, ale jak widać, rzecz jest trwała. Chodzi mi o tę nocną pomoc lekarską. W ostatnim czasie trzykrotnie korzystaliśmy z niej z mężem i za każdym razem była to fantastyczna wizyta. No, bo pusta kompletnie przychodnia, siedzący lekarz, ani jednego pacjenta. Tak jak tam zostałam ze swoim zaziębieniem przebadana, daj Panie Boże, żeby lekarz zawsze miał dla mnie tyle czasu. Tylko mając świadomość, ile to kosztuje – i pani z recepcji, i pielęgniarki, i wszystko razem – podcinam sobie gałąź, ale to była przychodnia przy Malczewskiego. Następnie moja teściowa miała półpaśca, akurat był jakiś ciąg wolnych dni i jeździłam z nią z kolei do poradni przy Sapieżyńskiej 10. Dokładnie ta sama historia – żywego ducha, pielęgniarki, lekarz, no po prostu fantastyczne, tylko...

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Pani poseł, żeby tak było w całej Polsce, nie pytalibyśmy...

Posel Julia Pitera (PO):

Panie przewodniczący, mówię o tym, że tak nie ma nigdzie na świecie. O tym mówię. Krótko mówiąc, poziom obsługi... Mając świadomość, że nie jest to prywatna przychodnia, tylko jednak są to kontrakty za publiczne środki, NFZ, muszę powiedzieć, że jednak bym się lepiej czuła, gdybym sobie poczekała w kolejce, gdy siedzą trzy osoby, miałabym jakieś poczucie dobrze wydanych pieniędzy.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Zapraszamy do województwa kujawsko-pomorskiego.

Posel Julia Pitera (PO):

I mając świadomość jednocześnie...

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Tam czeka się kilkadziesiąt dni.

Posel Julia Pitera (PO):

...że obok mam szpital reumatologii, drugi szpital przy Wołoskiej, że mam szpital... gdzie tam jeszcze?... wojewódzki przy Stępińskiej, że dookoła mam pięć szpitali pewnie

(mogłabym policzyć), czułam się dziwnie, muszę powiedzieć. Wolalabym, żeby te pieniądze jednak gdzie indziej poszły. I dlatego to jest moja uwaga: czy rzeczywiście to się prawidłowo odbywa, bo nie jestem przekonana. Albo więc jest słaba reklama, bo jednocześnie wiem, że do pogotowia ludzie walą drzwiami i oknami z każdym skaleczonym palcem, co jest kompletnie bez sensu, i z bólem głów, z drugiej strony wzywają pogotowie... Tak, że nie wiem, może coś jest niedobrze z propagandą, która funkcjonuje. Nie wiem, na czym polega ten problem, ale z całą pewnością jest to – mówię przeciwko sobie – głęboko nieracjonalne.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Zaraz nam pan minister odpowie, ale jeszcze pani poseł, tak? Proszę.

Poseł Brygida Kolenda-Łabuś (PO):

Dziękuję, panie przewodniczący. Rozumiem, że teraz pytania do pana ministra. To, o czym mówił pan poseł Bury, że gdy się wstawia tokarkę do garażu, to nawet w wypadku najmniejszej nawet tokareczki poprzedzone jest to badaniem rynku. I w tym rzecz, że to, o czym pan minister tutaj mówił, ma być swoistym badaniem rynku i określeniem potrzeb tego rynku medycznego. To jest optymistyczna informacja i bardzo się z tego cieszymy, ale mnie osobiście nie daje odpowiedzi na tę nurtującą pana posła Czartoryskiego wątpliwość, (mnie zresztą również): czy mianowicie ta pozytywna opinia w momencie aplikowania o środki unijne albo o środki publiczne, pozytywna opinia płatnika da temu inwestującemu pewność uzyskania kontraktu na okres zwrotu tych inwestycji? Bo gdyby tak miało być, to jest to jakby wbrew zasadom dziś obowiązującym, to jakby promesa kolejnych kontraktów.

Czy w tym względzie są przewidywane jakieś zmiany? Bo to rzeczywiście jest rewolucyjny krok, ale może słuszny, żeby zwłaszcza publicznych pieniędzy nie wydawać bez możliwości korzystania z urządzeń, w które się inwestuje. Bardzo proszę o odpowiedź na tak postawione pytanie.

Rozumiem, że pytania do pana prezesa później?

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Tak.

Poseł Brygida Kolenda-Łabuś (PO):

To ja zgłaszam się, że będę miała je później.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Już były zadane wcześniej, ale jeszcze dodatkowo...

Poseł Brygida Kolenda-Łabuś (PO):

Mogę teraz?

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Nie, nie. Teraz poproszę pana ministra, a potem pan prezes zechce odpowiedzieć na pytania, które zostały zadane a następnie będzie jeszcze kolejna tura.

Panie ministrze, proszę.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Szanowni państwo, wszyscy, jak tu siedzimy, mamy właściwie tę samą diagnozę, że inwestycje powstają nie tyle z powodów medycznych, ile zupełnie innych. Kto za to dzisiaj bierze odpowiedzialność? No ten, kto jest właścicielem jednostki. Jeżeli to jest Toruń i szpital miejski, to władze Torunia, prezydent Torunia czy Rada Miasta Torunia, która decyzję o tej budowie podjęła i szuka środków; jeżeli jest to szpital powiatowy, to robi to starosta, jeżeli szpital uniwersytecki, robi to senat uczelni i rektor, szukając pieniędzy.

Pan poseł Bury dość jasno wskazał problem. Rzeczywiście, w biznesie każdym innym prywatnym jest tak, że robi się biznesplan pod pewne przychody. W ochronie zdrowia – i, rzeczywiście, tak jest od zawsze – zakłada się, że gdy już powstanie nowy szpital, lobbing i nacisk będzie na tyle silny na płatnika, że kontrakt w końcu będzie. Nikt się nie przejmuje takim drobiazgiem jak ustalenie wcześniej z płatnikiem, czy ta inwestycja jest dziś potrzebna. Problem jest bardzo skomplikowany, bo nakłady na inwestycje

w ochronie zdrowia są potężne, Polska zrobiła nieprawdopodobny krok do przodu, jeśli chodzi o wyposażenie szpitali w sprzęt – i to jest plus, to podnosi jakość świadczonych usług niewątpliwie. Tylko pamiętajmy, że za to płaci płatnik publiczny – czy to NFZ, czy jakiś inny, wcześniej kasy chorych. Czy będzie później NFZ czy nie, to oddzielna historia. Płaci więc płatnik publiczny, który ma ograniczoną liczbę pieniędzy. I na te tomografy np. ma liczbę 100, dzieli ją na 20 aparatów, czyli średnio przypada na każdy z nich 5. Jeżeli będziemy mieć 200 tomografów, to średnio będzie to 2,5. Po prostu, bo tych pieniędzy nie przybywa tak szybko, jak przybywa inwestycji w ochronie zdrowia. I to powoduje też napięcia, które występują, powoduje też i to, że ten sprzęt jest nie wykorzystywany tak, jakbyśmy sobie tego życzyli, bo – rzeczywiście – sprzęt jest jednym z najdroższych elementów systemu i istotnie powinien być mocno obłożony.

W naszym projekcie założeń, które konsultujemy, zakładamy powstanie przy wojewodzie rady eksperckiej, która byłaby ciałem doradczym wojewody i która by właśnie mapę zdrowotną (o czym mówił pan poseł Czartoryski) przygotowywała i żeby element podstawowy tej mapy, czyli potrzeba zdrowotna, która jest na danym terenie zdiagnozowana na leczenie danej jednostki chorobowej czy wyposażenie w dany sprzęt, który jest potrzebny, był kluczem do ubiegania się o środki publiczne. I nie ma znaczenia, czy ubiegać się będzie publiczna czy prywatna przychodnia bądź szpital. Mówimy bowiem o środkach publicznych, czyli uznajemy, że państwo ma prawo kreować politykę zdrowotną w ten oto sposób, że mówi, iż mamy tyle a tyle środków, ograniczonych i chcielibyśmy dać równą dostępność na danym terenie pacjentom oraz zadbać o to, by robić racjonalne inwestycje. Nie jest więc istotne, czy będzie to prywatny czy publiczny podmiot. Istotne jest to, by każdy z nich dostał od wojewody i od płatnika, który mówi o tym, że przez te pięć lat, i że to jest projekt unijny, będzie finansowanie. Bo to trzeba połączyć. Nie można z jednej kieszeni budżetowej dać pieniędzy na inwestycję np. europejską, gdzie ciągłość projektu trwa pięć lat a z drugiej strony mówić, że robimy kontrakt na trzy lata. W tych założeniach mówimy więc, że kontrakty muszą być dłuższe i te jednostki, które są na rynku, muszą mieć pewność działania, też niezależnie od tego, kto to jest.

Myślę, że założenia po zmianach, bo je konsultujemy, są po uzgodnieniach wewnętrznych, jesteście (bo to jest duża zmiana systemowa) w konsultacjach z samorządem, gdyż chcielibyśmy, żeby to przy wojewodzie jednak jako organie administracji państwowej nie zaangażowanym w rynek, czyli nie mającym własnych szpitali, własnych przychodni, tak jak ma marszałek, takie ciało powstało i, żeby on taką promesę dawał. To element zmian, które przygotowujemy i które zaprezentowaliśmy. Ale, jak mówię, to trudne, gdyż jest to przemodelowanie systemu płatnika publicznego, uważamy jednak, że jeżeli ktoś chce inwestować w ochronę zdrowia, ma na to środki i nie będzie aplikować o środki publiczne, to ma – oczywiście – do tego prawo i będzie sobie budował szpital, przychodnię, kupował sprzęt, ale wtedy będzie mieć na pewno świadomość tego, że jego start w konkursie skończy się niczym, bo nie będzie mieć „promesy” (w cudzysłowie) od wojewody wcześniej przyznanej. Nie będzie wtedy takich problemów, jakie wystąpiły w tych konkursach. Zależy nam bowiem na tym, aby jednostki, które funkcjonują na rynku i mają ciągłość leczenia, mają specjalistów, kadre i historię, na tym rynku przetrwały i były jednostkami głównymi.

To więc są założenia projektu, o którym mówimy. Chcielibyśmy, żeby robił to wojewoda. Dzisiaj natomiast – jak mówię – każdy właściciel podejmuje tę decyzję autonomicznie, nie zwracając uwagi na Narodowy Fundusz Zdrowia, bo nawet dzisiaj, kiedy przyjdzie do NFZ starosta, marszałek czy rektor i zapyta: „czy gdy zbuduję szpital pediatryczny, dostanę kontrakt?” a NFZ odpowie: „absolutnie nie”, to efekt jest taki, że on buduje dalej, bo zupełnie na odpowiedź nie zwraca uwagi. Nie ma bowiem dziś żadnej siły nawet decyzja przekazana na piśmie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, tak samo jak decyzja: „tak, przyznam panu kontrakt” też nie ma takiej siły, bo musi być konkurs.

Bez narzędzi prawnych, bez zmiany prawa nie da się tego w żaden sposób ogarnąć. Jest więc projekt przygotowany, chcielibyśmy go w tym roku zakończyć i nowe kontraktowanie powinny się odbywać już w nowym ładzie organizacyjnym.

I tak, jak pani poseł Piotrowska mówiła, to musi być na poziomie regionu – naszym zdaniem – a nie z poziomu Warszawy, bo stąd nie da się tego tak dokładnie rozeznaczyć jak

z poziomu regionu. Wszyscy wiemy, że w regionie łatwiej zdefiniować te potrzeby, jak też potrzeby inwestycyjne, nie tylko zdrowotne. Pewne nieracjonalne pomysły także łatwiej wyłapać niż na poziomie Warszawy, gdzie ten obraz jest znacznie mniej ostry.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

To jest racjonalne. Wojewoda jest przedstawicielem rządu w terenie a więc jest to racjonalne. Tylko, panie ministrze...

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Panie przewodniczący, nie wszystkim tak w regionach się wydaje, bo naprawdę konsultacje prawie półroczne moje z marszałkami i starostami nie zawsze dają taki obraz. Bo jest to także kwestia wpływu na tę politykę i debata jest bardzo gorąca.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Musi być koordynator, co do tego chyba nie ma nikt wątpliwości. Musi być ktoś, kto bilansuje potrzeby i nakłady, bo bez tego będziemy mieli do czynienia za chwilę z upadłością poszczególnych szpitali. I właśnie, to jest sprawa czasu, upływającego czasu, tego, że szpitale, duże szpitale zadłużają się a więc problem narasta. Jest to więc sprawa, która wręcz nie cierpi zwłoki. W tej sytuacji rozumiem, że zakreśla pan termin do końca tego roku. Tak? A więc długi termin, bo konkursy są już na lata 2013-2016.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Dlatego, że składamy wcześniej nowelę ustawy, która pozwoli aneksować umowy. Ta ustawa jest już na Komitet Stały skierowana i myślę, że jeszcze we wrześniu trafi do parlamentu. Pozwoli ona przez ten rok aneksować umowy i zrobić tę zmianę systemową.

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

To teraz poprosimy pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Pan pamięta pytania, które były zadawane w pierwszej turze? Proszę bardzo.

Zastępca prezesa NFZ do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, panie i panowie posłowie, zacznę od pytań pana posła Czarторыskiego. Pan poseł zapytał retorycznie, dlaczego dobro pacjenta nie jest celem Narodowego Funduszu Zdrowia. Otóż powiem tak: jest celem, tylko że „dobro pacjenta” jest określeniem ogólnikowym. Cele są określone szczegółowo w ustawie i, chciałbym to podkreślić, która została uchwalona w gmachu Sejmu 27 sierpnia 2004 roku. Od tego czasu zasadnicze jej elementy nie zmieniły a zwłaszcza artykuł, który mówi – zacytuję, jest to art. 134 – „Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia, informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.” Artykuł ten nie zmienił się od 2004 roku. Tak więc na tej podstawie funkcjonuje Narodowy Fundusz Zdrowia i musimy stosować te zasady, które są określone, uwzględniające równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców.

Przede wszystkim jednak podmiotem jest pacjent i szereg artykułów opisuje sposób zabezpieczenia interesu pacjenta, jak też inne elementy, które są brane pod uwagę w wypadku rozstrzygania postępowań konkursowych. Pozwoliłem sobie przedstawić państwu w tych materiałach, które dostarczyliśmy, czego one dotyczą. Opisane są one poprzez elementy jakościowe, przez elementy dostępu do świadczeń. One gwarantują interes przede wszystkim pacjenta.

Cena również ma wpływ na dostępność do świadczeń. Jeśli bowiem mamy do czynienia z budżetem, który jest oczywiście określony, to jeśli kupujemy świadczenia w niższej cenie, oznacza to, że jesteśmy w stanie zwiększyć dostępność do świadczeń, jesteśmy w stanie zapewnić większą liczbę jednostek rozliczeniowych, czyli punktów, którymi rozliczamy świadczenia ze szpitalami czy też z poradniami. Na marginesie chciałbym wspomnieć, że przykład akurat z ostatniego postępowania na Pomorzu pokazuje, iż oddział pomorski, kupując świadczenia w zakresie tomografii komputerowej w cenie niższej o 90

gr, był w stanie zapewnić 300 badań dodatkowo. Cena ma więc istotne znaczenie. Gdybyśmy się tym nie kierowali, nie mielibyśmy tego kryterium, które pozwala jednak wybierać tych świadczeniodawców, którzy – krótko mówiąc – wyleczą, zbadają czy zrealizują świadczenia wobec większej liczby pacjentów.

Pan poseł wspomniał również o tym, że Narodowy Fundusz dokonuje hazardu, wprowadzając nowe podmioty na rynek. Chciałem powiedzieć, że... Chaosu i hazardu, użył pan na pewno słowa „hazardu”, bo zanotowałem to. Chciałem więc powiedzieć, że prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ani dyrektor oddziału wojewódzkiego nie decydują o zarejestrowaniu podmiotu na danym terenie, nie decydują o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych, nie dopuszczają do realizowania świadczeń zdrowotnych. Te kompetencje leżą po stronie Państwowej Inspekcji Sanitarnej, odpowiednich nadzorów, budowlanego np. i, oczywiście, służb wojewody. Zgodnie natomiast z zapisami ustawy, każdy, kto złoży dokumenty do konkursu, musi być równo traktowany, tak, jak to jest w brzmieniu artykułu, który pozwoliłem sobie państwu zacytować.

Dlatego też nie mamy wpływu na to, ile podmiotów będzie przystępowało do postępowania konkursowego. W tym postępowaniu konkursowym, które mieliśmy, liczba podmiotów była znacznie większa. Ale, jak państwu wspomniałem, przeprowadziliśmy analizę, co jest bardzo interesujące. Ilu lekarzy wykazujących się prawem wykonywania zawodu jest nowymi podmiotami, jest nowymi lekarzami na tym terenie, czyli możemy powiedzieć, czy nastąpiła jakaś migracja z Polski nowych ośrodków, które zaczęły się tworzyć. I wyszło nam, że takich nowych prawykonań zawodu jest tylko około 3 procent. W związku z powyższym to sami lekarze zaczęli tworzyć podmioty, w wielu wypadkach konkurencyjne wobec ich macierzystych miejsc pracy i przystępowali do konkursu, być może składając korzystniejsze oferty z punktu widzenia pacjenta. Stąd taki problem.

Chciałem też powiedzieć, że wszystko zależy oczywiście (co sam pan poseł... może ja to mówię...) od punktu widzenia problemu, ale sam pan poseł wskazał problem jednego z oddziałów, utworzonych nowych oddziałów onkologicznych, który nie uzyskał kontraktu. Otóż mamy tutaj, powiedziałbym, pewną niejednoznaczność. No, nie możemy zabronić... Jest oczekiwanie, że jeśli ktoś tworzy nowy oddział onkologiczny, to ma on otrzymać kontrakt. Z drugiej strony oczekiwanie, że nowi nie będą dopuszczani do rynku, jest sprzeczne z tą sytuacją, o której mówił pan poseł.

Chciałem również wspomnieć, że – co też jest istotne – w 2009 roku prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wydał postanowienie, w którym zobowiązał prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do usunięcia zapisów, które w jakikolwiek sposób uprzywilejowywały dotychczasowych świadczeniodawców. To zobowiązanie było również związane z nałożeniem kary finansowej na Narodowy Fundusz Zdrowia. Stąd to nie Narodowy Fundusz Zdrowia steruje sytuacją, w której jest możliwe tworzenie nowych podmiotów i ich aplikowanie o umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, ale są to elementy przepisów prawa w randze ustaw tworzonych przez Wysoką Izbę.

Pani poseł Fotyga rozumiem, że nawiązała do... Pytanie pani poseł było związane z tym, dlaczego są nowe podmioty. Myślę, że w tym, co mówiłem, jest też w dużej mierze odpowiedź na pytania czy wyjaśnienie wątpliwości pani poseł. ... Jeszcze raz w takim razie może powtórzę, że ustawa, na podstawie której funkcjonuje Narodowy Fundusz Zdrowia a szczególnie artykuły tej ustawy, które zobowiązują Narodowy Fundusz Zdrowia do równego traktowania świadczeniodawców, były określone w tekście pierwotnym (i obowiązują nadal nie zmienione) w 2004 roku.

Pani poseł Piotrowska pytała, w jaki sposób centrala prowadzi kontrole przebiegu konkursów. Otóż, centrala nie prowadzi na bieżąco kontroli jakichkolwiek przedsięwzięć realizowanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego. Kontrole są realizowane w drodze stworzonego planu kontroli i obejmują różne aspekty funkcjonowania oddziałów wojewódzkich. Są również kontrole doraźne, realizowane w sytuacji, gdy pojawiają się informacje o potencjalnych nieprawidłowościach, na bieżąco natomiast, w bieżącej współpracy, nadzorowane są takie kwestie jak np. tworzenie planów finansowych bądź też wyniki postępowań konkursowych. Czym innym nieco jest rozpatrywanie odwołań, bo jest to uprawnienie przysługujące każdemu uczestnikowi postępowania konkursowego i każdy uczestnik postępowania konkursowego, po zapoznaniu się z dokumenta-

cją konkursową, ma prawo złożyć odwołanie, w którym musi wykazać, że jego prawa zostały w jakiejś mierze naruszone i w tym kontekście to odwołanie jest rozpatrywane na podstawie dokumentów. Przede wszystkim na podstawie odwołania składanego przez odwołującego się, jak też na podstawie dokumentów, które są przygotowywane przez oddział wojewódzki.

Co do postępowania, pani poseł w szczegółach była zainteresowana postępowaniem konkursowym na nocną i świąteczną pomoc medyczną realizowaną na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Chciałbym przekazać pani poseł, iż Najwyższa Izba Kontroli realizowała kontrolę w tym obszarze. Przeczytałem wynik oceny kontrolowanej działalności w tym zakresie. „Ocena ogólna. Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność oddziału wojewódzkiego NFZ w skontrolowanym zakresie. Uzasadnienie: jednostka prawidłowo i rzetelnie wykonywała zadania związane z zabezpieczeniem dostępności do świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na terenie województwa kujawsko-pomorskiego w latach 2011-2013, w tym z przygotowaniem, zawieraniem i realizacją umów na udzielanie tych świadczeń. Oddział wojewódzki NFZ sprawował również skuteczny nadzór nad świadczeniodawcami, co przyczyniało się do poprawy jakości opieki nad pacjentami”. Ten raport jest dostępny w formie elektronicznej, ale jeśli pani poseł wyrazi życzenie, to mogę go przekazać.

Poseł Teresa Piotrowska (PO):

Mogę wejść w słowo, panie prezesie? No, właśnie to jest ten problem. Oceniał pan podmiot, który przegrał, został zdyskwalifikowany przez Narodowy Fundusz z Bydgoszczy. Tak, że ja się bardzo cieszę z tej opinii NIK, bo byliśmy jej pewni, spodziewaliśmy się jej, bo takie było odczucie mieszkańców przez te trzy lata działalności tego właśnie podmiotu. On w tym rozstrzygnięciu konkursowym, o którym mówiłam, przepadł.

Zastępca prezesa NFZ do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Nie zrozumieliśmy się. ...

Poseł Brygida Kolenda-Łabuś (PO):

Ta ocena NIK dotyczyła wcześniejszego okresu.

Zastępca prezesa NFZ do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Nie jestem w stanie w tej chwili pani poseł w szczegółach odpowiedzieć...

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Panie prezesie, to jest oczywiste, to jest zupełnie oczywiste.

Poseł Teresa Piotrowska (PO):

Pomoc doraźną i nocną w Bydgoszczy w 2011, 2012 sprawowała Fundacja „Zdrowie dla ciebie”, właśnie w Bydgoszczy.

Zastępca prezesa NFZ do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Pani poseł, w każdym razie chciałbym powiedzieć, że tak czy inaczej to pokazuje, iż postępowanie konkursowe prowadzone przez kujawsko-pomorski oddział wojewódzki było ocenione w sposób prawidłowy. Nie chciałbym polemizować teraz z ocenami, które są prowadzone przez Najwyższą Izbę Kontroli, oczywiście natomiast, ponieważ funkcjonujemy w obszarze państwa prawa, każdy podmiot, który nie uzyska satysfakcjonującego wyniku czy w drodze postępowania konkursowego, czy w drodze składanych odwołań do oddziału wojewódzkiego bądź do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, może również próbować rozstrzygnąć te wątpliwości na swoją rzecz w drodze postępowania sądowego, jak sądzę, w sposób obiektywny. I te rozstrzygnięcia myślę, że będą obiektywnie przyjęte przez wszystkich.

Pani poseł pytała o kody terytorialne. Kody terytorialne służą nam po to, żeby w sposób maksymalnie obiektywny, jednoznaczny zdefiniować obszary, na które jest ogłoszone postępowanie konkursowe. Kody terytorialne... W jakiś sposób przedmiot zamówienia w tym obszarze musi być opisany. Do tego służy kod terytorialny. On nie ma jakiegoś... To wynika... Nie, nie, to nie wynika z kodów terytorialnych, tylko to wynika z tego, że – i to nie zawsze, co chciałbym też zaznaczyć, jest skutek błędnego zaplanowania obszarów kontraktowania... Ale tzw. białe plamy mogą wynikać z tego, że... Gdyby Narodowy

Fundusz Zdrowia na początku, przed rozstrzygnięciem postępowania konkursowego wiedział, gdzie zawrze umowy, to nie byłoby to postępowanie konkursowe.

Posel Arkadiusz Czartoryski (PiS):

Panie prezesie, wejdę panu w słowo, bo troszkę wiemy o tym, jak to się odbywa. Kody terytorialne polegają na tym (i to wiemy), że w Warszawie ogłasza się konkurs na onkologię, lub pod Warszawą, i Mazowsze północno-wschodnie, gdzie nie ogłasza się w ogóle konkursu... To nie jest problem, że podmiot publiczny przegrał, nie. Na północno-wschodnim Mazowszu w ogóle nie ma np. na onkologię konkursu i efekt jest taki, że jest biała plama na północno-wschodnim Mazowszu i pacjenci jeżdżą do Warszawy na chemioterapię, radioterapię, dopóki mają pieniądze na taksówki i na samochody, dopóki jest komu ich wozić. Gdy pieniądze się kończą, przestają jeździć. I biała plama pozostaje. I to jest sposób na eliminację poszczególnych podmiotów. Właśnie kody.

Zastępca prezesa NFZ do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Nie. Nie, nie.

Posel Arkadiusz Czartoryski (PiS):

No, tak. ...Ma oddział, ale jest pusty, bo nie ma w ogóle głoszonego konkursu na ten kod, na to terytorium.

Zastępca prezesa NFZ do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Jeszcze raz. Kod terytorialny, proszę zrozumieć, służy do opisanie obszaru, na który ogłaszany jest konkurs w danym rodzaju i w danym zakresie świadczeń. I teraz wszystko zależy od tego... W naszej ocenie suma postępowań konkursowych musi obejmować całość województwa, oczywiście. Problem polega na tym, że moglibyśmy powiedzieć w ten sposób: „ogłaszajmy konkursy na świadczenia zdrowotne na każdą gminę”, tylko problem polega na tym, że nie w każdej gminie jest przedstawiciel w danym rodzaju czy w danym zakresie świadczeń. A ogłoszenie postępowania konkursowego oznacza zablokowanie konkretnej kwoty na dane postępowanie konkursowe. Dlatego też w sytuacjach, w których wiemy, że w danym obszarze jest np. jeden czy dwóch świadczeniodawców, nie ma sensu ogłaszać postępowania na bardzo małe obszary, dlatego że akurat tym dwóm świadczeniodawcom na przykład oddział wojewódzki nie byłby w stanie zaoferować satysfakcjonującej wartości umowy. Dopiero potem, po zakończeniu postępowania konkursowego i uwolnieniu tych kwot w postępowaniach, w których nie byłoby rozstrzygnięcia z powodu braku świadczeniodawcy, moglibyśmy ewentualnie prowadzić jakieś renegecje.

Na tym polega problem i to był przedmiot również prac ze strony centrali, aby wytworzyć pewnego rodzaju wskazówki, w jakich obszarach i w jaki sposób należy ogłaszać te postępowania konkursowe.

Rzecz jasna, nigdy natomiast nie możemy przewidzieć sytuacji takiej, w której np. okaże się, że podczas analizy dokumentów jakiś podmiot, który w pewnej części – założmy – powiatu obejmującego ileś tam gmin... Proszę dać mi skończyć.

Posel Arkadiusz Czartoryski (PiS):

Bo pan zaczyna żartować, nie ma tak w Polsce, że dla części gminy...

Przewodniczący poseł Mariusz Błaszczak (PiS):

Proszę państwa, proponuję zachować cierpliwość. Będzie jeszcze tura pytań.

Zastępca prezesa NFZ do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Że np. oferta musiała być odrzucona z powodu niespełniania wymagań określonych w postępowaniu konkursowym. I mamy np. przypadek niezagwarantowania świadczeń. W takiej sytuacji oddział ogłasza postępowania uzupełniające, co też nastąpiło w wypadku województwa pomorskiego.

Wróćę teraz do wystąpienia NIK-owskiego. Z wystąpienia pokontrolnego wynika, że okres tego ostatniego konkursu był również analizowany przez Najwyższą Izbę Kontroli.

Pani poseł Bańkowska pytała, w jaki sposób wykonywany jest nadzór i kontrola, jak rozumiem, przez prezesa. Są to przede wszystkim plany kontroli, które są zatwierdzane przez prezesa. Mówimy, jak rozumiem, o kontrolach oddziałów wojewódzkich. Następnie

są to, oczywiście, kontrole doraźne, a także analizy, które są wykonywane przez odpowiednie departamenty centrali Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach ogólnych. I jeśli są jakieś wątpliwości czy problemy wynikające z tych analiz, które są realizowane zdalnie, to wówczas następuje decyzja prezesa, czy to sprawdzenie pogłębić w drodze postępowania kontrolnego doraźnego, czy też nie.

Panie poseł pytała również, dlaczego jest tak, że kolejki wydłużają się. Powiem szczerze, że odpowiedź na to pytanie nie jest prosta, z tego względu, że od kilku lat nakłady na wszelkie rodzaje świadczeń, w tym na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, wzrastają. Muszę tu jednak powiedzieć taką rzecz, że świadczenia zdrowotne nie są zależne tylko i wyłącznie od wielkości nakładów, które są przeznaczane na dany zakres świadczeń, ale w sumie są zależne od trzech istotnych elementów. Przede wszystkim od obecności czy zapewnienia personelu medycznego, który jest w stanie wykonać dane świadczenia i również od infrastruktury, która jest dostępna na tym terenie. I w niektórych sytuacjach jest widoczne, że – tak jak np. endokrynologia, mamy tego świadomość – liczba lekarzy endokrynologów nie jest, niestety, wystarczająca w naszej ocenie do tego, aby w sposób lepszy zapewnić dostępność do świadczeń. No, ale NFZ nie ma wpływu na liczbę lekarzy endokrynologów. Staramy się akurat w tych obszarach zapewniać te świadczenia w jak największej liczbie.

Chciałbym też powiedzieć uwagę natury ogólnej, że rynek świadczeń zdrowotnych nie jest rynkiem popytu. Ten rynek nie jest kształtowany tak naprawdę przez potrzeby pacjentów. Jest to rynek podaży. Okazuje się mianowicie, że – tak jak np. w wypadku tomografii – liczba pacjentów przebadanych z roku na rok istotnie wzrasta. W 2010 roku kształtowała się mniej więcej na poziomie 700 tys. a w 2013 roku osiągniemy prawie milion osób, które będą miały wykonane tego rodzaju badanie. Mimo to kolejki się wydłużają. Mimo, oczywiście, zwiększania nakładów.

To dosyć złożony problem. Obserwujemy to. M.in. jedna z ostatnich zmian w zarządzaniu prezesa w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wprowadza wydzielenie finansowania świadczeń zabiegowych. Cel jest taki, aby można było w sposób obiektywny i bezstronny kierować środki finansowe do tych świadczeniodawców, którzy będą rozwiązywać problemy zdrowotne na poziomie świadczeń ambulatoryjnych, przede wszystkim. Będziemy obserwowali, oczywiście, bo też nie wszystko zależy od nas. Będziemy więc to obserwowali. Również poszczególne zmiany w wycenach świadczeń idą w kierunku takim, aby poprawić czy zachęcić świadczeniodawców do realizacji większej liczby procedur w trybie ambulatoryjnym. I chciałbym powiedzieć państwu, iż w doskonały sposób mamy zobrazowane, że mamy więcej świadczeń zrealizowanych – tych, które mogą być realizowane w szpitalu i w poradni – w tej chwili w poradni, co skutkuje zmniejszeniem liczby świadczeń realizowanych w szpitalu.

Pani poseł pytała też szczególnie o okulistykę czy dermatologię... Onkologię? To jest również problem złożony, ale w wypadku tym szczególnym, tego konkretnego podmiotu muszę powiedzieć, że tu nie mamy jasnej sytuacji, w tej chwili bowiem trwa kontrola w Centrum Onkologii w Bydgoszczy i, niestety, z informacji, które przekazał dyrektor oddziału kujawsko-pomorskiego, wynika, że ta kontrola nie zakończy się pozytywnie w swoim wymiarze, ponieważ zanotowano, iż szereg procedur jest... krótko mówiąc, zawyżane są koszty wykazywanych procedur do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jaki jest tego efekt? Otóż efekt jest taki, że publiczny płatnik ze środków, które są składkami nas wszystkich, jest finansowana mniejsza liczba procedur niż być powinna. No, ale ponieważ nie mamy jeszcze ostatecznego stanowiska i ostatecznych wystąpień pokontrolnych, nie chciałbym mówić o szczegółach. Szczegóły te, rzecz jasna, będą dla państwa jawne i do wglądu, i pewno będą dyskutowane. Świadczeniodawca będzie miał prawo do tego złożyć pewnie też swoje wyjaśnienia czy odwołania i będzie to, jak sądzę, rozpatrywane w trybie odwołania przez prezesa NFZ. Tego rodzaju nieprawidłowości zostały natomiast zasygnalizowane.

Pan poseł Bury... Może nie było w zasadzie szczególnych pytań do nas, ale jest to też pytanie, czy powinniśmy odejść od rynku wolnego, w którym, zgodnie z zapisami obowiązującej ustawy, każdy powinien być równo traktowany, na rzecz rynku koncesjonowanego, w którym dostęp do rynku świadczeń jest ograniczony.

Jeśli państwo będą mieć dalsze pytania, służę odpowiedziami.

Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):

Dziękuję bardzo, panie prezesie. Czy ktoś z państwa...? Pani poseł Bańkowska, pan poseł Śniadek, pani poseł Kolenda-Łabuś – w tej kolejności.

Bardzo proszę, pani poseł Bańkowska.

Posel Anna Bańkowska (SLD):

Tylko jedno – cieszę się, że pan prezes zacytował artykuł ustawy akurat ten, na podstawie którego firma, o której z panią poseł Piotrowską mówimy, odwoływała się ze względu na argumenty, że nierówne było traktowanie przy przetargu. Nie jestem w stanie tego wyjaśnić, powiem więc tak, cytując pana wypowiedź: „można się zastanowić, czy te zasady konkursu są dobre”, tak pan dzisiaj powiedział w pierwszym swym wystąpieniu. Mam więc pytanie, czy NFZ już się zastanowił i co o tych zasadach konkursu sądzi? Czy macie jakiś pomysł, żeby zmienić cokolwiek w prawie w kierunku, który usprawniłby sytuację pacjenta? Bo o to chodzi.

Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):

Dziękuję bardzo. Może poczekajmy, panie prezesie. W kolejności był pan poseł Śniadek, bardzo proszę.

Posel Janusz Śniadek (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, przepraszam, nie byłem od początku na posiedzeniu Komisji, pewne okoliczności sprawiły, że nie mogłem, czego bardzo żałuję, dlatego też być może nie usłyszałem, ale chciałbym usłyszeć, czy w województwie pomorskim oprócz odwołania pani Kawińskiej, prezes, podjęto jakiekolwiek działania naprawiające sytuację, która sprawiła, że po rozstrzygnięciach konkursowych prezydenci trzech miast: Gdańska, Gdyni i Sopotu, jak też marszałek województwa pisali o zagrożeniu życia i zdrowia ludzi i o igraniu z ludzkim życiem. Konkretnie chodziło przede wszystkim o brak ciągłości świadczeń. Jak wiemy, pacjenci są prowadzeni przez lekarzy, przez ileś lat spotykają się z nimi, jest prowadzona jakaś terapia. I nagle to wszystko się urywa, mają przenosić się do innej placówki. Kwestia dostępności do dokumentacji medycznej – te placówki, kiedy się do nich zwraca o udostępnienie posiadanych przez nie dokumentów, oczywiście umożliwiają to, ale tylko skserowanie – 80 gr za stronę a czasem jest to kilkadziesiąt stron dokumentów. Już nie chcę mówić o tym, że zwyczajnie stanowi dla wielu osób barierę finansową. Stąd te niebagatelne i niebłahe słowa, i to często od prominentnych przedstawicieli Platformy, stawiających zarzut igrania z życiem z życiem i zdrowiem ludzi.

Czy na tamte wystąpienia (nie pojedyncze przecież, było ich cały szereg, poszczególnych samorządów plus prezydentów miast) Narodowy Fundusz przygotował jakąś odpowiedź bądź też ministerstwo? Czy podjęto jakieś działania oprócz wyrzucenia pani dyrektor, działania poprawiające sytuację pacjentów?

Mam tu piękne słowa z ustawy, mówiące o równym traktowaniu podmiotów. Mam w sposób udokumentowany przypadek z Gdyni, gdzie w momencie zgłaszania ofert podmiot praktycznie nie istniał. Tak naprawdę dopiero w czerwcu, w chwili rozstrzygania konkursu, podjęto prace remontowe a już po rozstrzygnięciu konkursu rozpoczęło się zatrudnianie personelu. Na złożone odwołanie Fundusz łaskaw był odpowiedzieć, że nie może tego uwzględnić, ponieważ w odwołaniu nie wskazano, jaki przepis prawa został naruszony. To szyderstwo w żywe oczy.

Chciałbym w związku z tym usłyszeć, jakie działania naprawcze w Funduszu pomorskim zostały podjęte i czy ta sytuacja, powodująca, że istotne, powiedzmy, osoby z instytucji samorządowych piszą o zagrożeniu życiu i zdrowia, zostanie naprawiona.

Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Kolenda-Łabuś.

Posel Brygida Kolenda-Łabuś (PO):

Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, panie prezesie, chciałabym jeszcze wrócić do tematu równomierności rozłożenia usług, nieszczęśliwych białych plam. Już nie nazywajmy tego kodami terytorialnymi, białych plam.

Z tego, co pan był łaskaw powiedzieć, zrozumiałam, że nie całkiem wynik powstania białych plam ma przyczynę w źle ogłoszonych czy źle zredagowanych postępowaniach konkursowych. No, to jak... Przyjmuję to za dobrą monetę, za prawdziwe stwierdzenie. Pół godziny czy godzinę wcześniej powiedział pan natomiast, że pani dyrektor oddziału została m.in. z tego powodu odwołana, że efektem postępowania były białe plamy, które powstać nie powinny. Nie w pełni rozumiem więc logikę tego podejścia.

Co do generalnej zasady, czy konkurencyjne powinno być czy koncesjonowane zamawianie świadczeń, to myślę, że tu, w sali, nie mamy wątpliwości, że przepis z 2004 roku w sposób jednoznaczny określa tę potrzebę, konieczność wręcz, równego traktowania i uczciwej konkurencji. Żeby natomiast nie spotykać się z zarzutami naruszania tej uczciwej konkurencji, wydaje mi się, że jest potrzebna taka naprawdę rzetelna praca już od samego momentu przyjmowania ofert. Bo jeżeli zdarzają się takie przypadki, że nie są spełnione podstawowe warunki (już nie powiem: „brzegowe warunki”) jak np. wpis do rejestru podmiotów medycznych i taki podmiot uczestniczy w postępowaniu, to wydaje mi się, że zabrakło rozsądku osobom zarządzającym oddziałem. Takie fakty, oczywiście, muszą budzić emocje, muszą. Pan poseł Śniadek przed chwilą mówił np., że podmiotu nie było a uczestniczył w postępowaniu. To musi więc budzić emocje i musi budzić emocje negatywne.

Rozumiem, że na pytanie, jaki sposób kontroli sprawuje centrala, usłyszeliśmy całą pragmatykę, że planowe, doraźne, jakieś tam. Jeżeli jednak wpływa odwołanie i w odwołaniu tym są konkretne zarzuty i zasadność tych zarzutów nie jest w ogóle kontrolowana, to myślę, że coś tu działa nie tak, jak oczekiwaliśmy, zwłaszcza kiedy chodzi o wydawanie publicznych pieniędzy.

Moje pytanie, myślę, że już ostatnie. Pojawiły się tutaj zarzuty, że sposób postępowania w tych dwóch województwach ma na celu kreowanie nowych podmiotów. Jako że jestem stronnikiem czy wyznawczynią zasady konkurencyjności, tych zarzutów absolutnie nie chciałabym powtarzać. Mam natomiast pytanie (może mam złą wiedzę?): czy w sytuacji, o której pan mówił przed chwilą, kiedy nie dochodzi do wyłonienia podmiotu i są ogłaszane postępowania uzupełniające, czy to prawda, że w tych postępowaniach nie może brać udziału nikt, kto już ma wcześniej zawarty kontrakt? Czy to nie jest kreowanie nowych podmiotów? Bo ustawa tego zabrania, prawda? No, więc właśnie. Więc jednak gdzieś, chociażby poprzez te postępowania uzupełniające... Nie twierdzę, że to są nowe podmioty. Kreatywność placówek jest taka, że to są ci sami lekarze, którzy tworzą nowe podmioty i właściwie ten przepis ustawy ich do tego niejako zmusza. Ale właśnie w ten sposób na rynku pojawiają się nowe podmioty, również poprzez postępowania uzupełniające.

Co do tego, czy rynek świadczeń medycznych jest rynkiem popytu czy podaży, to myślę, że moglibyśmy cały dzień spędzić, dyskutując na ten temat, bo jeżeli mówimy, że są urządzenia wysoko specjalistyczne, drogie, kosztochłonne, które są obłożone w trzydziestu procentach, to chyba nie całkiem jest prawdą, że jest to rynek podaży, jeżeli one nie pracują w pełnym swoim czasie, kiedy mogłyby pracować.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):

Dziękuję bardzo, pani poseł. Pani przewodnicząca Piotrowska, tylko spytam jeszcze, czy ktoś z państwa również będzie chciał zabrać głos, bo może byśmy zamknęli listę. ... Tak, tak, wrócimy do pana reprezentującego NIK. A w tej chwili pani przewodnicząca Piotrowska, bardzo proszę.

Poseł Teresa Piotrowska (PO):

Dziękuję bardzo. Panie prezesie, zwracam się do pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, uczestniczymy w posiedzeniu Komisji do Spraw Kontroli Państwowej i nie mogę przejść obojętnie wobec stwierdzenia, które pan prezes wygłosił, że wyniki trwającej w Centrum Onkologii w Bydgoszczy kontroli nie będą korzystne dla kontrolowanego. No, panie prezesie, jeśli trwa kontrola, to tak długo, dopóki trwa, dopóki nie zostały zakończone procedury, to się o tym nie mówi, zwłaszcza że (nie wiem, czy pan prezes wie) my, w Kujawsko-Pomorskim wiemy, że jest otwarty konflikt pana dyrektora Pieczki

z Centrum Onkologii. I kontekst tego konfliktu mogłybyśmy z panią poseł Bańkowską wyłożyć w ciągu... nie wiem, kilku godzin. Ale do tego nie będziemy wracać.

Chciałabym natomiast jeszcze raz zapytać, ponieważ nie ustosunkował się do tego... Pytałam, w jaki sposób państwo odnosicie się do odwołania podmiotu, który nie został uwzględniony czy nie wygrał konkursu, ponieważ odpowiedź na odwołanie dyrektora Narodowego Funduszu w Bydgoszczy i prezesa Narodowego Funduszu jest prawie identyczna. A podmiot, który się odwoływał, zwrócił uwagę na art. 149 ustawy o działalności leczniczej, podkreślając i podpierając to dokumentami, iż rozpoczęcie i prowadzenie działalności bez stosownego wpisu do rejestru, jak również przekroczenie granic wpisu, jest zabronione. W związku z tym, dlaczego fakt badania przez państwa tych dokumentów nie znalazł odzwierciedlenia w waszej odpowiedzi na odwołanie się podmiotu? O to mi chodziło i chciałabym, żeby pan prezes ustosunkował się do tego. Rozumiem, że dzisiaj nie macie państwo możliwości, by to sprawdzić, więc proszę, żebyśmy mogli jako Komisja otrzymać taką informację na piśmie.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):

Dziękuję bardzo. Panie prezesie, bardzo proszę o ewentualną odpowiedź na zadane pytania.

Zastępca prezesa NFZ do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Tak, pani poseł. Przez cały czas myślimy o tym, w jaki sposób poprawić, zastosować kryteria, które nam pozwolą wybierać w sposób optymalny świadczeniodawców. W przygotowaniu mamy zmiany dotyczące jakości i bezpieczeństwa pacjentów w lecznictwie szpitalnym. Chcielibyśmy wprowadzić nowe kryteria, obiektywne i wydaje mi się, że od 1 stycznia będziemy w stanie wprowadzić takie zmiany. W lecznictwie ambulatoryjnym mamy większy problem, dlatego że tak naprawdę są to prostsze świadczenia i nie jest prosto określić: sposób, który nie budziłby wątpliwości np. Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, jak w tych zapisach poprzednich, o tym, że ocenianie ciągłości świadczeń z punktu widzenia UOKiK jest karygodne. I NFZ został ukarany.

Tak więc zapewniam panią poseł, że dokładamy wszelkich starań i wprowadzamy na bieżąco zmiany, które mają powodować w przyszłości bardziej efektywne wydawanie środków publicznych i wybieranie lepszych świadczeniodawców po prostu.

Pan poseł Śniadek pytał, dlaczego nastąpił taki problem w Trójmieście głównie, prawda? O to chodziło. To jest to, o czym mówiłem na wstępie. Tam mieliśmy sytuację taką, że w gminie Sopot zapewnienie świadczeń w niektórych zakresach świadczeń czyli specjalnościach, mówiąc ludzkim językiem, było ponadprzeciętnie wyższe niż w innych powiatach. Oddział podjął w postępowaniu konkursowym działania mające doprowadzić do wyrównania dostępności do świadczeń. W naszej ocenie to wyrównanie, choć słuszne w swojej idei, zostało wprowadzone zbyt radykalnie. Krótko mówiąc, lepsze wydawałoby się rozwiązanie takie, w którym wyrównywanie świadczeń czyli zmniejszanie nakładów w pewnych obszarach w gminie Sopot byłoby bardziej rozłożone w czasie, żeby nie było poczucia niepokoju czy zwiększonego ograniczenia, aczkolwiek trzeba przyznać obiektywnie (co też jest zobrazowane w materiałach będących w państwa dyspozycji, w tych slajdach kolorowych), że ta dostępność w gminie Sopot nie odstaje w niektórych obszarach.

Poseł Janusz Śniadek (PiS):

Sopot to jest enklawa. Czy są jakieś odpowiedzi w ogóle na wystąpienia samorządów z województwa pomorskiego?

Zastępca prezesa NFZ do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Odpowiadamy na bieżąco na każde pismo skierowane do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ze strony przedstawicieli samorządu terytorialnego, rozpatrujemy wszystkie odwołania pod kątem złamania prawa, niezachowania procedury czy też uchybień w zakresie interesu prawnego składającego odwołanie. Pragnę też powiedzieć, że nie jest tak, jakby się zdawało (a mamy tysiąc odwołań rocznie), że każde odwołanie rozpatrywane jest negatywnie. W iluś tam wypadkach prezes uchyła decyzje podejmowane przez dyrektorów oddziałów. To zależy od postępowania. Trudno mi w tej chwili, nie

jestem przygotowany na to, by powiedzieć, ile na tysiąc postępowań procentowo jest decyzji uchylonych, ale jeśli państwo będą mieć takie życzenie, odpowiednie zestawienie przygotujemy. ...ale jej nie zakończyliśmy jeszcze, trudno by było w tym postępowaniu konkursowym, pani poseł, obiektywnie odpowiedzieć na to, jak się zakończy *de facto*, bo nie byliśmy w stanie jeszcze wszystkich odwołań rozpatrzyć....

Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):

Szanowni państwo, panie pośle, panie prezesie, bardzo przepraszam. Pozwoli pan poseł, że pan prezes odpowie. Jeśli będzie taka pana wola, udzielimy panu głosu a teraz bardzo proszę, panie prezesie.

Zastępca prezesa NFZ do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Panie pośle, myślę, że tak: biorąc pod uwagę aspekt całej sprawy, również na skutek pewnej refleksji po tym postępowaniu konkursowym i oceny zapewnienia świadczeń oddział podjął decyzję o ogłoszeniu postępowań uzupełniających. I te postępowania uzupełniające w tych dniach się rozstrzygają i ich efektem będzie poprawienie dostępności bądź też zapewnienie świadczeń tam, gdzie ich brakowało w sposób ewidentny.

Co do pytań pani poseł *à propos* tego, jak to się dzieje, że są np. zawierane umowy z podmiotami bez wpisu do rejestru. Otóż, nie ma takiej możliwości. NFZ nie wytwarza dokumentów o wpisie do rejestru wojewody, NFZ weryfikuje to, czy podmiot wpis ma. Jest to wymóg obligatoryjny, tak samo jak decyzja państwowego inspektora sanitarno-epidemiologicznego w obszarze działalności, tak samo jak posiadanie sprzętu wymaganego, jak również przedstawienie personelu z imienia i nazwiska, numeru prawa wykonywania zawodu oraz posiadanej specjalizacji. Trzeba wszakże powiedzieć, że nie ma wymogu koniecznego, by ktoś był w stanie okazać umowę o pracę z danym lekarzem, ponieważ mamy w większości przypadków świadczeń ambulatoryjnych do czynienia z umowami o dzieło, z umowami kontraktowymi i w postępowaniu konkursowym lekarz, udostępniając swoje zastrzeżone dane osobowe, zobowiązuje się do tego, że będzie realizował świadczenia w ramach podmiotu, który składa ofertę. Oczywiście, mamy możliwość weryfikacji i sprawdzamy w sposób elektroniczny, czy personel wykazany w ofercie realizuje dane umowy i wielu wypadkach, kiedy są wątpliwości, czy wszystko jest w porządku, jest to wyjaśniane a w sytuacjach, gdy doszło do złożenia niezgodnej z prawem oferty, która zawierała nieprawdziwe informacje, dochodzi do rozwiązania umowy.

Proszę zrozumieć, my nie wytwarzamy oferty konkursowej, tylko ktoś tworzy taką ofertę, podpisuje się pod nią i przyjmuje za nią odpowiedzialność, również w aspekcie przepisów karnych, które znajdują się na końcu ustawy. W sytuacjach natomiast takich, kiedy ktoś świadomie wprowadza w błąd czy fałszuje ofertę konkursową, czy podaje nieprawidłowe informacje, nie jesteśmy w stanie prawdziwości wszystkich takich informacji stwierdzić w drodze analizy oferty konkursowej. Zapewniam państwa jednak, że każda sytuacja, co do której mamy sygnały, że jest jakaś nieprawidłowość, jest sprawdzana. Dokumenty w odwołaniu również są weryfikowane. Jeśli ktoś twierdzi, że nie było rejestru, to sprawdzamy, czy był rejestr.

Poseł Brygida Kolenda-Łabuś (PO):

Podważa pan prawdziwość informacji pani poseł Piotrowskiej?

Zastępca prezesa NFZ do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Nie.

Poseł Teresa Piotrowska (PO):

Panie prezesie, dysponuję dokumentami, które mam przy sobie...

Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):

Proszę państwa, pan prezes ma głos, bardzo proszę.

Zastępca prezesa NFZ do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Szanowni państwo, przedstawiłem państwu zasady funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia oraz sposób, w jaki prezes Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez odpowiednie służby rozpatruje np. odwołania. Jeśli natomiast pani poseł ma jakiegokolwiek informacje dotyczące tego, że mogło dojść do złamania prawa bądź do podania informacji

niejawnych, to oczywiście będziemy wdzięczni za konkretne informacje, które zweryfikujemy, ale zaznaczam też, że w sytuacji, w której dochodzi do domniemania złamania prawa, w grę wchodzi również poważniejsze konsekwencje karne. My natomiast nie wytwarzamy oferty, my nie odpowiadamy za nią. Nie jestem więc w stanie z panią poseł polemizować na temat tego, czy w konkretnym wypadku był wpis, czy go nie było, bo nie jestem w stanie odnieść się do jakiegoś konkretnego wypadku, ale z pewnością, tak, jak mówię, nie ma możliwości zawarcia umów, jeśli brak kompletu dokumentów, które są wymagane. W sytuacjach, w których dochodzi do zawarcia umowy, następuje to albo... To jest generalnie złamanie procedury, a w niektórych wypadkach złamanie prawa. I te wszystkie wypadki są badane i wyciągane są odpowiednie konsekwencje.

Pani poseł pytała też o sposób odnoszenia się... Pani poseł, odwołanie jest postępowaniem w trybie administracyjnym, trudno więc wymagać szczególnie innego podejścia do pewnych przedstawianych przez odwołującego się argumentów, którymi on uzasadnia np. naruszenie swojego interesu prawnego i uzasadnienie, że ktoś np. uzyskał mniejszą liczbę punktów, w związku z czym zajął w kolejności piąte miejsce a wybrane zostały trzy oferty, odnoszenie się będzie bardzo podobne i na poziomie oddziału wojewódzkiego i na poziomie prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Trudno mi się do tego odnieść, ale – oczywiście – będziemy, jeśli pani poseł sobie życzy, na piśmie się do tego ustosunkowywać.

Posel Brygida Kolenda-Łabuś (PO):

Panie prezesie, zero-jedynkowo: było zaświadczenie o wpisie czy nie było?

Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):

Pani poseł, spokojnie. Panie prezesie, czy jeszcze jakieś informacje?

Zastępca prezesa NFZ do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Możemy się odnosić, ale nie jestem w stanie tego zrobić, bo nie mam w tej chwili konkretnych dokumentów, na podstawie zaś tego, że ktoś powiedział, że gdzieś był remont albo że nie było zaświadczenia, na podstawie relacji ustnych, trudno domniemywać, że to się zdarzyło. Raz jeszcze podkreślam: komisja konkursowa jest zobowiązana do zweryfikowania dokumentów wymaganych na dzień składania oferty. Do dokumentów fundamentalnych należy wpis do rejestru działalności, wpis ten następuje nie poprzez decyzję NFZ, tylko poprzez decyzję wojewody, na podstawie decyzji państwowego inspektora sanitarno-epidemiologicznego a więc podmioty, organy niezależne od prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jeszcze coś? To chyba wszystko.

Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, chwilkę, najpierw uporządkujmy. Pan prezes już skończył. Obradujemy już dwie i pół godziny, ale, jak powiedziałem, nie chciałbym nikomu zabierać głosu. Jeśli jest wola zadania pytań... Pani przewodnicząca Piotrowska zgłasza, że jeszcze szybko chce coś dopowiedzieć. Jeśli państwo też, to bardzo proszę szanować czas wszystkich i wypowiadać się krótko.

Posel Teresa Piotrowska (PO):

Panie prezesie, dysponuję takimi samymi dokumentami, jakimi dysponuje od stycznia 2013 roku Narodowy Fundusz Zdrowia. Są to mianowicie dokumenty, które zostały złożone na ręce pani Agnieszki Pachciarz, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w formie formalnego odwołania. I tu są wszystkie dokumenty związane z wpisem i niewpisem, jest tutaj opinia wojewody, który stwierdza, że takiego wpisu nie ma, nie było. Wbrew temu, w okresie odwoławczym ta umowa została zawarta. Protestowaliśmy, rozmawialiśmy, przedstawiciele kujawsko-pomorskiego rozmawiali z panią prezes Pachciarz i niestety, byliście państwo głusi na te informacje.

W związku z tym teraz, poprzez Komisję do Spraw Kontroli Państwowej, prosimy o wyjaśnienie na piśmie, jak to się stało, że przyjęliście odwołanie, rozpatrywaliście to odwołanie i nie zwróciliście uwagi na podstawowe fakty zawarte w tym odwołaniu.

Tyle tylko. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):

Dziękuję bardzo. Czy pani poseł Kolenda-Łabuś...?

Posel Brygida Kolenda-Łabuś (PO):

Chciałam tylko upomnieć się i uprzejmie poprosić o odpowiedź na pytanie, które zadała pani poseł Pitera a która musiała wyjść, w sprawie tej zbyt komfortowej obsługi nocno-świątecznej.

Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):

Szanowni państwo, panie prezesie, chwilę. Czy pan poseł Śniadek chciałby jeszcze zabrać głos?

Posel Janusz Śniadek (PiS):

Jeśli można, to dopowiem pytanie, które zadawałem panu prezesowi...

Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):

I będziemy już kończyć serię pytań.

Posel Janusz Śniadek (PiS):

Tak, dobrze. Chciałbym tylko uzyskać potwierdzenie, że jedynym badaniem zgodności składanej oferty ze stanem rzeczywistym – do czego pan prezes się przed chwilą odwołał – było stwierdzenie, że zarejestrowanie tego podmiotu wymagało już jakiejś kontroli i na podstawie dokumentów zakładaliście, że stan rzeczywisty odpowiada prawdzie. Żadnej innej kontroli nie było. Tak?

Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):

Dziękuję bardzo. Panie prezesie, jeszcze proszę o dodatkowe wyjaśnienia.

Zastępca prezesa NFZ do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Może tak: co do świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej pomocy medycznej to są to świadczenia gwarantowane, są one w rozporządzeniach koszykowych, a więc my jesteśmy zobowiązani do tego, by je zapewnić. Ograniczanie dostępności do świadczeń gwarantowanych budzi pewnego rodzaju kontrowersje. Nie da się zapewnić tylko trochę świadczeń do nocnej i świątecznej pomocy medycznej. Albo je zapewniamy i decydujemy się, że są one w ten sposób zapewnione, albo też nie. Problem polegał na tym, że w szpitalach mieliśmy do czynienia ze zbyt dużą liczbą pacjentów – i mamy cały czas – ze schorzeniami błahymi lub błahymi problemami zdrowotnymi, którzy z racji tego, że izba przyjęć czy szpitalny oddział ratunkowy to jest pojedyncze miejsce na duży obszar. Tam oni wydłużali niejako kolejkę oczekujących na udzielenie świadczenia pacjentom, którzy wymagali rzeczywiście interwencji szpitalnej. Dlatego też powstał sposób na rozwiązanie tego problemu w ramach tej nocnej i świątecznej pomocy medycznej.

Posel Brygida Kolenda-Łabuś (PO):

Ja tylko uprzejmie proszę, by zwrócić na to uwagę, by przekierować ten strumień pacjentów tam, gdzie są wolne miejsca i uwolnić SOR-y.

Zastępca prezesa NFZ do spraw medycznych Marcin Pakulski:

Na to wpływu nie mamy do końca. Jeśli można, odpowiem jeszcze, uzupełniając wypowiedź na pytanie pana posła. Panie pośle, podczas postępowania konkursowego wszyscy nowi świadczeniodawcy są wizytowani. Ta wizytacja to pewnego rodzaju, w cudzysłowie, „kontrola” prowadzona przez komisję konkursową. To nie jest kontrola w rozumieniu kontroli rutynowych prowadzonych przez komisję konkursową, ale to pewnego rodzaju stwierdzenie faktu na miejscu przez wizytujących. Sprawdzają oni, czy rzeczywiście w ogóle to miejsce istnieje. Oczywiście, nie jesteśmy w stanie czasem stwierdzić, czy personel medyczny jest w danym miejscu, bo jeśli jest to nowy podmiot a nie ma umowy, to nie ma tam jeszcze personelu fizycznie. Ale stwierdzamy, czy jest miejsce, czy są spełnione wymagania, jeśli jest sprzęt, to czy ten sprzęt jest. Tak że pierwszym elementem weryfikującym jest sprawdzanie dokumentów, kolejnym – wizytacja, która jest przeprowadzana przez komisję konkursową a trzecim elementem weryfikującym bardzo często jest kontrola już po zawarciu umowy, w wypadku gdy dyrektor oddziału powoźmie

informację o nieprawidłowościach. I we wszystkich tych sytuacjach jest zobowiązany do zweryfikowania stanu rzeczy. I pewnie tak się dzieje.

Nie jestem w stanie teraz odnieść się do jakiegoś konkretnego przykładu, ale jeśli pan poseł jest konkretnie zainteresowany jakimś przykładem, to – oczywiście – sprawdzimy, jak to jest na miejscu. ... A jeszcze gdyby pan poseł wspomniał szczegółowo, o jaki to przypadek chodzi...

Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):

Panie pośle... Panie prezesie, dziękuję. Wysłuchaliśmy informacji z punktu widzenia ministra na politykę służby zdrowia, pana prezesa z Narodowego Funduszu Zdrowia, ale został nam jeszcze jeden punkt a mianowicie poprosimy przedstawiciela Najwyższej Izby Kontroli, pana Lecha Rejnusa o wypowiedź w sprawie wniosków *de lege ferenda*.

Bardzo proszę.

P.o. wicedyrektora Departamentu Zdrowia w Najwyższej Izbie Kontroli Lech Rejnuś:

Ja bardzo krótko. To było pytanie związane z kontrolą kontraktowania. Kontrola kontraktowania kończy się, prowadzi ją delegatura krakowska. Informacja będzie w końcu roku i prawdopodobnie będą wnioski *de lege ferenda*.

Chcę jeszcze powiedzieć, że delegatura gdańska przeprowadzi, niezależnie od tego, co było powiedziane, kontrolę doraźną dotyczącą świadczeń specjalistycznych na terenie województwa pomorskiego.

A *propos* wniosków *de lege ferenda*, o jednym wniosku *de lege ferenda* mówiliśmy tutaj. Pan minister mówił o koordynacji budowy i zakupu aparatury. To był wniosek *de lege ferenda* z naszej kontroli zakupu świadczeń zdrowotnych. Z satysfakcją to przyjmujemy.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Andrzej Kania (PO):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, jest propozycja, by upoważnić prezydium Komisji do przygotowania wniosku do Najwyższej Izby Kontroli w sprawie przeprowadzenia kontroli kontraktowania usług przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Po dzisiejszej dyskusji myślę, że taki wniosek prezydium przygotowuje. Nie widzę sprzeciwu, w związku z czym bardzo dziękuję.

Przechodzimy, proszę państwa, do punktu drugiego porządku obrad posiedzenia Komisji – spraw bieżących. Czy ktoś chciałby zabrać głos w sprawach bieżących? Nikt się nie zgłasza.

Stwierdzam, że porządek dzienny posiedzenia został wyczerpany. Informuję, że protokół z posiedzenia z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu będzie do wglądu w sekretariacie Komisji w Kancelarii Sejmu.

Bardzo dziękuję panu ministrowi wraz z całym zespołem, bardzo dziękuję panu prezesowi wraz z całym zespołem, przedstawicielowi NIK a także paniom i panom posłom, jak też sekretariatowi Komisji. Bardzo dziękuję.

Zamykam posiedzenie.