



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(1478)

182. posiedzenie
Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia
w dniu 13 października 2004 r.

V kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie „Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia w 2003 r.”
(druk sejmowy nr 3245).
2. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 16 minut 03)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz)

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dzień dobry państwu.

Rozpoczynamy sto osiemdziesiąte drugie posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia. W programie dzisiejszego posiedzenia mamy dwa punkty: rozpatrzenie „Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia w 2003 r.”, które zostało zawarte w druku sejmowym nr 3245, oraz sprawy różne.

Chciałabym powitać po raz pierwszy obecnego wśród nas pana Jerzego Millera, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Cała przychylność i kredyt zaufania w stosunku do pana są na razie nietknięte, chcielibyśmy doświadczać jak najdłuższej i jak najefektywniejszej współpracy.

Witam pana Marka Mazura – zastępcę pana prezesa – witam pana ministra Pawła Sztwiertnię, wszystkich gości oraz panie senator i panów senatorów. Przeproszam za zmianę godziny rozpoczęcia posiedzenia komisji, wynikłą z porządku obrad Sejmu, gdzie w pierwszym punkcie posiedzenia odbywa się ciągle debata nad wnioskiem o wotum nieufności wobec ministra zdrowia Marka Balickiego. Wyniku głosowania nie znamy, bo dyskusja jeszcze trwa i momentami jest na poziomie niższym – proszę mi wybaczyć ten wtęś – od poziomu depresji.

Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia w 2003 r. skierował do Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia marszałek Senatu. Perturbacje z przyjęciem sprawozdania są opisane w piśmie kierującym je do marszałka Senatu oraz w notatce Biura Legislacyjnego, z propozycją przyjęcia do wiadomości wyjaśnień premiera Marka Belki.

Gwoli wprowadzenia chciałabym powiedzieć, że jest to sprawozdanie z wykonanego planu finansowego, sporządzonego na podstawie już nieistniejącej ustawy z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Główne założenia planu są w nim opisane na stronie 15. Nie wiem, który z panów – wprawdzie tutaj w delegacji premiera jest podane, że Rada Ministrów upoważniła ministra zdrowia do reprezentowania stanowiska rządu w toku prac parlamentarnych, ale myślę, że było to przedmiotem uzgodnień – pan minister czy pan prezes będzie prezentował to sprawozdanie. Pan minister?

Bardzo proszę, pan rozpoczyna, Panie Ministrze. Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Paweł Sztwiertnia:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2003 jest sprawozdaniem rocznym, które zgodnie z art. 174 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia Rada Ministrów przedstawia corocznie Sejmowi i Senatowi Rzeczypospolitej Polskiej nie później niż do końca lipca roku następnego. I tutaj chciałbym w imieniu pana prezesa Rady Ministrów przeprosić za to, że sprawozdanie wpłynęło po 31 lipca, a dlaczego tak się stało, wyjaśnię w dwóch słowach w trakcie swojej wypowiedzi.

Sprawozdanie z działalności funduszu jest sporządzane, zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w funduszu, przez Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia i przyjmowane przez Radę Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z tą ustawą Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia przedkłada przyjęte sprawozdanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie siedmiu dni.

Pierwsza wersja tego projektu sprawozdania została przyjęta przez zarząd 27 maja 2004 r. Następnie rada funduszu na trzech kolejnych posiedzeniach: 3 czerwca, 29 czerwca i 19 lipca, odstąpiła od rozpatrywania tego projektu z powodu braków formalnych i merytorycznych. Ostateczna wersja sprawozdania została przyjęta przez zarząd funduszu 14 lipca i przekazana radzie 3 sierpnia wraz z opinią biegłych rewidentów dotyczącą poprawionej wersji sprawozdania. Z tego właśnie powodu to sprawozdanie, rozpatrywane przez Radę Ministrów, a następnie skierowane do Sejmu i Senatu, zostało przesłane w terminie późniejszym, niż wynika to z art. 174 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Rada funduszu przyjęła to sprawozdanie dopiero 11 sierpnia.

Dane finansowe zawarte w tym sprawozdaniu są zbieżne z danymi przedstawionymi w sprawozdaniu finansowym funduszu za 2003 r. i zostały potwierdzone przez biegłych rewidentów. Wynika to z tego, że na mocy ustawy o rachunkowości do rocznego sprawozdania finansowego dołącza się sprawozdanie z działalności jednostki, jeżeli obowiązek jego sporządzenia wynika z ustawy lub odrębnych przepisów, a ponieważ ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia zawierała obowiązek sporządzenia sprawozdania z działalności, zgodnie z ustawą o rachunkowości musiało ono być dołączone do sprawozdania finansowego, które na mocy ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia było badane przez biegłych rewidentów. Biegli rewidenci stwierdzili, że dane te w obu dokumentach, czyli w sprawozdaniu finansowym oraz sprawozdaniu z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, są zgodne.

Ustawa o Narodowym Funduszu Zdrowia nie przewidywała zatwierdzania sprawozdania przez ministra zdrowia. Minister zdrowia badał je jedynie w trybie nadzoru, jako uchwałę organu funduszu, czyli Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie zgodności z prawem i w zakresie potencjalnego negatywnego wpływu na wynik finansowy funduszu. Minister zdrowia nie stwierdził, aby wymienione przeze mnie uchwały zarządu i rady naruszały prawo lub stwarzały zagrożenie wystąpienia ujemnego wyniku finansowego.

Jak już powiedziałem, to sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia zostało opracowane przez zarząd funduszu, a następnie przyjęte w drodze uchwały przez radę funduszu. I w tym miejscu, Pani Przewodnicząca, poprosiłbym pana Jerzego Millera, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, aby omówił to sprawozdanie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję panu ministrowi i bardzo proszę pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o kontynuację.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jerzy Miller:

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Przede wszystkim bardzo serdecznie dziękuję za zapowiedź zaufania do mnie i za chęć współpracy. Nie ukrywam, że podchodzę do tego z bardzo wielką treścią, a zarazem z wielką nadzieją na możliwość korzystania z rozmowy z państwem. Nie w dniu dzisiejszym – dzisiaj jest rozmowa o historii – liczę na możliwość częstej wymiany poglądów przede wszystkim na temat teraźniejszości i przyszłości tego wszystkiego, co się wiąże z Narodowym Funduszem Zdrowia. Nie jestem zwolennikiem podejmowania decyzji w zamkniętym pokoju, korzystając tylko z uprawnień ustawowych, jestem zwolennikiem możliwie wnikliwej debaty na argumenty, żeby uniknąć zawsze obciążonego błędem spojrzenia jednostronnego – tylko z punktu widzenia Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pani Przewodnicząca! Jeśli chodzi o sprawozdanie funduszu za rok 2003, to proszę wybaczyć, ale ja pracuję w tej instytucji dopiero dwa tygodnie i skupiam się przede wszystkim na poznaniu tego, co jest mi potrzebne do bieżącej działalności. Gdyby pani przewodnicząca wyraziła zgodę, to poprosiłbym, by mógł złożyć państwu sprawozdanie pan Marek Mazur, wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Oczywiście, bardzo proszę.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Marek Mazur:

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Fundusz rozpoczął działalność 1 kwietnia 2003 r. i odziedziczył schedę, o której już w tej chwili niewiele się pamięta, ale pragnę to przypomnieć, gdyż dla późniejszej działalności funduszu było to istotne.

Otóż trzy kasy chorych były w zasadzie w stanie bankructwa – chodzi tu o kasę pomorską, gdzie kwoty przeterminowanych zobowiązań wynosiły 121 milionów zł, dolnośląską, która miała zaciągnięty kredyt w wysokości 51 milionów zł, zachodniopomorską, gdzie ta kwota była niższa, lecz znacząca dla tego województwa, bo to było 29 milionów 500 tysięcy zł – a w czwartym województwie, lubelskim, kwota ta była niższa, wynosiła blisko 9 milionów zł.

Chcę również przypomnieć, że w kraju występowały różne stawki za te same typy świadczeń. Najbardziej istotna była różnica w POZ, sięgała ona trzykrotności kwoty między województwem, w którym płacono najmniej, a województwem, w którym płacono najwięcej. Istotne były również różnice odnośnie do zasad kontraktowania, co miało duże znaczenie, dlatego że w wypadku agregacji umów, czyli przekazywania ich do oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, na terenie którego działał dany świadczeniodawca, agregacja ta była trudna do ujęcia właśnie ze względu na różnice kontraktowania.

Fundusz rozpoczął działalność praktycznie bez *vacatio legis*. Można powiedzieć, że duża – a na polskie warunki właściwie gigantyczna – instytucja płatnika tworzona była z marszu. Miało to również wiele konsekwencji dla działań podejmowanych w funduszu.

Pierwszy plan finansowy został przekazany funduszowi przez ministra zdrowia, gdyż zgodnie z ustawą to minister zdrowia przekazywał plan na rok 2003. Plan ten został zatwierdzony przez ministra zdrowia w dniu 18 lipca, a następnie zmieniony w dniu 5 sierpnia. Te dwa plany różniły się kwotą 680 milionów zł, o którą postulowaliśmy zwiększyć plan, ponieważ widzieliśmy, że spływ składki, jak również inne okoliczności, upoważniały nas do tego. Na koniec roku spływ składki był niemal zgodny z prognozą, którą opracowaliśmy, i wynosił 100,03%, tak że można powiedzieć, iż było to idealnie trafione w punkt.

Fundusz nie dokonywał zmiany zasad podziału środków finansowych – co chcę podkreślić, bo z tego typu zarzutami niejednokrotnie spotykaliśmy do momentu, kiedy fundusz powstał – przyjęliśmy ten sam algorytm podziału między województwa, przejęliśmy jedynie promesy i rozliczenia międzykasowe, a kwotę, którą fundusz podzielił zgodnie z innymi zasadami, była właśnie kwota około 680 milionów zł, o które nam zwiększono plan finansowy, przy czym też nie dokonaliśmy tego arbitralnie w centrali, ale zaprosiliśmy wszystkich dyrektorów, sondując ich potrzeby oraz prognozując je, i ta kwota zmodyfikowała budżety poszczególnych oddziałów na forum publicznym, jeżeli można tak powiedzieć.

Jeśli chodzi o działania, jakie zostały przedsięwzięte, to przede wszystkim stworzono centralny wykaz ubezpieczonych, co pozwoliło nam zmniejszyć, a w następnej kolejności zlikwidować duplikaty rejestracji osób. Mielśmy o blisko dwa miliony więcej pacjentów zarejestrowanych, czy potencjalnych, niż wynikałoby to ze spisu powszechnego.

Po drugie, rozpoczęte zostały prace nad systemem informatycznym. Chcę przypomnieć, że w systemie kas chorych między innymi ze względu na różne zasady kontraktowania praktycznie nie było sprawozdawczości epidemiologicznej. System ten był tworzony w ubiegłym roku, ale prace nad nim nadal trwają. Jeszcze nie działa on w 100%, tak jak powinien, ale już od tego roku, a konkretnie od miesiąca kwiecień, maj, możemy oglądać to, co się w systemie dzieje. Z tego, co pamiętam, właśnie tu, na posiedzeniu komisji senackiej, niektóre z tych danych zostały przedstawione.

Podjęte zostały również działania zmierzające do ujednoczenia zasad kontraktowania. Nie oznaczało to oczywiście jednolitych stawek w całym kraju. Stawki zostały wyznaczone na poziomie maksymalnym, ale nadal istnieją tu rozbieżności, co budzi emocje, gdy się porozumiewają świadczeniodawcy między województwami i stwierdzają, że stawki te się różnią o 5–10%, a niekiedy i więcej. W każdym razie wynika to ze specyfiki danego województwa, liczby świadczeniodawców i środków, jakie na dany rodzaj świadczeń zostały przekazane.

Chcę również podkreślić, że fundusz prowadził działalność promocyjną. Wszystkie uchwały zarządu były prezentowane w Biuletynie Informacji Publicznej. Wydawaliśmy i wydajemy biuletyn wewnętrzny, do czego zobowiązała nas ustawa, prowadzone też były inne działania o charakterze promocyjnym.

Kwoty przeznaczone na świadczenia wynosiły w ubiegłym roku w trzech kwartałach 22 miliardy 113 milionów zł. Gdyby to przeliczyć na cztery kwartały, była-

by to kwota 29 miliardów 500 milionów zł. Jeśli chodzi o koszty administracyjne, zawsze wzbudzające wiele emocji, to zostały one w ubiegłym roku zmniejszone w stosunku do przewidywanego budżetowego, które fundusz otrzymał w momencie, gdy rozpoczął swoją działalność. Kwota ta w pierwszym planie finansowym, czyli z dnia 18 lipca, została zmniejszona o 22 miliony zł. Niezależnie od tej zmiany i redukcji kwoty o 22 miliony zł, w tym na wynagrodzenia o 10 milionów zł, na koniec roku udało nam się zmniejszyć te koszty jeszcze o około 11 milionów zł i ta kwota została przekazana kolejną zmianą planu finansowego – był to, o ile pamiętam, 31 grudnia – na świadczenia zdrowotne.

W mediach bardzo często pojawiały się informacje, że tak naprawdę o wszystkim decyduje centrala. Tu chcę podkreślić, że dyrektorzy mieli praktycznie wszystkie pełnomocnictwa z wyjątkiem dwóch, to znaczy nie mogli zmieniać zasad kontraktowania, które zostały ustalone centralnie i zatwierdzone przez ministra zdrowia, i planu finansowego, o czym dyskutowaliśmy z ministrem zdrowia, zwracając uwagę, iż lepiej by było, co zresztą znalazło odzwierciedlenie w nowej ustawie, gdyby w pewnym zakresie dyrektor i prezes mogli dokonywać przesunięć między różnymi rodzajami świadczeń. Dyrektorzy nie mogli tego robić, pozostałe pełnomocnictwa praktycznie mieli i decyzje co do kontraktowania, liczby świadczeń oraz wyboru świadczeniodawców leżały w ich rękach.

Jeśli chodzi o kontrole, to niewątpliwie jest ich wykonywanych znacznie mniej, niż by należało, ale płacimy cenę za obniżenie kosztów administracyjnych, nie mamy tylu pracowników, ilu trzeba, by kontrolować w sposób profesjonalny i przynoszący wymierne efekty. Zresztą w takiej instytucji jak Narodowy Fundusz Zdrowia, który ciągle jest w trakcie rodzenia się, te kontrole mają ograniczony charakter niezależnie od tego, ile osób by je przeprowadzało.

Jeśli chodzi o sprawy sądowe, to podam ogólną informację, bo wszystkie statystyki mają państwo w materiale. Fundusz zajmował stanowisko, że ustawa 203 nie jest jego problemem z dwóch powodów: po pierwsze, z powodów prawnych, nie było bowiem przesłanek prawnych, żeby fundusz był adresatem pozwów, a po drugie, gdyby nawet fundusz został skazany, jeżeli tak można powiedzieć, w procesie, to siłą rzeczy środki na świadczenia i tak by były pomniejszone o tę kwotę, którą w ramach ustawy 203 mamy do wypłacenia. Na razie są dwa procesy, które zakończyły się wynikiem negatywnym: jeden w Krakowie, jest to druga instancja, i tam fundusz zapłacił, jeśli pamiętam, 1 milion 900 tysięcy zł – oczywiście skierowaliśmy kasację do Sądu Najwyższego – a drugi wyrok, już z roku 2004, dotyczy Szpitala imienia Jana Bożego w Lublinie i to jest kwota 7 milionów 500 tysięcy zł, ale to jest pierwsza instancja, tak że będziemy się od tego odwoływać.

Istotną sprawą dotyczącą kontraktowania jest to, że ze względu na krótki okres oraz z innych względów, na przykład stanowiska prezesa, rozmowy ze świadczeniodawcami na temat zasad kontraktowania miały ograniczony wymiar, co powodowało, że pojawiały się konflikty tam, gdzie można by ich uniknąć.

Jestem tu winien jedno wyjaśnienie, bo często w mediach, i nie tylko w mediach, się pojawia informacja, że nie rozmawialiśmy z Porozumieniem Zielonogórskim. Otóż ja sam uczestniczyłem w dwóch spotkaniach, a jedno spotkanie, konkludujące, w którym miały również uczestniczyć pielęgniarki – było to kilka dni przed ogłoszeniem konkursu – zostało odwołane przez Porozumienie Zielonogórskie na dwie godziny przed jego rozpoczęciem.

I jeszcze chyba ważne, a z punktu widzenia płatnika pewnie najważniejsze informacje dotyczące sytuacji finansowej funduszu. Rozpoczynając działalność, fundusz odziedziczył łączną, zakumulowaną stratę na poziomie 970 milionów zł, z czego 654 miliony zł przypadało na rok 2002, a pozostałe kwoty to 185 milionów zł z lat poprzednich, czyli 1999–2001, i 133 miliony zł z pierwszego kwartału roku 2003, czyli jeden kwartał w roku 2003 dał mniej więcej taką stratę jak trzy lata 1999–2001.

Łącznie strata ta wynosiła 972 miliony zł, fundusz zakończył rok stratą wynoszącą 607 milionów zł. Komponentami tej straty są przede wszystkim koszty refundacji leków, których poziom osiągnął 527 milionów zł powyżej planu finansowego, a drugi komponent to przekazana nam przez ministra zdrowia pozycja w planie „środki – czy przychody – z lat ubiegłych” plus 128 milionów zł, kiedy w rzeczywistości odziedziczyliśmy z kas chorych stratę na poziomie 133 milionów zł. Gdybyśmy dodali te dwie kwoty, to wynik 607 milionów zł, uwzględniając te dwie pozycje, byłby na poziomie około 39 milionów zł in plus. Niemniej ze względu na to, że oddziały przekazały nam fundusz rezerwowany zgromadzony w ostatnim roku, w rzeczywistości ta ciągnąca się strata zwiększyła się o około 80 milionów zł i można powiedzieć, że fundusz zakończył rok zakumulowaną stratą na poziomie 1 miliarda 70 milionów zł.

Taką sytuację finansową mamy w tej chwili, nie licząc oczywiście roku 2004. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo, Panie Prezesie.

Materiał jest obszerny, wielostronicowy, kto chciał to go przeczytać, kto nie mógł, to się dopyta, tak że otwieram dyskusję połączoną z pytaniami lub z wypowiedziami na temat sprawozdania z tego, co już wykonano, czyli historycznego, jak określił pan prezes Miller, i pod rządami ustawy, która już nie obowiązuje. Niemniej jednak dyskusja może zmierzać w tym kierunku, czy nowa ustawa uchroni przed starymi długami lub narastaniem tych długów.

Kto z państwa chciałby zabrać głos?

Pan senator Pawłowski, proszę uprzejmie.

Senator Wojciech Pawłowski:

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Ja również przyłączam się do słów pani przewodniczącej, bo chyba po raz pierwszy mamy prezesa funduszu wskazanego przez ministra zdrowia, i jeśli ten duet będzie dobrze grał, to i skutki będą dobre, dlatego też składam życzenia owocnej pracy.

Mówimy o roku 2003, czyli o historii. Zmieniły się w tym czasie ustawy i wszyscy przeżywaliliśmy bardzo trudne problemy zadłużenia pozostałego po kasach chorych. Trzeba powiedzieć, że fundusz jest coraz lepiej oceniany przez środowiska medyczne. Jest to prawda obiektywna, bo chociażby zniesienie niepotrzebnej biurokracji zostało jednoznacznie bardzo dobrze ocenione. Nie można wszystkiego zrobić od razu, ale jeżeli pan prezes będzie stosował tę otwartość na co dzień, to sądzę, że uwagi zgłaszane podczas spotkań będą owocowały coraz lepszą pracą i funduszu, i świadczeniodawców.

Mam jedno pytanie – i tutaj może wykorzystam pana ministra – czy nie lepiej by było, żeby płatnik, czyli fundusz, miał możliwość zwiększenia kontroli u świadcze-

niodawców. Nie myślę o tych małych POZ – myślę o szpitalach. Nas zaskakuje z dnia na dzień informacja, że erytropoetyny nie podano. No przecież ten, co płaci, powinien mieć możliwość egzekwowania tego i kontrolowania. Wtedy może by nie było tak dużo faktów medialnych.

Uchwalaliśmy ustawę – dzisiaj dopiero się dowiedziałem, Panie Ministrze, że istnieje raport NIK à propos refundacji leków oraz polityki lekowej w ogóle – i mieliśmy tu, w komisji zdrowia, spotkanie z zespołem prowadzonym przez pana profesora Orłowskiego, czyli doradcą prezydenta, i próbowałem niektóre rzeczy przemycić w ustawie, nie ukrywam. To jest jeszcze olbrzymia rezerwa finansowa. Jest stanowisko głównego inspektora farmaceutycznego, w randze podsekretarza stanu, ale ja nie widzę działania w kierunku oszczędności. Co prawda dzisiaj bardzo pozytywnie zaskoczył mnie pan minister, który wyszedł z tym problemem w czasie wystąpienia sejmowego – a wiem, że minister jest bardzo konsekwentny i będzie to realizował, oby jak najszybciej i jak najlepiej – ale prosilibyśmy, Panie Ministrze, o protokół kontroli NIK, bo mamy pewne wiadomości, ale może niepełne.

I jeszcze jeden problem, zwykły, normalny, z którym spotkałem się kilka dni temu. Zwrócił się do mnie pacjent, który otrzymał z oddziału funduszu negatywną odpowiedź w sprawie refundacji kosztów zabiegu okulistycznego, czyli operacji zaćmy. Wysokość rachunku wynosiła chyba 3 tysiące zł. Rozeznałem sytuację, z której wynika, że na Podkarpaciu na ten zabieg w szpitalu czeka się przeszło rok, a on pojechał i zrobił to prywatnie. Nie wiem, czy roczne oczekiwanie nie usprawiedliwia tego, że poszedł to zrobić prywatnie. Przecież wiemy, że nowa ustawa mówi, iż za zgodą ministra można się operować nawet za granicą, a tam są koszty dziesięciokrotnie większe. I jeszcze dodam, że pod pismem odmawiającym refundacji 3 tysięcy zł za zabieg był podpis dyrektora nie do spraw lecznictwa, tylko do spraw ekonomicznych. A ja zapytałem: jak długo pan składki płaci? Piętnaście lat. Czy pan chorował? Nie. W moim przekonaniu on sobie uzbierał pewną kwotę na swoim koncie. Nie chorował z wyjątkiem jakichś przeziębień i był to pierwszy, niezbyt kosztowny zabieg za 3 tysiące zł i od razu spotkał się z odmową. To nie usposabia pozytywnie do rozwiązań ubezpieczeniowych. Taka jest moja uwaga ogólna. Uprzejmie dziękuję.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję panu senatorowi.

Kto jeszcze z państwa chciałby się wypowiedzieć, zanim poproszę o odpowiedź czy wypowiedź pana ministra lub pana prezesa.

Proszę uprzejmie, pani senator Krzyżanowska, a następnie pani senator Janowska.

Senator Olga Krzyżanowska:

Pani Przewodnicząca! Panie Prezesie!

Ja właściwie może nie w kwestii sprawozdania, dlatego że sprawozdanie jest historyczne, nie dotyczy tego roku, a jeszcze zeszłego, pod rządami innej ustawy, którą początkowo niektórzy z nas przyjęli entuzjastycznie, potem już mniej entuzjastycznie, a w końcu wszyscy oceniliśmy ją krytycznie, no i została zmieniona.

Chciałabym zadać pytanie, skierowane może do pana wiceprezesa, bo pan prezes rzeczywiście świeżo w to wchodzi: czy ta nowa ustawa, którą żeśmy uchwalali

ostatnio, naprawdę jest w stanie coś zmienić? Pieniądzy nie przybędzie, jak wiemy, i państwo jako fundusz muszą się rządzić tymi pieniędzmi, które są. Czy coś w tych nowych rozwiązaniach, na które i służba zdrowia, i pacjenci liczą, jest coś takiego, że rzeczywiście możemy mieć nadzieję, iż nowelizowana ustawa jest w stanie coś zmienić. Rozumiem, że dzięki temu, iż fundusz jest bardziej otwarty, w mniejszym stopniu decyzje będą zapadały centralnie. To ma bardzo dobry wpływ na psychikę, co też jest potrzebne, choć nie przybywa od tego pieniędzy. To, że jest październik, a szpitale już wyczerpały fundusze, zatrudniając ludzi, którzy nie będą mieli co robić, mając pacjentów, którzy nie będą mogli się leczyć, nie jest winą funduszu. To nie jest atak na państwa, ja tylko chciałabym usłyszeć odpowiedź, czy rzeczywiście uważają państwo, iż w tych kwotach, które będziecie dzielić według nowych zasad, jest jakaś szansa. Nie chcę być pesymistką, ale widzę, że będzie to ciężkie i trudne. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Proszę następną panią senator.

Senator Zdzisława Janowska:

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo! Panowie Prezesi!

Mnie interesują trzy rzeczy: jedna to poruszony przez panią senator problem przyszłości, a dwie dotyczą przedstawionego sprawozdania.

Jak pamiętam, pół roku temu był z nami pan prezes, a ja męczyłam go o koszty funkcjonowania funduszu. Wtedy nie chciał pan nic powiedzieć, z czego wynikało, że to tajemnica służbowa, ale nareszcie patrzę na te koszty. W związku z tym mam uwagę, choć rozumiem, że to jest już przeszłość, że koszty administracyjne funduszu są bardzo wysokie.

(Głos z sali: Jaki to procent?)

Uważam, że wynagrodzenia zajmują bardzo wysoki procent w strukturze wydatków, są tutaj wyraźne przekroczenia, zajmują bowiem blisko 60% wydatków, a to jest dużo. Średnia pensja też jest niezła. Wiemy przecież, że niekiedy fundusz funkcjonuje w bardzo kosztownych budowlach i ma bardzo duży stan zatrudnienia.

Mamy tę ogólną stratę, a ja jestem przekonana, że niewątpliwie byłaby ona mniejsza, gdyby koszty administracyjne funkcjonowania funduszu były niższe, gdyby można tu było trochę zaoszczędzić, a nie tak bardzo to rozdmuchiwać.

Druga historia jest bardzo niepokojąca, bo w końcu w 2003 r. rządziła ta sama grupa polityczna, a ja wiem, że przy okazji kolejnych wyborów – i to jest nieszczęście – jednych się wymiata, a drugich się przymiata. W 2003 r., jeśli dobrze pamiętam to właściwie nic się nie zmieniło. Zmieniali się tylko prezesi, ale z tej samej opcji politycznej, bo za czasów pana premiera Millera wchodziły kolejne osoby desygnowane przez niego.

(Głos z sali: To źle?)

I zastanawiające jest to, że w 2003 r. była taka niezwykła płynność kadr. Dla mnie płynność kadr wiąże się z określonym bardzo wysokim uposażeniem i bardzo wysokimi odprawami, a moje pytanie zmierza do tego, że strata, o której mówimy, jest spora, ale uważam, że mogłaby być daleko mniejsza. W 2003 r. w Narodowym Fundu-

szu Zdrowia mieli państwo wielką fluktuację kadr – zatrudniono trzysta sześćdziesiąt trzy osoby, a zwolniono siedemset dziewięćdziesiąt sześć osób. Może robili państwo oszczędności etatowe, była tak zwana restrukturyzacja, ale przecież to jest nowa instytucja i jeszcze jej restrukturyzować nie trzeba. Jednocześnie ciągle brakuje pieniędzy. Wygląda to tak, jakby się mnożyły stanowiska, na które przecież nie ma pieniędzy. Dlaczego więc taka nadmierna fluktuacja? Czy tak wielkie są tam konflikty, czy takie czystki robili kolejni prezesi, którzy być może byli zmieniani w województwach. Tego już nie wiem, nie zdaję sobie z tego sprawy, ale w 2003 r. było tutaj ze czterech panów, jak wiemy, i każdy był niedługo, bo pierwszy to był chyba tylko dwa miesiące, pan Nauman, więc być może zwolnił ludzi i zatrudnił następnych, swoich, co sporo kosztowało. Ile kosztowały nas zawirowania polityczne związane z szefostwem, a może z czymś innym, jakie to były koszty, jaki to był procent funkcjonowania funduszu, bo niepokojące jest, że kadry się tak zmieniają?

Trzecia kwestia dotyczy przyszłości – ja niewątpliwie tutaj znów reprezentuję swoje środowisko, województwo łódzkie – i grupa parlamentarzystów już na pewno suszy głowę nowemu panu prezesowi, bo płyną listy, że Łódź jest ciągle niedofinansowana, że średnia na pacjenta zawsze jest o 300 zł niższa. Wszyscy posłowie się już pod tym podpisali.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, ale Łódź jest na dalekim miejscu, parlamentarzyści już pisali, mówili i pan minister Balicki ledwo zaczął funkcjonować, to już objeżdża Polskę, i stąd ten algorytm. Jak wyglądają prace z algorytmem? Bo chodzi o to, żeby rzeczywiście środki, które będą szły do poszczególnych województw, odpowiadały potrzebom tychże województw. To jest nasze marzenie. Czy możemy uspokajać dyrektorów szpitali, fundusz wojewódzki, że nasze rozmowy idą w dobrym kierunku. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Chciałabym też udzielić głosu sobie, na razie w jednej, incydentalnej sprawie. Mnie liczba zatrudnionych w funduszu nie szokuje. W końcu jest to instytucja, która zarządza tak ogromnym fragmentem budżetu, środkami publicznymi wynoszącymi 33 miliardy zł – takie kwoty są prognozowane na następny rok – i to jest do prawidłowego wykorzystania tych środków, do prawidłowej realizacji ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym finansowanym ze środków publicznych niezbędne, tym bardziej że tu powinni pracować specjaliści, których na dobrą sprawę nie mamy i którym z całą pewnością nie imponuje przeciętna płaca wynosząca 4 tysiące 498 zł. Dla każdego z nas po zakończeniu kadencji będzie to pewnie kwota sięgająca Himalajów, ale jeżeli chodzi o sprawy dotyczące prawa medycznego, jeżeli chodzi o kontrolę, to być może warto w departamencie kontroli wewnętrznej zapłacić jeszcze więcej, żeby pozyskać jak najlepszych specjalistów.

Jeżeli w przyszłym Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika czy na uniwersytecie na wydziale prawa będzie otwarta specjalizacja „prawo medyczne”, to dlatego, że szpitale wokół zaczynają obrastać kancelariami adwokackimi specjalizującymi się w dochodzeniu różnego rodzaju roszczeń od publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, i coraz częściej słyszymy, iż zasądzono tyle a tyle tysięcy złotych.

Może więc, żeby z jednej strony zdyscyplinować, a z drugiej uchronić przed takimi sytuacjami, w departamencie kontroli powinni pracować ludzie, którzy mają o tym pojęcie. Również w departamencie ekonomiczno-finansowym czy w zarządzaniu strategicznym, że już nie wspomnę o informatyce i łączności. Dla tych specjalistów nawet świat stoi otworem, nie tylko Polska. Stąd też nie razi mnie wysokość płac czy liczba zatrudnionych osób.

Błędem też było to, iż w Ministerstwie Zdrowia budżetem wartym 30 miliardów zł zarządzało dwieście dziewięćdziesiąt czy trzysta osób, tyle bowiem było zatrudnionych w centrali ministerstwa, a jednocześnie pozbyliśmy się wydziałów zdrowia i nadzoru administracyjnego. Ta liczba zatrudnionych nie ma znaczenia w stosunku do zadań, tylko, jak zawsze ze średnią wychodzi, jest śmieszna. Kadry kierownicze liczą siedemset sześćdziesiąt dwie osoby, czyli na pięciu, sześciu pracowników przypada jeden kierownik. Pewnie to się różnie układa, w jednym miejscu jeden kierownik przypada na trzydziestu pracowników, w innym na mniejszą liczbę. Kadry kierowniczej jest trochę za dużo, ale może jest to uzasadnione.

I tak samo biurokratyczna jest mitręga tworzenia planu finansowego. Czy pod rządami nowej ustawy również tak trudno będzie ten plan finansowy tworzyć? Może stabilniejsza będzie również rada nadzorcza, bo fluktuacja dotyczyła nie tylko pracowników etatowych, którzy odchodzili, przyptywali, odpływali, ale również rady nadzorczej funduszu. Bardzo zatem proszę panów – jeżeli nikt z państwa senatorów czy gości nie będzie chciał się już wypowiedzieć – o ustosunkowanie się do naszych wypowiedzi.

Pan doktor? Proszę bardzo.

**Dyrektor Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Sokrates” w Rzeszowie
Mariusz Małecki:**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Nazywam się Mariusz Małecki, przyjechałem z Rzeszowa w województwie podkarpackim, prowadzę niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, który działa głównie w podstawowej opiece zdrowotnej, jestem również prezesem Porozumienia Podkarpackiego – Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia, a nasz związek jest członkiem Porozumienia Zielonogórskiego. Bardzo dziękuję za zaproszenie.

Jeśli można, rozpocząłbym od ogólniejszych refleksji. Wydaje się, że w tym gronie nie trzeba nikogo przekonywać, iż podstawowa opieka zdrowotna jest fundamentem systemu ochrony zdrowia i jeżeli dobrze ten fundament zbudujemy, tak że będzie on stabilny, to stabilny będzie system ochrony zdrowia. Z drugiej strony wydaje się, że w tym momencie fundamentem podstawowej opieki zdrowotnej są podmioty niepubliczne: niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz praktyki indywidualne. Sądzę, że z tym wszyscy się zgodzimy.

Chciałbym również przypomnieć pewną kwestię, która legła u podstaw ciągle trwającej reformy. Zakładano – zresztą to również sprawdza się w innych systemach ochrony zdrowia – że na podstawową opiekę zdrowotną powinno być przeznaczonych około 20% środków przeznaczonych na ochronę zdrowia.

Mówimy o historii, o planie finansowym na rok 2003, a ja chciałbym zabrać trochę czasu i zapytać o kontraktowanie na rok 2005. Po trosze wracam do historii i wydaje mi się, że wszystkie zawirowania, które miały miejsce na przełomie lat 2003 i 2004, związane głównie z kontraktowaniem usług w podstawowej opiece zdrowotnej,

a generalnie w opiece ambulatoryjnej, tak naprawdę były wynikiem niedostatku dialogu – z nami nie chciano rozmawiać. To jest fakt. Od początku uczestniczyłem w ruchu, który się nazywa Porozumieniem Zielonogórskim.

Wydaje się, że w tym momencie sytuacja jest zupełnie inna, z wielką sympatią patrzymy na działania pana ministra Balickiego i jego zespołu, jak również na działania pana prezesa Millera. O pozytywach mogą świadczyć działania z ostatnich dni – mam na myśli poniedziałkowe spotkanie, w którym, z tego co mi wiadomo, brali udział obecni tu panowie, a spotkanie dotyczyło zasad kontraktowania na rok 2005. Tu nasuwa się uwaga, że jeżeli chodzi o zaopiniowanie tak ważnych dokumentów jak warunki ogólne, warunki szczegółowe i zapisy kontraktu, było trochę za mało czasu. Kilka dni na zaopiniowanie tak ważnych dokumentów i naniesienie poprawek to za mało. Dobrze się stało, że doszło do poniedziałkowego spotkania – przeciągnęło się ono do wtorku, trwało kilkanaście godzin, przez całą noc. Z tego, co mi wiadomo, gros poprawek świadczeniodawców zostało uwzględnionych, pozostaje jeszcze kilka kwestii spornych do ewentualnego omówienia i rozwiązania w najbliższym czasie.

Jeżeli można powiedzieć o tych kwestiach, które wydają się bezwzględnie konieczne do załatwienia, by system działał spójnie i sprawnie, to jak tu wspomniał pan prezes Mazur, powinniśmy dążyć do tego, żeby wycena świadczeń w całym kraju była jednakowa. Podstawowa opieka zdrowotna jest tym segmentem, gdzie najprościej jest wprowadzić jednakową stawkę kapitulacyjną w całym kraju. Koszty są tam przewidywalne, nie ma nadwyżek, po prostu jest system opłacania kapitulacyjnego. Wszyscy znamy liczbę mieszkańców w danych województwach i tu nie może być niespodzianek. Wydaje się, że zrównanie w całym kraju stawki kapitulacyjnej na jednego ubezpieczonego, na jednego podopiecznego, jest wymogiem chwili i mamy nadzieję, iż uda się to wprowadzić w jakimś stopniu również do zasad kontraktowania na rok 2005.

Kolejna sprawa, bardzo istotna dla świadczeniodawców działających w opiece ambulatoryjnej, szczególnie w podstawowej opiece zdrowotnej, to terminy płatności. W tym momencie sytuacja jest taka, że za świadczenia wykonane w danym miesiącu otrzymujemy środki dopiero pod koniec kolejnego miesiąca, dwudziestego czwartego lub dwudziestego piątego dnia miesiąca. Przypomnę, że terminy płatności wszelkich naszych obciążeń: ZUS czy urzędów skarbowych, są znacznie wcześniejsze, jeżeli więc nie ma takiej możliwości, żeby płacić nam na przykład w ciągu pierwszych siedmiu czy czternastu dni kolejnego miesiąca, to dobrym rozwiązaniem może być sposób wypłaty transzowej, czyli część zobowiązań funduszu w pierwszych dniach kolejnego miesiąca, przed najważniejszymi dla nas terminami, związanymi z opłatami w ZUS czy urzędach skarbowych a pozostała część – jeżeli oczywiście nie ma możliwości technicznych, żeby to zapłacić wcześniej – po dwudziestym. To są bardzo ważne kwestie, i, wydaje się, proste, bo w POZ nie ma problemu, a dla nas, świadczeniodawców, jest to poważny problem.

Nadal kilka spraw pozostaje nierozwiązanych, choć były próby ich wyprostowania. Taką sprawą jest kwestia organizacji szczepień w szkołach. Od wielu miesięcy zwracaliśmy uwagę na to, że w różnych częściach kraju działają różne modele. W województwie podkarpackim za czasów kas chorych funkcjonował system, który się bardzo dobrze sprawdzał, była bardzo duża wyszczepialność, a jednocześnie bardzo czytelny podział obowiązków między lekarza i higienistkę szkolną. System ten polegał na tym – nie będę wchodził w szczegóły, chcę tu poruszyć tylko pewne tematy – że wyod-

rębniono niewielką stawkę na czynności typowo lekarskie, niezależne od stawki kapitacyjnej, obejmujące kwalifikację i nadzór nad wykonaniem szczepienia, a wykonanie i organizowanie szczepień należało do higienistki w ramach stawki na jednego ucznia.

To są kwestie do rozwiązania. Wiele kwestii drobniejszych, organizacyjnych, bardzo prostych, które nie zwiększają zobowiązań finansowych funduszu, nie wprowadzają ograniczeń w dostępności dla pacjentów, udało się załatwić. Wydaje się, Panie Prezesie, że te sprawy zostały załatwione, a mam sygnały od kolegów, że dokumenty, wzory warunków szczegółowych, ogólnych i wzory kontraktu-umowy zostały przesłane do zaopiniowania przez nas.

I jeszcze sprawa, o której wspominałem, niedostatek dialogu. Bardzo się cieszymy, że ten dialog odbywa się na poziomie centralnym, że jesteśmy poważnie traktowani jako reprezentatywna organizacja świadczeniodawców, bo zgodnie z nową ustawą pojawia się zapis o reprezentatywnej organizacji świadczeniodawców...

(Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz: To tu, w Senacie, wpisaliśmy.)

Chciałbym z tego miejsca podziękować państwu za ten zapis; myślę, że wiele spraw może on uporządkować. Są oczywiście województwa, gdzie odczuwa się, tak jak powiedziałem, niedostatek dialogu. Czasem odnosimy wrażenie, że ten niedostatek dialogu się pojawia również w naszym województwie. Raz współpraca z dyrekcją jest gorsza, raz lepsza, mamy nadzieję, że będzie ona coraz lepsza, ale na ten temat nie chciałem się rozwodzić.

Korzystając z możliwości zabrania głosu przed tak szacownym gremium, chciałem jeszcze powiedzieć o trochę innych sprawach, niezwiązanych bezpośrednio z kontraktowaniem na przyszły rok, które będą bardzo istotne na etapie stanowienia prawa. Myślę o czymś takim jak równość podmiotów. Podmioty niepubliczne tak naprawdę nie mają żadnej pomocy organów założycielskich. My nie możemy się zadłużać, to jest nie do pomyślenia, żebyśmy nie zapłacili przez miesiąc składek ZUS, w odróżnieniu na przykład od jednostek publicznych, które często mają wielomilionowe zadłużenie.

W tej chwili pojawia się propozycja oddłużenia – kolejnego już – szpitali. Niewątpliwie jest to proces potrzebny i społecznie oczekiwany, ale apelujemy, żeby odbyło się to w taki sposób i na takich zasadach, żeby ci, którzy dobrze funkcjonują w systemie, nie zadłużają się, nie byli przez to karani, bo tak to odbieramy, że jeżeli gdzieś tam zmniejsza się w jakiś sposób dług szpitala, my czujemy się pokrzywdzeni, dlatego że musimy funkcjonować dokładnie w takich samych warunkach prawa i nie możemy się zadłużać. Prosimy więc, by również w działaniach związanych z tworzeniem prawa podmioty niepubliczne nie były pomijane, gdyż one na trwałe już się wpięły w nasz system opieki zdrowotnej i tu nie ma odwrotu od tego, że opieka ambulatoryjna, zwłaszcza w POZ, będzie oparta na podmiotach niepublicznych.

Chciałbym również zwrócić uwagę, że jeżeli chodzi na przykład o pomoc w postaci funduszy strukturalnych czy środków pomocowych z Unii Europejskiej, to nawet jeśli takie możliwości są, wiedza świadczeniodawców na ten temat jest bardzo słaba. Sądzymy, że tę sprawę należałoby czy to poprzez struktury ministerstwa, czy poprzez samorządy lokalne – choć może nie jest to właściwe gremium – uporządkować. Myślę tu o przeznaczeniu środków na szkolenie i o tym, że należy poinformować rzetelnie świadczeniodawców, w jaki sposób można sięgać po środki pomocowe, po dodatkowe źródła finansowania. Jest to o tyle ważne, że w tym momencie dokonał się – i jeszcze

się dokonuje – proces prywatyzacji usług, a kolejnym krokiem, który nas czeka, jest niewątpliwie prywatyzacja budynków, lokali, w których wykonujemy świadczenia. Wydaje się, że nie ma od tego odwrotu, i chyba najlepsza będzie sytuacja, gdy świadczeniodawca jest jednocześnie właścicielem budynku. W wielu miejscach w Polsce proces ten się dokonuje w sposób niekontrolowany: raz wygląda to lepiej, raz gorzej, raz jest aprobowane przez społeczność lokalną, kiedy indziej pojawiają się protesty z jej strony. Wydaje się, że najwyższe gremia powinny tu stworzyć odpowiednie warunki, bo tym procesem nie da się sterować, nikomu nie można nakazać, żeby samorząd sprzedał lokal lub nie.

Kończąc, by nie przekazywać zbyt wielu informacji, chciałbym jeszcze poruszyć dwie niepokojące sprawy, które dotyczą, czy mogą dotknąć, świadczeniodawców w podstawowej opiece zdrowotnej. Pierwsza kwestia to sygnalizowana już możliwość zwiększenia składki na ZUS, która w dużej mierze dotknie właśnie drobnych świadczeniodawców w POZ i zwiększy znacznie koszty naszego funkcjonowania. Bardzo prosimy, by mieć to na uwadze.

Druga sprawa, zupełnie inna, to kształcenie specjalistów medycyny rodzinnej. Chciałbym poruszyć tu problem tych województw, w których nie ma akademii medycznych. Tam, gdzie są akademie medyczne – w niektórych województwach funkcjonują one pod innymi nazwami – tam nie ma problemu z bazą dla stworzenia ośrodków kształcenia lekarzy rodzinnych. Problem jest tam, gdzie nie ma akademii medycznych i jednostki szkolące lekarzy, odpowiedzialne za prowadzenie specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej, są akredytowane przy różnych ZOZ, zarówno publicznych, jak i niepublicznych, i tak naprawdę nie ma środków na wyposażenie tych ośrodków, a wymogi stawiane przez Ministerstwo Zdrowia są dosyć wysokie, jeżeli chodzi na przykład o wyposażenie w fantomy. Ten problem też chciałbym zasygnalizować. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Teraz może poproszę o wypowiedź pana prezesa.

Bardzo proszę.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jerzy Miller:

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Przede wszystkim, jeśli chodzi o dialog, ja sobie w ogóle inaczej nie wyobrażam zmiany funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia jak zmiany, która nie jest li tylko autorstwa wewnętrznego, ale co najmniej zgody zewnętrznej, jeżeli nie współautorstwa zewnętrznego.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest usługodawcą, ma reprezentować ubezpieczonych wobec służby zdrowia, u której zamawia usługę, ale nie dla siebie, dla ubezpieczonego. I tu jest kilka problemów, o niektórych już państwo wspomnieli.

Pierwsza kwestia dotyczy tego, kogo zatrudniam, jak dużo osób zatrudniam, o jakich kwalifikacjach i czy pracownik może liczyć na stabilne miejsce pracy. Rzeczywiście specjalistów nie mamy, zresztą świat nie ma za dużo specjalistów w tej dziedzinie, powiedzmy sobie szczerze. Jeszcze nikt nie rozwiązał problemu publicznego płatnika służby zdrowia. Pamiętamy przygody pana prezydenta Clintona z ekspery-

mentem amerykańskim, zakończone wycofaniem się prezydenta. To nie jest częsty przypadek.

Uważam, że w Narodowym Funduszu Zdrowia – przepraszam za śmiałość po czternastu dniach pracy na stanowisku prezesa – za mało pracuje osób kontrolujących, ale specjalistów. Nie chodzi mi o kontrolę wewnętrzną w sensie „szukam złodzieja” czy „szukam oszusta” w Narodowym Funduszu Zdrowia. Nie, jeśli Narodowy Fundusz Zdrowia ma odwagę zamówić usługę za 30 miliardów zł, to ja sobie nie wyobrażam, żeby dalej był oddział, w którym pracuje pięciu kontrolerów.

A teraz powiem państwu o smutnym doświadczeniu tych pierwszych dwóch tygodni. Na razie mam pięć wyników kontroli stacji dializ i ani jeden wynik nie przyniósł rozstrzygnięcia korzystnego dla świadczeniodawcy, jeśli chodzi o prawdziwość. Na szczęście cztery wyniki są pozytywne, jeśli chodzi o poprawność stosowania procedur medycznych, tylko jedna na pięć – i mam nadzieję, że ostatnia na wszystkie, które zarządziłem do przeprowadzenia w skali kraju – będzie negatywna, czyli po prostu lekarz nie dopełnił obowiązku przestrzegania właściwej procedury. Nie mówię, czy to było zgodne z jego wolą, ale efekt końcowy był taki, że mógł narazić na szwank zdrowie pacjenta. Na pięć kontroli jest pięć wniosków o zwrot za każdym razem po kilkaset tysięcy złotych do Narodowego Funduszu Zdrowia. Przyznam szczerze, że polska służba zdrowia przedstawiła mi się bardzo źle w moich pierwszych dniach pracy, bo wniosek powinien być taki, że skoro na pięć kontroli pięć razy powinienem wysłać sprawy do prokuratury, to powinienem zatrudnić tylu kontrolerów, żeby co najmniej raz w roku być w każdej stacji dializ. Ponieważ za długo pracuję w administracji, żeby podejmować tak pochopne decyzje, to na razie mam tylko jedną uwagę, że na pewno pięciu kontrolerów na województwo to jest za mało.

I tu od razu zapytanie pod państwa adresem. Narodowy Fundusz Zdrowia nie może zatrudniać lekarzy, którzy zazwyczaj wykonują swój zawód na terenie swojego województwa, bo trudno mi sobie wyobrazić dużą liczbę pracowników oddziału w Białymstoku, którzy wykonują zawód poza województwem podlaskim. Państwo przewidzieli dla prezesa uprawnienie do wydawania zgód indywidualnych, ale dochodzi do tego, że najprawdopodobniej będę musiał wydać kilkaset zgód indywidualnych na pracę lekarza w swoim zawodzie, bo państwo swoją decyzją wydali na nich wyrok, gdyż po pięciu czy po sześciu latach tracą prawo wykonywania zawodu. Rozumiem, że szukamy mechanizmów czyszczenia świata urzędniczego z niezbyt etycznego działania, ale to rozwiązanie trzeba poddać analizie, na przykład po roku stosowania, czy na pewno było ono do końca przemyślane.

Ale wracam do kwestii kontrolerów. Pierwsza rzecz to ich liczba, a druga to trafność podejmowania decyzji, kogo kontrolować. Pan prezes Mazur już wspomniał, że zbudowano instytucję dysponującą 30 miliardami zł, tylko dostatecznie wcześniej nie wyposażono jej w jednolity w skali kraju system informatyczny, wyposażony w jeden słownik dla wszystkich, którzy mają w tym systemie działać, i efekt jest taki, że pierwsza względnie wiarygodna sprawozdawczość wpływa w czternastym miesiącu funkcjonowania systemu. W związku z tym kontrola ma przepaskę na oczach, idzie w ciemno, nie wie, kogo ma kontrolować, nie wie, co ma znaleźć, uczy się na miejscu u kontrolowanego. No tak być nie może.

Kolejna kwestia: Narodowy Fundusz Zdrowia nie został przygotowany z punktu widzenia proceduralnego. Każdy kontroluje po swojemu, uczy się na własnych błę-

dach, brak jest albo dobrych wzorców, które się przenosi od poprzednika instytucjonalnego – myślę o regionalnej kasie chorych – albo przynajmniej potężnego zastrzyku szkoleń, żeby w szybkim czasie nabrać tych umiejętności.

Nie będę przytaczał następnych problemów związanych z zatrudnieniem, powiem tylko o stabilności. Jak w każdej instytucji tak również w tej największym bogactwem jest człowiek, jest pracownik. To prawda, że jest tam cztery tysiące dwustu osiemdziesięciu zatrudnionych, ale przy takiej fluktuacji to niestety nie za każdym razem są ci, którzy powinni być tam zatrudnieni.

Ja zaś powiem wobec państwa i mogę powtórzyć wobec mediów, że jestem wdzięczny swojemu poprzednikowi za dynamikę zmian, jaką obserwuję, patrząc w dokumenty roku 2004. Wiem, że dzisiaj mówimy o roku 2003, ale na wstępie swojej działalności chcę powiedzieć, że widać symptomy właściwych zmian.

Następna kwestia: na ile nowa ustawa pozwala mieć nadzieję na szybkie zmiany? Ja należę do osób, które, niestety, wątpią w duże działanie sprawcze samej ustawy. Moim zdaniem to zależy od ludzi i tak naprawdę od tego, czy środowisko służby zdrowia, a zwłaszcza osoby, które mają prawo do podejmowania decyzji w służbie zdrowia, stać na kolejną porcję zaufania, że warto dyskutować. Bez dialogu, czyli bez wymiany poglądów z obu stron, Narodowy Fundusz Zdrowia moim zdaniem jest skazany na porażkę, ponieważ nie ma wewnątrz Narodowego Funduszu Zdrowia dostatecznie licznej kadry specjalistów od wszystkich specjalności medycznych, aby można było wytworzyć prawidłowy model wewnątrz tej instytucji. Albo więc uzyskamy zewnętrzną pomoc ekspercką, do której się ustosunkujemy, znając zadanie płatnika, albo nic dobrego w szybkim tempie nas nie czeka. I to jest kwestia tego pierwszego wątku dialogu i przygotowania do niego narodowego funduszu. Na kanwie tej kwestii będzie rozpatrywany rok przyszły i kontraktowanie.

Przepraszam wszystkich, których zmusiłem do zajęcia stanowiska w przeciągu tygodnia, ale... Ja też nie lubię pracować przez całą noc, ale skoro trzeba było, to było trzeba.

Nie będę powtarzał takich eksperymentów wydolnościowych dla organizmu moich gości, umówiliśmy się na długi, spokojny dialog na wiosnę. Pierwszym zadaniem Narodowego Funduszu Zdrowia w październiku, listopadzie i grudniu jest przygotowanie warunków współpracy ze służbą zdrowia na przyszły rok. Od stycznia jest czas na dyskusję o tym, co nas czeka w roku 2006 i od razu muszę powiedzieć o ważnym elemencie – zresztą on się pojawił również dzisiaj, – czy ktoś jest pokrzywdzony, czy to jest Łódź, czy to jest Mazowsze, czy to jest Podlasie, czy to jest Śląsk, bo dostałem też zaproszenie do dyskusji od związku zawodowego, ale nikt się nie pochwalił, że jest rozpieszczany. Domniemywam, że wszystkich szesnaście województw wcześniej czy później napisze, że ma nieco za mało.

(Głos z sali: Bez końcówki.)

Chcę uchylać się od dyskusji na ten temat, dopóki nie ukáže się rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie podziału składki na rok 2006, bo moim zdaniem bardzo niezdrowe dla służby zdrowia jest życie w szoku, w stresie: raz mówią, że mam za dużo, za chwilę mi zabierają i mam za mało itd. Chciałbym być zwolennikiem rozwiązań względnie stabilnych, przy czym dla mnie względna stabilność jest nie krótsza niż pięć lat, bo to nie jest dyskusja z lekarzem, który stoi za stołem operacyjnym, to jest dyskusja z dyrektorem szpitala, który ma podjąć decyzję, czy kupić nowy stół operacyjny. To nie jest dyskusja o wynagrodzeniu, to jest dyskusja, czy mam restrukturyzować ǫ-

dział, a tutaj od decyzji do skutku mijają nie dni i tygodnie, tylko długie miesiące, jeżeli nie lata. W związku z czym rozsądne oczekiwanie partnerstwa musi być poprzedzone ustabilizowaniem warunków finansowania służby zdrowia w Polsce, a w związku z tym dla mnie punktem przełomowym będzie późna wiosna przyszłego roku, bo wtedy to rozporządzenie zacznie funkcjonować i mam nadzieję, że po kilku miesiącach nie będzie wielu chętnych do dyskusji o zmianie tego rozporządzenia.

Niestety, nakłada się to na spodziewaną kampanię przedwyborczą, ale mogę tylko ubolewać, że taki mamy kalendarz wyborczy.

Reasumując, nie podejmuję dyskusji na temat uprzywilejowanych i pokrzywdzonych, ponieważ perspektywa jest tak krótka, że mam nadzieję, iż minister zdrowia tymże rozporządzeniem za mnie tę dyskusję podejmie i odpowie w sposób najwłaściwszy, czyli wydaniem rozporządzenia.

Teraz przejdę do szczegółów. Jeśli chodzi o rachunki indywidualne, jestem stanowczo przeciwny. Sam płacę od wielu lat dosyć wysoką stawkę na rzecz służby zdrowia, do lekarza nie chodzę, wiem, że to jest naganne, ale tak się składa, a w związku z tym mogę być zwolennikiem niekorzystania w ramach solidarności społecznej z indywidualnych uprawnień wynikających z opłaconej składki, gdybym zaś na to zezwolił, to doszłoby do całkowitej anarchii w systemie. W związku z tym indywidualnie mogę przyznać rację, że ktoś może się słusznie czuć rozgoryczony, ale jako prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie ugnę się przed tego typu oczekiwaniami, nawet jeżeli ktoś zapłacił nie na Podkarpaciu, tylko w Paryżu, gdzie nikogo nie znalazł, kto by mu uznał jego słuszne prawa członka społeczności europejskiej. Obowiązują odpowiednie procedury i w ramach tych procedur mogę się ubiegać o środki; jeżeli procedura nie przewiduje publicznego współfinansowania, trudno. Koszty funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia są moim zdaniem za niskie. Nie dlatego tak mówię, że jestem nowym prezesem, tylko proszę zobaczyć: powierzono 34 miliardy zł i przeznaczono na pilnowanie dobrego funkcjonowania 1%. Chciałbym, żeby państwo mi pokazali inne instytucje, nie wiem, bankowe, ubezpieczeniowe, które mają takie proporcje.

Nie mówię, że wszystko w funduszu jest dobrze, tylko nie patrzmy na to zagadnienie przez pryzmat na przykład średniej pensji w porównaniu ze średnią pensją w służbie zdrowia, bo dla mnie nie jest konkurentem na rynku pracy służba zdrowia, ja nie zatrudniam pracowników, którzy mi uciekną do służby zdrowia, mój prawnik nie pójdzie do służby zdrowia, tylko pójdzie do Warty, ZUS, do PZU, mój informatyk pójdzie do dobrego banku komercyjnego, w związku z czym mam inne uwarunkowania. Bardzo dużo pieniędzy trzeba wydać na lepsze systemy informatyczne.

Proszę państwa, nieprawdą jest, że w Narodowym Funduszu Zdrowia są dwa systemy informatyczne, dwóch firm. Jest siedemnaście systemów informatycznych, bo nie scalono systemów informatycznych mimo upływu dwóch lat. To nie jest zarzut, to jest stwierdzenie faktu. Ten sam Computerland zbudował sieć w ośmiu oddziałach wojewódzkich, ale w każdym z tych województw jest inny system informatyczny. W związku z tym uważam, że koszty funkcjonowania nie są za wysokie.

O wynagrodzeniach już powiedziałem: nie jestem konkurencyjny nie tylko na rynku warszawskim, ale również na rynku innych miast wojewódzkich, siedzib oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

Jeśli chodzi o budynki, mam za małą wiedzę, nie ustosunkuję się do tego pytania. Wiem, że oddział mazowiecki jest bezdomny od 1 stycznia, zostało niewiele czasu,

żeby nie był bezdomny. A dlaczego jest bezdomny? Bo go wyrzuciła centrala, bo centrala jest w siedzibie Mazowieckiej Kasy Chorych.

(*Głos z sali:* Prezes go wyrzucił.)

Prezes go wyrzucił, tak? A to dlatego dzisiaj dyrektor oddziału mazowieckiego tak patrzył na moje biurko, pewnie przypominał sobie czas, kiedy to było jego biurko. Przepraszam za żartobliwy wtęret.

Co do dużych odpraw, Szanowni Państwo, to podobno średnia długość kadencji prezesa wynosi pięć i pół miesiąca. Ja postaram się przeżyć sześć miesięcy, żeby tę płynność zmniejszyć i żeby odprawy były niższe, średnie oczywiście

Proporcje pomiędzy liczbą pracowników na stanowiskach kierowniczych i wszystkich pracowników rzeczywiście są zastanawiające. Jeszcze nie wiem, z czego to wynika, mogę jednak państwu powiedzieć, że wystąpiłem z wnioskiem o audyt zewnętrzny Narodowego Funduszu Zdrowia. Uważam, że warto wydać pieniądze na ekspertyzę zewnętrzną autorstwa firmy, która ma doświadczenie w kontroli tak złożonych instytucji, aby wydać diagnozę, co zmieniać, bo ja mogę mieć swój pogląd, ale czy na pewno najlepszy? Chciałbym się wspierać taką opinią zewnętrzną.

A teraz zdarzenia związane z ostatnimi negocjacjami z POZ i nie tylko. Po pierwsze, dzisiaj na konferencji prasowej mówiłem, ale powtórzę to: jestem wdzięczny tym, którzy w przeciągu siedmiu dni, wykorzystując internet, przesłali obfitą korespondencją rzeczową nie tylko i wyłącznie przez pryzmat własnego interesu tylko co najwyżej przez pryzmat interesu swojego środowiska – na temat warunków, jakie powinny być stworzone w kontraktach roku 2005.

Oczywiście nie ze wszystkimi się mogę zgodzić. Na przykład nie mogę się zgodzić z postulatem, żeby POZ kosztował 20% środków przeznaczanych na służbę zdrowia. Dzisiaj kosztuje 15% i możliwe, że za kilka lat nie będzie to 15% tylko 17% czy 18%. Natomiast ja muszę – i myślę, że państwo podzielają mój pogląd – traktować wszystkie dziedziny medycyny względnie równo. Co rozumiem przez słowo „względnie”?

Proszę państwa, w zależności od ustalonych reguł gry mam bardzo różną sprawozdawczość, z której wynikałoby, że jakiegokolwiek badania epidemiologiczne w Polsce są bez sensu, bo z roku na rok zapadalność na daną chorobę może wzrosnąć o 20% czy nawet 30%, co z punktu widzenia naukowego jest niewytłumaczalne. Gdybym się kierował tym, co jest w zasobach informacji narodowego funduszu, i na przykład zwiększał nakłady na daną dziedzinę dlatego, bo tak wskazują dane statystyczne, to popełniałbym błąd przeregulowywania rynku. Ja mam za duże zakłócenia, w związku z czym najbardziej atrakcyjne wydaje się tak zwane budżetowanie, to co było przed kasami chorych, to co było wtedy, kiedy mieliśmy do czynienia z finansowaniem z budżetu. Bardzo wiele krajów na świecie stosuje tę metodę. Myśmy się porwali na rozwiązanie skrajnie inne. Oczywiście to nie jest błędne, tylko wymaga trochę innej wiedzy o systemie, może trochę większej kultury dialogu i przypuszczam, że przede wszystkim wymaga dłuższego zastanowienia przed podjęciem decyzji. W związku z tym, że mam taką sytuację, jaką mam, nie przejdę do budżetowania, bo nie uznaję za właściwe rewolucyjnych zmian w tej dziedzinie przynajmniej. A w związku z tym będziemy tkwili w roku 2005 w kagańcu, który nam narzucił ten system, który wszedł w życie 1 stycznia 2004 r. i ja się nie odważę państwu przedstawić żadnej innej propozycji wcześniej niż około maja, czerwca 2005 r. Potrzebuję około dziewięciu miesięcy na ten dialog, na ekspertyzy, na analizy wewnętrzne i dopiero wtedy będę gotowy za-

ryzykować tezę, że coś jest lepsze niż dzisiejsze rozwiązanie. Równolegle przedstawię harmonogram zdarzeń, które muszą poprzedzać dzień wprowadzenia nowego rozwiązania w życie i nie będę preferował wprowadzania czegoś bez na przykład systemu informatycznego, który potrafi to ogłębnić i zanalizować.

Od razu państwu też powiem – zresztą proszę zapytać Najwyższą Izbę Kontroli, na pewno to potwierdzi – że im bardziej ustabilizowany system, tym mniej kontroli, im bardziej niestabilny system, tym więcej kontroli. Muszę to obserwować. To tak jak z pacjentem: jak ma stabilny stan, to go rzadziej muszę diagnozować, jak jest rozchwiany, to muszę diagnozować częściej. System płatnika jest taki sam, w związku z czym jest bardziej kosztowny.

Jeśli chodzi o równe płacenie za tę samą usługę świadczoną w różnych miejscach, to jestem zwolennikiem wyrównywania dysproporcji, gdy te dysproporcje nie są niczym uzasadnione. Nie wiem, czy u nas powinna być jedna cena, bo mało jest zawodów w Polsce – i nie tylko w Polsce – gdzie doprowadzono by do równej zapłaty za równą pracę, nie wiem więc, dlaczego akurat w służbie zdrowia miałyby być bezwzględnie wyrównana. Ale możemy na ten temat dyskutować.

Ja zaś muszę patrzeć na historię. Dzisiaj rozmawiałem z pogotowiem ratunkowym, które odmawia w ogóle dyskusji o podpisaniu kontraktu na przyszły rok, a odmawia dlatego, że państwo wprowadzili ustawę, która akurat ten dialog nam uniemożliwia, bo żądają usługi, która zgodnie z ustawą jest niemożliwa do zrealizowania za pieniądze funduszu, a można ją zrealizować, ale tylko za pieniądze lekarza rodzinnego, bo ustawa przypisała tę usługę do POZ. Do czego zmierzam: różnica pomiędzy stawką dla pogotowia już nie pamiętam opolskiego, a po drugiej stronie zdaje się jest dolnośląskie, wynosi ponad 50% i taka różnica moim zdaniem – instynktownie to wyczuwam – jest nieuzasadniona. Ale jeżeli rozporządzenie, o którym powiedziałem, o rozkładzie składek na województwo będzie dawało Opolu możliwość o 50% większych wydatków niż Wrocławowi, to trzeba przyznać, że jest to różnica dobra. Tak krawiec kraje, jak materii staje. Jeżeli regionalne kasy chorych stworzyły sobie swoje wojewódzkie cenniki w ten sposób, to pokłosie tego mamy do dzisiaj i będzie to również przeniesione na rok 2005.

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo! Przepraszam za zbyt długi wywód, ale chciałbym podsumować to w ten sposób: nie odnoszę się do roku 2003, przyznam szczerze, że niewiele wiem, co się działo w funduszu w roku 2003, ponad przekaz medialny. Z mojej pierwszej diagnozy wynika, że jest to instytucja, od której można wymagać, aby dobrze funkcjonowała, pod warunkiem że wprowadzi się dwie zasady: wierzymy drugiej stronie, że nie jest oszustem, tylko co najwyżej domniemy, że mogą się wśród drugiej strony znaleźć również oszuści, w związku z czym będziemy preferowali dialog, a nie przesłuchanie.

I druga rzecz: identyczne zasady będą obowiązywały wewnątrz, jak chcemy, aby obowiązywały na zewnątrz, czyli jeżeli od zewnętrznego partnera fundusz wymaga bezbłędnej pracy, pieczołowitego wypełniania wszystkich obowiązków i akurtności w każdym punkcie, to identyczne zasady będą stosowane wewnątrz. Mam nadzieję, że za dziewięć miesięcy będę państwu mógł takie sprawozdanie przedstawić właśnie za rok 2004. Dziękuję.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

W wersji optymistycznej za dziewięć miesięcy, następne wybory będą w terminie konstytucyjnym, a termin dziewięć miesięcy jest też taki biologicznie optymalny, by był donoszony...

Pan senator Religa, bardzo proszę.

Senator Zbigniew Religa:

Dziękuję bardzo.

Panie Prezesie, najpierw składam panu wyrazy uznania – nie gratulacje, lecz wyrazy uznania – za odwagę, że podjął się pan bycia prezesem tej instytucji. Rzeczywiście trzeba mieć odwagę, a widzę, że pan ją ma.

I drugie: dziękuję za pańskie wystąpienie, które mnie osobiście bardzo satysfakcjonuje, zwłaszcza mówienie o dialogu pomiędzy środowiskiem medycznym a Narodowym Funduszem Zdrowia. Jest to bardzo potrzebne, a do tej pory to tak naprawdę dialogu nie było, jakkolwiek muszę też powiedzieć – wracając do tego, co pan powiedział o swoim bezpośrednim poprzedniku, z którym miałem raz spotkanie i odniosłem bardzo dobre wrażenie z dyskusji podczas tego spotkania – że była to bardzo rozsądna rozmowa, tak że mamy jednakowe spostrzeżenia, jeżeli chodzi o poprzednika.

Chcę się odnieść tylko do jednej rzeczy, a mianowicie do uwag zaprzyjaźnionej ze mną pani senator profesor Zdzisławy Janowskiej i siedzącej obok pani senator Olgi Krzyżanowskiej co do wydatków związanych z funkcjonowaniem Narodowego Funduszu Zdrowia. W tym wypadku całkowicie się z tym stwierdzeniem nie zgadzam, uważam bowiem, że skandalicznie mało jest wydawane na działanie Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ my musimy oczekiwać bardzo sprawnej organizacji, a nie taniej. Jest to żądanie cały czas taniego państwa, zapominając, że państwo powinno być przede wszystkim sprawne, użyteczne dla obywateli, nie da rady, żeby było tanie. 1% jest w ogóle chyba... W żadnej firmie ubezpieczeniowej nie ma tak niskiego poziomu finansowania działalności, bo minimum powinno wynosić 4–6%, a nawet więcej – 8%. Wydaje mi się, że warto o tym wiedzieć, iż normalnie funkcjonujące firmy ubezpieczeniowe wydają na swoją działalność znacznie więcej.

Życzę panu, żeby pańskie zamierzenia się udały. Myślę, że za dziewięć miesięcy nie będziemy mogli przedyskutować tej sprawy w tym składzie z naturalnych względów: ponieważ wcześniej czekają nas wybory. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Pan senator Pawłowski, bardzo proszę.

Senator Wojciech Pawłowski:

W pełni popieram to, co powiedział pan profesor Religa, chciałbym jednak coś wyjaśnić. Pan prezes mówił o solidaryzmie, że wszystkie systemy ubezpieczeń de facto się na tym opierają. Mnie chodziło o sprawy organizacyjne, tak bym powiedział, podpis pod tym: skoro są moce przerobowe, a dany szpital nie może tego zrobić, są zaś prywatni wykonawcy, to przecież dany oddział może podpisać kontrakt z wykonawcami. Jednak ślepy człowiek oczekujący na zabieg operacyjny przez rok... to jest straszna męczarnia i można wykonanie takiego zabiegu przyspieszyć.

Bardzo mnie cieszy to, co pan prezes powiedział na temat kontroli, bo ja byłem zwolennikiem proponowanych dzisiaj rozwiązań – pan prezes Mazur jest świadkiem... To są olbrzymie pieniądze, które nam uciekają. Jeszcze, jak mówię, jest polityka lekowa i była taka poprawka, Panie Prezesie, u nas w Senacie, żeby lekarze nie musieli mieć tego indywidualnego zezwolenia, ale niestety nie przeszła. Dziękuję.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Pan doktor, nasz gość, mówił o problemach lokalowych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, związanych z prawem do lokalu. Ja chciałabym powiedzieć o incydentalnej być może sprawie, ale dotyczącej publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które mają swój organ założycielski.

Otóż rozpoczął się sezon grzewczy i okazało się, że w wielu ośrodkach zdrowia małych, gminnych, różnych – mogę mówić tylko o swoim okręgu wyborczym – nagle okazało się, że tu jest nieczynny piec, tu cieknie z grzejników, tutaj w ogóle czegoś nie ma i kierownicy ośrodków zwracają się do swoich organów: do wójtów, burmistrzów, a oni mówią „nie, fundusz wam daje na to pieniądze”. Mam uchwałę rady gminy, która wnioskuje o zwolnienie kierownika ośrodka zdrowia w Złej Wsi Wielkiej, dlatego że nie sfinansował remontu pieca centralnego ogrzewania, w związku z czym ośrodek, a szczególnie poradnia D, nie może przyjmować dzieci, ponieważ otrzymał na to środki z Narodowego Funduszu Zdrowia, a domaga się, żeby gmina to sfinansowała. Być może są niedouczeni kierownicy czy wójtowie, burmistrzowie, nie wiem, komu tej wiedzy zabrakło, takie sytuacje się pojawiają incydentalnie, ale pojawiają się.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jerzy Miller:

Pani Przewodnicząca, to jest w ogóle problem, na ile stawka zaproponowana przez płatnika, przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwraca tylko koszty bezpośredniej usługi, a na ile na przykład zwraca również koszt amortyzacji, w tym amortyzacji budynku, pieca itd., itd. Na to pytanie bardzo trudno jest odpowiedzieć, wprowadzenie nowego systemu płatności od 1 stycznia 2004 r. zmieniło w niektórych wypadkach przychody placówki służby zdrowia nawet o 20% in plus, ale również nawet o 30% in minus. Po prostu zaczęto posługiwać się zupełnie innym cennikiem, a nie sprawdzono eksperymentalnie, jakie przyniesie to skutki. Efekt jest taki, że zupełnie zaburzyło to gospodarkę finansową niejednego płatnika, który wykonuje bardzo zbliżoną liczbę świadczeń identycznych co do asortymentu jak w roku 2003.

A wracając do konkretnego wypadku: miałem dzisiaj w Sejmie rozmowę z posłem, który mówi: niech pan coś zrobi, bo za chwilę wszystkich pacjentów trzeba będzie wywieźć ze szpitala powiatowego, bo nie ma grama węgla, ale naprawdę Narodowy Fundusz Zdrowia płaci tylko i wyłącznie za usługę medyczną, a obowiązkiem właściciela jest, aby zadbał o swoją własność, z zastrzeżeniem, o którym powiedziałem na początku. Płatnik zamawiający usługę powinien płacić rzetelną kwotę za tę usługę. Na miarę możliwości analitycznych dialog będzie dotyczył nie tylko sposobu wymiany informacji, w tym zawierania kontraktów, ale również warstwy finansowej, czyli uczciwego wyznaczenia nie ceny dla każdego świadczeniodawcy, ale ceny wzorcowej,

od której powinna się zaczynać dyskusja o każdym kontrakcie, ceny, która uwzględnia wszystkie składniki kosztów, w tym piec centralnego ogrzewania.

(Brak nagrania)

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Paweł Sztwiertnia:

Jest w Ministerstwie Zdrowia Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego, który odpowiada za cały sektor w sensie Narodowego Funduszu Zdrowia, za nadzór, kontrole, egislacje, sprawy związane z koordynacją zabezpieczenia świadczeń systemu społecznego po wejściu do Unii. Liczy on pięćdziesiąt dwie osoby. Takimi zasobami dysponuje minister i to również pośrednio odpowiada temu, jakie są realne możliwości ministra zdrowia, wyposażonego w te narzędzia i w te uprawnienia w zakresie nadzoru, które daje ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowane ze środków publicznych. To jest departament, który jak państwo pamiętają, de facto w momencie likwidacji Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych został włączony do struktury Ministerstwa Zdrowia.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Nadmiernie wyposażony ten urząd nie jest, zwłaszcza w sytuacji, kiedy dyskutujemy o tak ogromnych środkach.

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos, czy mogę podziękować panom prezesom, panu ministrowi, wszystkim panom, którzy zechcieli przyść na posiedzenie komisji? Czy mamy jakąś informację z telewizora, z Sejmu, skądkolwiek?

(Głos z sali: Tylko tyle, że skończyła się debata.)

Skończyła się debata, głosowania nie było.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Dziękuję bardzo.

Senatorowie pozostają na jeszcze jeden punkt.

Bardzo dziękuję i mam nadzieję na długą współpracę, tych dziewięć miesięcy może być. Dziękuję, Panie Prezesie.

Państwa senatorów proszę o pozostanie jeszcze na chwilę, przekazać informację.

Chciałabym tylko przypomnieć, była taka sprawa – to naprawdę jedno zdanie, a kto będzie miał więcej, to bardzo uprzejmie zapraszam – informowałam kiedyś, posługując się wycinkiem prasowym, o zwolnieniu Marii Machery pielęgniarki ze Szpitala Bielańskiego, w wyniku, powiedzmy, wymiany poglądów pomiędzy nią a prezydentem Kaczyńskim i zobowiązana przez państwa zwróciłam się do dyrektorki Szpitala Bielańskiego, pani Ewy Żydowicz-Muchy, i otrzymałam odpowiedź Nie mam jeszcze odpowiedzi związków zawodowych oraz Izby Pielęgniarskiej.

Otóż pani dyrektor pisze w te słowa: „Szanowna Pani Senator! W odpowiedzi na pismo z dnia 21 września 2004 r. uprzejmie zawiadamiam, iż pani Maria Machera została zatrudniona w Szpitalu Bielańskim w charakterze pielęgniarki, w wymiarze 4/10 etatu w dniu 1 sierpnia 2001 r. na podstawie umów o pracę zawartych na czas określony. Ostateczne rozwiązanie umowy terminowej przypadało na dzień 31 grudnia 2003 r. Szpital nie wydał decyzji o zwolnieniu wyżej wymienionej z pracy, albowiem ustanie stosunku pracy nastąpiło w drodze porozumienia, które obie strony podpisały w dniu 30 lipca 2003 r. ze skutkiem na dzień 31 sierpnia 2003 r., albowiem pani Maria

Machera była zainteresowana wykorzystaniem w tym okresie urlopu wypoczynkowego. Z poważaniem dyrektor szpitala itd.”

Żadnej aury sensacji, żadnego...

(*Senator Olga Krzyżanowska: A kiedy to zajście było?*)

Gazeta nie powoływała się na termin tego zajścia, tylko podawała, że jego bezpośrednią przyczyną było zwolnienie tej pani z pracy.

Senator Wojciech Pawłowski:

Kodeks chyba przewidywał, że jeżeli przekroczono okres zwolnienia podczas zatrudnienia na czas określony, to umowa automatycznie stawała się umową na czas nieokreślony, jest to więc prawnie nie w porządku, Pani Przewodnicząca.

(*Senator Olga Krzyżanowska: Dlaczego pracowała w 2004 r., jak była zwolniona?*)

Bo to już była umowa na czas nieokreślony. Tamta wygasła i został nawiązany automatycznie stosunek pracy po dwóch dniach przepracowania. Czyli powinna ona pójść do sądu pracy i wygrałaby.

Senator Olga Krzyżanowska:

Przepraszam, ja tego wszystkiego nie rozumiem. Jeżeli pani dyrektor uległa panu prezydentowi, to jest to naganne. Dyrektor ma prawo mieć własne zdanie w stosunku do własnych pracowników, czy on się podoba panu prezydentowi, czy nie podoba, ale ta odpowiedź, przepraszam, w ogóle niczego nie wyjaśnia. Jestem jeszcze głupsza po tej odpowiedzi niż poprzednio.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Na okrągło.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Dlatego też czekam i dopiero jak będą odpowiedzi związków zawodowych oraz izby, otrzymają państwo wszystkie kopie i zastanowimy się, co dalej.

Senator Wojciech Pawłowski:

Ale ja bym dał to pismo, Panie Przewodnicząca, do analizy naszemu departamentowi prawnemu, żeby stwierdził, jak to wygląda w stosunku do kodeksu pracy.

Senator Mirosław Lubiński:

Jeśli można, jedno zdanie, bo wydaje mi się, że tutaj daty są w ogóle pomieszane, dotyczą bowiem roku 2003, a pismo jest napisane językiem absolutnie niezrozumiałym. Do tego się nie można poważnie odnieść, ponieważ daty dotyczą roku 2003, a nie roku 2004. To pismo jest sprzeczne z zasadami logiki, to się kupy nie trzyma.

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Albo tu jest jakieś przekłamanie co do dat, albo...

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Senator Mirosław Lubiński:

Posłuchajcie państwo: ostateczne rozwiązanie umowy terminowej przypadło na dzień 31 grudnia 2003 r., szpital nie wydał decyzji o zwolnieniu wyżej wymienionej z pracy, albowiem ustanie stosunku pracy nastąpiło w drodze porozumienia, które obie strony podpisały w dniu 30 lipca 2003 r., ze skutkiem na 31 sierpnia 2003 r., albowiem pani była zainteresowana wykorzystaniem w tym okresie urlopu wypoczynkowego. Czy mi ktoś wytłumaczy, co to oznacza?

(Senator Wojciech Pawłowski: W grudniu pracowała nadal, prawda?)

Przewodnicząca Krystyna Sienkiewicz:

Z tego wynika, że w grudniu już nie pracowała, bo umowa była zawarta do grudnia, a ona była zainteresowana odejściem z dniem ostatniego sierpnia.

(Senator Mirosław Lubiński: Nie, to się kupy nie trzyma.)

Jak będzie komplet odpowiedzi, to zastanowimy się nad tym.

Chciałabym powiedzieć o planach najbliższych posiedzeń, bo to pewnie wszystkich nas interesuje. Ponieważ na tym posiedzeniu Sejm tylko odwołuje ministrów ewentualnie rząd, nie ma żadnych ustaw i nie ma żadnego skierowania ustawowego do nas, w związku z tym najbliższe planowane posiedzenie komisji wypada 28 października. Proszę uważać: 28 października, bo potem stale ci sami nie mają tej informacji. Będzie to połączone posiedzenie trzech komisji: Komisji Gospodarki i Finansów Publicznych, Komisji Ustawodawstwa i Praworządności oraz Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, poświęcone pierwszemu czytaniu ustawy o zniesieniu funduszu kościelnego. Najbliższe posiedzenie, jeżeli nic się nie zdarzy, odbędzie się 28 października.

Jutro zakończy się debata nad ustawą o związkach pomiędzy osobami tej samej płci, a ponieważ jest bardzo dużo poprawek i jutro będą jeszcze zgłoszone...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę się nie obawiać, podczas tego posiedzenia Senatu nie będzie posiedzenia komisji. Jutro, obojętnie o której zakończy się posiedzenie Senatu, rozstajemy się. Ustawa o związkach pomiędzy osobami tej samej płci najwcześniej będzie rozpatrywana 16 lub 17 listopada, czyli za miesiąc. Trafi jeszcze do dwóch komisji: do Komisji Ustawodawstwa i Praworządności oraz do Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, które muszą rozpatrzyć poprawki, a jest ich więcej niż całej ustawy, i głosowanie będzie dopiero gdzieś w ostatnich dniach listopada, jak będzie posiedzenie Senatu.

Jutro w skrytkach wszystkich senatorów będzie zawiadomienie o posiedzeniu w sprawie funduszu kościelnego, a w skrytkach senatorów naszej komisji będą trzy opinie do ustawy o funduszu kościelnym: finansisty, pani profesor Bolkowiak, i dwóch prawników z Uniwersytetu Warszawskiego: Boreckiego i Janika nomen omen.

To jest to, co można było ogarnąć i zaplanować. O innych, nieplanowanych wydarzeniach, nic nie mogę powiedzieć, bo ich po prostu nie przewidujemy.

Czy są inne sprawy?

Skoro nie ma, to dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie komisji.

(Koniec posiedzenia o godzinie 17 minut 45)

Kancelaria Senatu

Opracowanie: Aniela Sapiej

Publikacja: Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851