

VIII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 146)

z dnia 4 października 2018 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 146)

4 października 2018 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bartosza Arłukowicza (PO)**, przewodniczącego Komisji, i poseł **Beaty Małeckiej-Libery (PO)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– „**Informacja Ministra Zdrowia na temat pogarszającej się sytuacji finansowej szpitali wojewódzkich i powiatowych po wprowadzeniu tzw. sieci szpitali**”.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, **Andrzej Jacyna** prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Maciej Szustowicz** wicedyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Jarosław Komża** ekspert Związku Powiatów Polskich, **Mirosław Laszkiewicz** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego w Gdańsku, **Waldemar Malinowski** prezes Zarządu Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych wraz ze współpracownikami, **Dominik Maślach** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w Białymstoku, **Mateusz Moksik** asystent przewodniczącego Komisji, **Bogusława Ryzner** zastępca dyrektora ds. Ekonomicznych Szpitala Specjalistycznego im. St. Staszica w Pile, **Bernard Turski** starosta kościański wraz ze współpracownikami, **Joanna Walewander** sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Marek Wójcik** pełnomocnik Zarządu Związku Miast Polskich, **Tomasz Wróblewski** dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze wraz ze współpracownikami.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum. Posiedzenie zostało zwołane w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu. Ten przepis regulaminu stanowi, że na pisemny wniosek 1/3 posłów, członków komisji, przewodniczący komisji jest zobowiązany zwołać posiedzenie komisji w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku, czyli w ciągu 30 dni od 5 września 2018 r. Zgodnie z wnioskiem grupy posłów, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje „Informację Ministra Zdrowia na temat pogarszającej się sytuacji finansowej szpitali wojewódzkich i powiatowych po wprowadzeniu tzw. sieci szpitali”.

Jedno zdanie informacyjno-organizacyjne. Szanowni państwo, to posiedzenie jest pokłosiem braku zgody Marszałka Sejmu na wyjazdowe posiedzenie Komisji Zdrowia w Gorzowie, gdzie mieliśmy rozmawiać o sytuacji szpitali. Marszałek nie wyraził zgody na to posiedzenie Komisji Zdrowia. W związku z tym ono się odbywa dzisiaj, tutaj.

Ja też muszę państwa przeprosić, dlatego że ze względów organizacyjnych i kolejnego posiedzenia Komisji Zdrowia, na które Marszałek Sejmu nie wyraził zgody, żeby odbywało się w Sejmie, muszę więc zająć się pielęgniarkami, które przyjeżdżają z Przemyśla, to posiedzenie poprowadzi pani poseł Małecka-Libera. Do członków Komisji Zdrowia chciałbym też skierować kilka słów organizacyjnych... Jeśli pani pozwoli, przekazuję sprawy organizacyjne. Marszałek Sejmu nie wyraził zgody na posiedzenie Komisji Zdrowia w Sejmie. Być może jeszcze zmieni opinię – będę państwa na bieżąco informował. Marszałek Sejmu nie może wskazywać nam miejsca posiedzenia innego niż Sejm. Nie może nam wskazywać, że mamy wyjść z Komisją z Sejmu. W związku z tym, jeśli nie będzie zmiany decyzji Marszałka Sejmu, to posiedzenia Komisji po prostu nie będzie,

bo nie mogę zrobić posiedzenia wbrew marszałkowi. Bardzo proszę, pan przewodniczący Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie przewodniczący, myślę, że jednak sprawa, o której mieliśmy rozmawiać na drugim z dzisiejszych posiedzeń Komisji, jest ważna dla nas wszystkich, jak rozumiem, skoro chciał pan urządzać to posiedzenie w Przemyślu. W związku z tym skorzystajmy z możliwości spotkania się. O ile mi wiadomo, w siedzibie Rady Dialogu Społecznego jest możliwość przeprowadzenia tego posiedzenia, tego spotkania. Proponuję więc, aby to posiedzenie Komisji tam się odbyło. Jeżeli pan przewodniczący – jak wspominał – ma inne obowiązki, to nic nie stoi na przeszkodzie, abyśmy zwołali prezydium Komisji i ustalili, kto inny będzie za pana przewodniczącego to posiedzenie prowadził. Nie ma żadnego powodu, aby ze względu na inne pana obowiązki nie było w prezydium innej upoważnionej osoby, która spotkałaby się w tej sprawie i porozmawiała. Rozumiem, że panu zależało i że to się nie zmieniło – zależy panu w dalszym ciągu – żebyśmy na ten temat porozmawiali na posiedzeniu Komisji. Niniejszym z taką propozycją, wnioskiem, do pana i prezydium Komisji się zwracam i wyznaczenie innej osoby, która to posiedzenie Komisji poprowadzi.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie przewodniczący, pewnie byłoby to możliwe, gdyby nie to, że to posiedzenie jest zwołane w trybie art. 152. Jestem zobowiązany wykonywać wniosek, z którym zwróciło się do mnie 14 posłów. A 14 posłów zwróciło się do mnie z wnioskiem o zwołanie posiedzenia Komisji w Sejmie. W związku z tym nie mogę podejmować decyzji za wnioskodawców. Bardzo dziękuję. Oddaję prowadzenie... Bardzo proszę, panie pośle.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie, panie przewodniczący. Ja wiem, że rzeczywiście art. 152 narzuca pewne ramy, natomiast nic nie stoi na przeszkodzie, aby w sytuacji, kiedy pan nie może się spotkać, kto inny zamiast pana to posiedzenie Komisji poprowadził. Nigdzie nie jest powiedziane, w którym miejscu spotkanie mogłoby się odbyć. Najlepszy dowód – pan sam sobie poniekąd zaprzecza – że wnosił pan o posiedzenie wyjazdowe w Przemyślu (ten art. 152). Pan marszałek uznał, że nie ma zgody na Przemyśl, tylko, jak pan twierdzi, była zgoda na Sejm, a teraz jest zmiana na RDS z jakichś względów, być może ze względu na określone warunki, jakie mamy w Sejmie w dalszym ciągu – myślę o liczbie sal i innych możliwościach. Nie kwestionował pan tego, że to posiedzenie Komisji miało odbyć się w Sejmie zamiast w Przemyślu, w związku z tym niech pan nie posługuje się tym argumentem mówiąc, że nie może ono odbyć się w RDS. Może odbyć się w RDS. Rozumiem, że pan albo nie może, albo nie chce go prowadzić, natomiast może je prowadzić ktokolwiek inny.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. W związku z tym, że temat tego posiedzenia Komisji jest zupełnie inny, a mianowicie sytuacja finansowa szpitali powiatowych i wojewódzkich, oddaję prowadzenie pani poseł Małeckiej-Liberze...

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Ale niech pan odpowie, czy zwoła pan posiedzenie prezydium Komisji w sprawie wyznaczenia kogoś innego do prowadzenia następnego posiedzenia Komisji o godzinie 13.30?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jeśli będzie zwołane prezydium Komisji, to oczywiście wszyscy członkowie prezydium zostaną o tym powiadomieni. Bardzo proszę, pani poseł Małeczka-Libera.

Przewodnicząca poseł Beata Małeczka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Rozpoczynamy posiedzenie zgodnie z przedłożonym tematem, a więc „Informacja Ministra Zdrowia na temat pogarszającej się sytuacji finansowej szpitali wojewódzkich i powiatowych po wprowadzeniu tzw. sieci szpitali”. Tak jak już powiedział przed chwilą pan przewodniczący, to posiedzenie zostało zwołane w trybie art. 152, ponieważ wpłynęły do nas liczne prośby i petycje ze strony dyrektorów szpitali powia-

towych, podnoszących temat problemów finansowych po wprowadzeniu sieci i realizacji tegorocznego kontraktu.

Chciałabym przede wszystkim zadać pytanie stronie wnoszącej o zwołanie dzisiejszego posiedzenia Komisji: Kto będzie reprezentował szpitale powiatowe? Czy będą wypowiadać się poszczególni dyrektorowie, czy też jedna osoba, żebym mogła uporządkować sposób prowadzenia dzisiejszego posiedzenia? Czy będą państwo zabierać głos po kolei?

Prezes Zarządu Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych Waldemar Malinowski:

Nazywam się Waldemar Malinowski. Jestem prezesem Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych i mnie organizacja upoważniła do zabrania głosu, chociaż nie wykluczam, że inne osoby również mogą brać udział w dyskusji.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dobrze. Dziękuję bardzo. Chciałabym zadać jeszcze jedno pytanie, a mianowicie takie, ponieważ problem narasta od kilku miesięcy, a przynajmniej my wiemy o tym, że jest on widoczny mniej więcej od czerwca: Czy państwo, przedstawiciele dyrekcji szpitali, spotkali się wcześniej w Ministerstwie Zdrowia.

Prezes Zarządu OZPSP Waldemar Malinowski:

Tak, spotkaliśmy się z panem ministrem. Spotkaliśmy się z prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia. Tak więc, takie spotkanie...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Czyli dzisiaj będziemy dzielić się także tymi informacjami. Czy tak?

Prezes Zarządu OZPSP Waldemar Malinowski:

Możemy się dzielić.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dobrze. Dziękuję bardzo. W takim razie przystępujemy do przedstawienia tej informacji. Bardzo proszę pana ministra o zapoznanie posłów z tą informacją.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Wysoka Komisjo, szanowni państwo, w odpowiedzi na zaproszenie przedstawiliśmy informację nt. sytuacji finansowej szpitali powiatowych i szpitali wojewódzkich, które weszły do sieci oraz sytuacji dotyczącej funkcjonowania sieci szpitali 9 miesięcy po jej uruchomieniu, czyli za okres od 1 października ub.r. do 30 czerwca br., w porównaniu z okresem przed, czyli odpowiednio 9 miesięcy przed wejściem w życie sieci szpitali, a więc od 1 października 2016 r. do 30 czerwca 2017 r. oraz porównaniu ryczałtów w pierwszym okresie rozliczeniowym, czyli w ostatnim kwartale ub.r. w stosunku do I półrocza br. Nie ma tutaj informacji o ryczałcie na II półrocze br., czyli trzeci okres rozliczeniowy szpitali podstawowego systemu zabezpieczenia, gdyż ryczałt jest wyliczany do 15 października i aktualnie trwa wyliczanie ryczałtu związanego z nowym okresem rozliczeniowym. Państwo wszystkie te materiały dostali, informacje są zbiorcze.

Jak wygląda sytuacja finansowa poszczególnych szpitali? Ministerstwo Zdrowia dysponuje informacją o sytuacji finansowej szpitali, które sprawozdają dane do MZ przez system informacji o sprawozdaniach finansowych do Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia i są to szpitale, których właścicielami są państwo lub samorząd terytorialny. Czyli są to szpitale publiczne, których właścicielem w co najmniej 51% jest podmiot publiczny. W związku z tym posiadamy dane z 421 szpitali zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i te dane państwu przedstawiliśmy.

Na podstawie danych przekazanych do 30 czerwca 2018 r., w porównaniu ze stanem z 30 września ub.r., stan zobowiązań zwiększył się łącznie w tych szpitalach o 302 mln zł. Na te 302 mln zł składają się 262 szpitale, w których zwiększyły się zobowiązania łącznie o kwotę 633 mln zł i odpowiednio 159 przypadków zmniejszenia o kwotę 330 mln zł. To są zobowiązania ogółem. Jednocześnie zobowiązania wymagalne w tych podmiotach

zmniejszyły się łącznie o 310 mln zł. W przypadku 113 podmiotów nastąpił wzrost zobowiązań wymagalnych o 116 mln zł, a 308 podmiotów zmniejszyło zobowiązania wymagalne o kwotę 425 mln zł.

Analizując już wyłącznie temat dzisiejszego posiedzenia Komisji, czyli szpitali powiatowych i szpitali wojewódzkich, to mamy dane na temat 290 szpitali powiatowych i 131 szpitali wojewódzkich. W analizowanym okresie, jeśli chodzi o zobowiązania ogółem tych pierwszych i drugich podmiotów, wzrost był odpowiednio, w przypadku szpitali powiatowych o 157 mln zł i 145 mln zł w przypadku szpitali wojewódzkich. Zobowiązania wymagalne zmniejszyły się łącznie o 129 mln zł w przypadku szpitali powiatowych i o 145 mln zł, jeśli chodzi o szpitale wojewódzkie.

Jeśli chodzi o zmianę w układzie geograficznym, terytorialnym, to zwiększenie zobowiązań było największe w województwie lubuskim i dotyczyło 10 podmiotów, tj. 83% szpitali, w województwie małopolskim 20 szpitali, tj. 77% oraz w województwie podkarpackim 18 szpitali – $\frac{3}{4}$ wszystkich szpitali z tego rejonu. Najwięcej przypadków zmniejszenia zobowiązań jest w województwie lubelskim – 60% szpitali zmniejszyło swoje zobowiązania, w województwie pomorskim – blisko 45% oraz w województwie śląskim, gdzie 42% podmiotów zmniejszyło swoje zobowiązania ogółem. A jeśli chodzi o zobowiązania wymagalne, to największy wzrost został zanotowany w województwie łódzkim – blisko 44%, w województwie podkarpackim – 8 podmiotów, $\frac{1}{3}$, w województwie śląskim też $\frac{1}{3}$ – 17 podmiotów. Największy spadek był w województwach opolskim – 95%, lubuskim – 53% i małopolskim. Dane szczegółowe nt. podmiotów tworzących oraz województw w podziale terytorialnym mają państwo w załączonych tabelach. Dotyczy to ogółu szpitali z tych regionów, o których była mowa.

Jest to informacja na temat faktycznej sytuacji szpitali po wejściu w życie sieci szpitali. Jak państwo widzą, ta sytuacja przedstawia się bardzo różnie w różnych rejonach kraju. Nie ma tutaj jednoznacznego trendu i jednoznacznego wskazania, że sieć szpitali spowodowała wzrost zadłużenia podmiotów leczniczych. Zadłużenie podmiotów leczniczych trwa od dłuższego czasu i jest wzrastające, ale nie widzimy istotnej różnicy w stosunku do okresów, które były przede wejściem w życie sieci szpitali. To jest informacja o stopniu zadłużenia podmiotów leczniczych.

Jeśli zaś chodzi o sytuację szpitali powiatowych i wojewódzkich i w ogóle informację o sieci szpitali po analizie, to trzeba powiedzieć, że co do zasady liczba świadczeń ogółem nie zmniejszyła się w podmiotach, które są w sieci szpitali. Zwiększyła się – 9 miesięcy sieci szpitali versus 9 miesięcy okresu poprzedniego – o 2,7% ogółem, podczas gdy wartość wzrosła o ok. 10%.

Liczba świadczeń zmniejszyła się tylko w jednym województwie, podczas gdy w pozostałych (15) liczba świadczeń się zwiększyła i jednocześnie wartość świadczeń we wszystkich województwach się zwiększyła. Na wartość świadczeń w podstawowym systemie zabezpieczenia wpływa również fakt, że od 1 lipca zostały systemowo dokonane zmiany w zakresie jednostek rozliczeniowych w leczeniu szpitalnym i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej o 2%, i później o 2% od 1 października, tj. łącznie o 4%. W związku z tym wartość świadczeń w sieci szpitali została odpowiednio podwyższona.

A jeśli chodzi o poszczególne zakresy, to liczba świadczeń w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej zwiększyła się o 2,8%, w szpitalnej podobnie. Jedynie zmniejszyła się liczba świadczeń o 4% w zakresie rehabilitacji szpitalnej, w świadczeniach odrębnie kontraktowanych blisko 5% i ogółem – tak jak mówiłem – 2,7%. Jeśli chodzi o wartość, to odpowiednio są to AOS – 104%, leczenie szpitalne – 110%, rehabilitacja lecznicza, pomimo spadku liczby świadczeń, wzrosła o 4%, a świadczenia odrębnie kontraktowane o 7%.

Jeśli chodzi o porównanie stopnia sieci szpitali i liczby świadczeń, które zrealizowały podmioty szpitalne w zależności od miejsca w sieci, to jedynie szpitale ogólnopolskie wykonały liczbę świadczeń o 0,2% mniejszą, podczas gdy pozostałe mają większą liczbę świadczeń od szpitali pierwszego stopnia – 1,5% do maksymalnie – szpitali pediatrycznych i drugiego stopnia o 5,2%. Wartościowo najmniejszy wzrost wartości świadczeń nastąpił w szpitalach pierwszego stopnia – 6,9%, przez pulmonologiczne – 7%, do 113% w szpitalach drugiego stopnia.

Jednocześnie, jeśli chodzi o porównanie pierwszego okresu rozliczeniowego odpowiednio z drugim okresem rozliczeniowym, czyli podwojonym pierwszym okresem rozliczeniowym, bo był na I półrocze, też widzimy, że dynamika świadczeń to 99,9%, podczas gdy wartość świadczeń to 100,2%. W związku z tym liczba i wartość świadczeń nie uległa istotnej zmianie po wejściu tych dwóch okresów rozliczeniowych. Odpowiednio jest to trochę inaczej w udziale poszczególnych rodzajów świadczeń, gdzie w AOS jest spadek liczby świadczeń o 1,5% i wartości świadczeń o 1%, w rehabilitacji leczniczej spadek liczby świadczeń o 2,5% i o 1% wartości świadczeń. W pozostałych świadczeniach jest wzrost liczby świadczeń w leczeniu szpitalnym o 2,7% i świadczeń odrębnie kontraktowanych o 3,1%, podczas gdy wartość świadczeń odpowiednio w leczeniu szpitalnym wzrosła o 0,3% i w świadczeniach odrębnie kontraktowanych o 0,6%. Jedyną istotną zmianą jest to, że wskaźnik jakościowy dotyczący ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie zadziałał właściwie. W Ministerstwie Zdrowia poczyniliśmy taką zmianę, że mocniej będziemy premiować leczenie ambulatoryjne w sieci i odpowiednie rozporządzenie ministra zdrowia zostało wydane w ubiegłym miesiącu. Dziękuję.

Może pan prezes albo pan dyrektor...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Momencik. Rozumiem, że pan minister skończył swoją wypowiedź. Czy tak? Panie ministrze, pozwolę sobie odnieść się w kilku zdaniach.

Wygląda na to, że ministerstwo ogólnie jest zadowolone. Zobowiązania były i są. To, że one trochę narosły i w tej chwili wynoszą prawie 11,8 mld zł, z czego 1,4 mld zł to zobowiązania wymagalne, to właściwie powiedział pan, że to jest norma od wielu lat, a w związku z tym status quo. Powiedział pan również, że liczba świadczeń jest na mniej więcej tym samym poziomie i że w ogóle w systemie jest dobrze, dynamika świadczeń jest utrzymana i nie ma żadnego problemu. W związku z tym pytanie: Dlaczego doszło do dzisiejszego posiedzenia Komisji i dlaczego jest tyle skarg i obaw ze strony dyrektorów? Gdzieś ten problem jednak jest.

Rozumiem, że jeżeli państwo spotkali się wcześniej z dyrektorami, to jakieś wnioski i jakieś pytania ze strony dyrektorów padały. Czy pan może odpowiedzieć, co było przedmiotem tamtej dyskusji i jakie wnioski zostały wyciągnięte, bo pan podał dzisiaj suche fakty, liczby, z których, tak naprawdę, kompletnie nic nie wynika oprócz tego, że ministerstwo jest zadowolone? Czy może pan jednym zdaniem powiedzieć, jakie były wnioski po spotkaniu z dyrektorami szpitali?

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Jednym zdaniem – oczekiwania, żeby wzrost wycen w zawartości ryczałtów zwiększyć o 15%, ponieważ wtedy łatwiej będzie się zarządzało podmiotami leczniczymi.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

To w takim razie, mam jeszcze jedno pytanie. Wprowadzając ustawę o sieci szpitali przede wszystkim dążyli państwo do tego, żeby ustabilizować rynek, to, po pierwsze, i żeby zagwarantować bezpieczeństwo szpitali. Czy to zostało spełnione?

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

W znaczącej mierze zostało to spełnione, gdyż te podmioty mają gwarancję przekazywanych środków i gwarancję realizacji świadczeń, czego mogłyby nie mieć w sytuacji, gdyby nie weszła sieć szpitali. Tak więc, jest to...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

A na podstawie czego twierdzi pan, że gdyby nie było sieci, to nie mieliby tego zagwarantowanego? Przecież było kontraktowanie. Kontrakty też gwarantowały bezpieczeństwo szpitali. Jaka jest więc różnica?

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Pani poseł, kontraktowanie mamy w różnych innych zakresach. Najwięcej mamy zapytań właśnie odnośnie do kontraktowania i wędrówek ludów pomiędzy rehabilitacją, stomatologią, osobami, które się zapisały, ponieważ kontrakt... Mówimy o rehabilitacji w szpitalach. Jeśli kontraktowanie jest na typ oddziału, to sytuacja jest taka, że reali-

zując konkurs ofert wiadomo, że jest to konkurs, gdzie podmioty mogą złożyć ofertę lepiej...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie ministrze, ustawa miała zwiększyć dostępność i zapewnić bezpieczeństwo pacjentów. Czy w pana opinii spełniła swoją rolę?

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Tak.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Tak. Według pana, tak. Dobrze. Dziękuję bardzo za wypowiedź. Kto ze strony rządowej chciałby jeszcze zabrać głos? Proszę bardzo.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Chciałbym jeszcze powiedzieć, że zostały wstrzymane przepustki, tak więc ze strony rządowej nie mam wsparcia, gdyż nie są w stanie dojść...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie ministrze, przepustki to nie jest mój problem. To są przepisy, które od niedawna obowiązują w Sejmie. Sejm stał się teraz terenem zamkniętymi i myślę, że dostęp do Sejmu jest w tej chwili o wiele gorszy niż do więzienia. Proszę więc nie mieć pretensji do nas, a już na pewno nie do Komisji Zdrowia.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Przepraszam, ja też wcześniej nie wiedziałem, że przepustki obowiązują od dzisiejszego posiedzenia Komisji. Myślałem, że wcześniej też obowiązywały...

Poseł Ewa Kopacz (PO):

Bo pielęgniarki się zapowiedziały. Dlatego.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

W takim razie otwieram dyskusję, bo rozumiem, że strona rządowa się wypowiedziała. Kto z państwa – pań i panów posłów, ze strony społecznej – chce zabrać głos? Proszę bardzo. Po prawej stronie, przy końcu stołu, widzę podniesioną rękę. Proszę przedstawić się do mikrofonu.

Ekspert Związku Powiatów Polskich Jarosław Komża:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Dzień dobry państwu. Jarosław Komża. Ja reprezentuję Związek Powiatów Polskich, dlatego to, co mam do powiedzenia, będzie pewnego rodzaju wprowadzeniem do tego, co dalej będą mówić przedstawiciele stowarzyszenia, przede wszystkim w osobie pana prezesa.

Otóż, kontynuując wątek zasadniczych pytań postawionych przez panią przewodniczącą, bo temat – przepraszam, kolokwialnie mówiąc – można zagadać liczbami, skalą liczb, natomiast ważna jest dynamika zjawiska, nie sama wartość. Wartość jest istotna w drugiej kategorii. Jak więc wygląda skala tego zjawiska w ocenie najbardziej zainteresowanych?

Dlaczego tak mówię? Otóż, my – czyli Związek Powiatów Polskich i Ogólnopolskie Porozumienie Pracodawców Szpitali – poczyniliśmy pewne badania na bazie twardych danych. W lipcu 2018 r. przeprowadziliśmy badania, w których wzięły udział 93 szpitale. Sporządziliśmy z tego raport. Ten raport był analizowany i wnioski z niego zostały opracowane przez zespół ekspertów ze Szkoły Głównej Handlowej. Na temat tego, jakie są w nim kluczowe wnioski, poproszę później o uzupełnienie przedstawicieli szpitali. Sam raport jest oczywiście dostępny publicznie, możemy go także przesłać do Komisji. Zawiera 55 stron załączników, wykresów, danych. Żeby nie zginać w tym zasypie danych, postaram się przedstawić zasadniczy obraz.

Obraz, jaki wynika z badań ankietowych i badania twardych danych, jest taki, że w ocenie respondentów, czyli dyrektorów badanych szpitali, sytuacja znacznie pogorszyła się po wprowadzeniu ostatnich rozwiązań, bo system popularnie nazywany siecią szpitali to jest szereg aktów prawnych wynagrodzeniowych – mówiąc najogólniej – plus tzw. standardy zatrudnienia personelu pielęgniarskiego. My zadaliśmy kilka zasadni-

czych pytań. Postaram się przedstawić je i odpowiedzi środowiska na ten temat, które następnie są zilustrowane konkretnymi liczbami.

Po pierwsze, zadaliśmy pytanie, czy, zdaniem dyrektora szpitala, sytuacja szpitala po wprowadzeniu tzw. sieci szpitali zasadniczo zmieniła się, i w jakim kierunku. 63% respondentów odpowiedziało, że pogorszyła się. Drugie pytanie dotyczyło zysku lub straty w kolejnych latach 2015, 2016, 2017 i szacunku na 2018 r. Z tych danych finansowych, których ciąg będę dalej przedstawiał, wynika wniosek zasadniczy, że o ile w latach 2015, 2016, 2017 sytuacja była w miarę stabilna – „w miarę” oznacza sytuację lepszą, gorszą, ale stabilną – o tyle zmienia się zasadniczo z rokiem 2018. Jeśli chodzi o zysk lub stratę, w roku 2015 mniej więcej po połowie było szpitali wykazujących zysk i stratę. W 2017 r. – po dwóch latach – ok. 52% wykazywało stratę. Natomiast 66% respondentów szpitali powiatowych szacuje stratę na rok 2018. Liczby, to ok. 110 mln zł.

Dwa. Badanie przeciętnego zysku finansowego w tych latach daje podobny wynik, tzn. drastycznie spada zysk z roku 2017 na 2018. Strata powiększa się proporcjonalnie, niezależnie od sytuacji wyjściowej danego szpitala. Gdy zysk netto skorygujemy do wartości netto, czyli odpisy amortyzacyjne, to z badania wynika generalnie ta sama proporcja. O ile w latach 2015–2017 sytuacja była stabilna, o tyle w roku 2017 z 87% do 66% maleje grupa podmiotów z zyskiem, a z 12% do 35% wzrasta liczba wykazujących stratę.

Respondenci, czyli dyrektorzy szpitali, byli pytani o to, ile dostaną pieniędzy – mówiąc najogólniej – z Narodowego Funduszu Zdrowia, łącznie z opieką specjalistyczną, leczeniem szpitalnym, rehabilitacją itd. Wyniki pokazują, że od roku 2015 do 2017 suma ta generalnie rosła, a na rok 2018 spada do poziomu mniej więcej z roku 2015.

Pkt 6. Gdy porównamy dane finansowe z liczbą udzielonych świadczeń, to wynik jest taki, że liczba świadczeń rośnie z roku na rok, zarówno łącznie, jak i po wydzieleniu poszczególnych kategorii świadczeń, zarówno w latach, jak i w poszczególnych kwartałach, porównując w kolejnych latach np. kwartały III i IV w latach 2016, 2017 i 2018.

Teraz kwestia ostatnia – dwa pytania, na które respondenci udzielili odpowiedzi. Jakie skutki spowoduje w szpitalu wprowadzenie podwyższonych tzw. standardów pielęgniarstwa? 90% dyrektorów odpowiedziało, że pociągnie to za sobą konieczność zatrudnienia większej liczby personelu i pielęgniarek. Szacowana liczba etatów w tej grupie respondentów to 6792, średnio na szpital łącznie ok. 83 etatów. I ostatnie pytanie – szacunek kosztów związanych z szacowanym zatrudnieniem pielęgniarek. To jest ok. 22,7 mln zł. Średnia na szpital wypada 303 tys. zł. Te liczby pokazują pewną dynamikę. Zostawiam je do państwa dyskusji i do uzupełnienia przez przedstawicieli szpitali. Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Po lewej stronie pani premier Kopacz prosiła o głos. Proszę.

Posel Ewa Kopacz (PO):

Może najpierw strona społeczna.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dobrze. Proszę bardzo, pan Marek Wójcik.

Pełnomocnik Zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, panie ministrze, panie prezesie, szanowni państwo, ja będę prosił panią przewodniczącą o głos raz jeszcze, jeśli później będzie można, a teraz chcę się odnieść ściśle i precyzyjnie wyłącznie do informacji przekazanej przez pana ministra, a to dlatego, że ta informacja bez tego, co teraz powiem, jest niewiele warta. Zacznę od kwestii dotyczącej zobowiązań.

Drodzy państwo, bez dotacji z budżetu państwa, która wpłynęła do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 21 grudnia w wysokości 1 mld zł, z czego 56 mln zł na świadczenia wysokospecjalistyczne, a 946 mln zł na świadczenia przekraczające wartość umów, czyli tzw. nadwykonania, zobowiązania ogółem i zobowiązania wymagalne wyglądałyby zupełnie inaczej. To trzeba po prostu uczciwie powiedzieć. Te pieniądze w zeszłym roku się znalazły. Nie wiem, czy będą w tym, ale bez tych środków – zobowiązania ogółem zostawiam, bo one nie są dobrą podstawą do oceny

sytuacji finansowej podmiotów leczniczych – zobowiązania wymagalne byłyby znacząco większe. Przypominam – 946 mln zł trafiło wprost na wypłatę nadwykonań, zresztą nie tylko za rok 2017, za pierwsze 9 miesięcy, ale także za starsze, sporne. Czyli trzeba analizować kwestię zobowiązań szpitali mając w pamięci ten jednorazowy zastrzyk dla podmiotów leczniczych, który znakomicie zmienił sytuację. To pierwsza kwestia.

Druga dotyczy wartości ryczałtu. Drodzy państwo, resort, ale przede wszystkim NFZ przedstawiał dane dotyczące tego ryczałtu, z których wynikało jednoznacznie, że wartość ryczałtu dla szpitali powiatowych i miejskich wzrasta rok do roku o 0,1%. Tutaj mamy informację dotyczącą całego półrocza. To dla mnie jest materiał bardzo wiarygodny, ale chcę wyraźnie powiedzieć, patrząc na niego, że ktoś tę dynamikę w latach 2018 i 2017 ujął w ogromnym uproszczeniu, przeliczając kwotę dotyczącą ryczałtu półrocznego, porównując ją z rokiem, i z tego mamy 200%. Należy to czytać tak. W czterech z 16 województw wartość ryczałtu na I półrocze jest niższa niż w roku 2017, w sześciu następnych wynosi 1% i mniej, a w pozostałych sześciu wzrost wynosi do 2%. Tak trzeba czytać ten materiał. A zwracam przy tym uwagę, że wartość poniżej 200% – to są szpitale gminne i miejskie w województwach opolskim, podlaskim – i 200% w lubuskim, to dokładnie tyle samo. W poprzednich ryczałt jest mniejszy na I półrocze niż ten, który szpital otrzymały w 2017 r., w IV kwartale.

Do tego trzeba dołożyć jeszcze jedną rzecz, bo pan minister powiedział o tym, że liczba świadczeń jest mniej więcej constans. Tak, tylko w przypadku szpitali najmniejszych wartość świadczeń – żeby nie być gołosłownym, spoglądam na materiał, który przygotował NFZ... W przypadku szpitali I stopnia wykonanie tych świadczeń wzrasta między kwartałami 2016 i 2017 o ponad 5%. Proszę to zderzyć z wysokością ryczałtu.

I na koniec, kwestia ryczałtu na II półrocze, dlatego że mamy październik, a podmioty lecznicze wciąż nie wiedzą, jaka będzie wysokość ryczałtu na II półrocze. Ta wysokość ryczałtu jest przeliczona. Podmioty lecznicze wciąż nie wiedzą, co będzie od 1 stycznia 2019 r. I to może jest jeszcze ważniejsze. Dlatego ogromna prośba, żeby w tej sprawie jak najszybciej dokonać przesądzeń.

Do nas docierają głosy, że regulacje dotyczące ryczałtu będą się zmieniać. Być może będzie szansa na to, żeby o tym jeszcze coś powiedzieć – chcę powiedzieć jedno. Na pewno trzeba głęboko zastanowić się nad tym, czy OIOM-y powinny być w ryczałcie. Chyba nie znajdzie się na tej sali żadna osoba zarządzająca szpitalem, która powie, że powinny się znaleźć. Podobnie w przypadku udarów. Moim zdaniem, jako człowieka pokornego, trzeba także zastanowić się nad tym, co zrobić z pewnymi świadczeniami, z pewnymi ośrodkami, takimi, jak krakowski Rydygier i oddział oparzeniowy, gdzie jeden pacjent, o którym mówiła cała Polska – i nie tylko, bo i w mediach światowych pojawiała się pochwała dla szpitala, gdzie uratowano młodego człowieka, który miał prawie 90% oparzeń... Chcę państwu powiedzieć, że ten jeden pacjent kosztował ten szpital tyle, ile dostaje on ryczałtu na oddział oparzeniowy na 4,5 miesiąca. Mówiąc krótko, koszt leczenia tego pacjenta – bardzo dobrze, że udało się go uratować – to prawie 450% środków, jakie otrzymuje ten szpital na miesiąc w ryczałcie. Mówię o tym, że warto by się zastanowić, jak tego typu sytuacje uwzględniać przy przekazywaniu środków finansowych do szpitali. Bardzo dziękuję. Będę wdzięczny, jeśli będzie jeszcze szansa na głos później, w dyskusji.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. W trakcie procedowania ustawy o sieci szpitali mówiliśmy o tym, że ryczałt z jednej strony daje bezpieczeństwo, ale z drugiej strony, jest właśnie bardzo niebezpieczny, ponieważ przypadki, jakie trafiają do szpitala, są często nieprzewidywalne, a nie zakładano, że w tym momencie będą płacone ekstra pieniądze za poszczególne procedury. Teraz pan wymienił dwie specjalizacje – udary i OIOM – które należy z tego wyjąć. Wcześniej słyszeliśmy o sieci onkologicznej. Rodzi się więc zasadnicze pytanie, co tak naprawdę ta sieć zmieniła i co dała, bo, w moim odczuciu, oprócz bałaganu i problemów, które aktualnie narastają, to kompletnie nic. Proszę bardzo, pan.

Prezes Zarządu OZPSP Waldemar Malinowski:

Waldemar Malinowski, prezes OZPSP. Ja może powiem trochę o życiu, proszę państwa, jak to wyglądało. Nasz związek istnieje już dość długo. Spieraliśmy się już z panem ministrem Arłukowiczem i z panem ministrem Radziwiłłem. Ustawa o sieci szpitali była bardzo trudna. Pamiętamy wiele posiedzeń Komisji Zdrowia i podkomisji ds. szpitali powiatowych, gdzie pan minister Gryza na początku mówił bardzo mało i bardzo stanowczo, że się nie da... Później doszliśmy do konsensu – powiedzmy szczerze – i dla nas był to jakiś sukces. Ponieważ strona rządowa założyła sobie, że ta ustawa wejdzie, trzeba było to jakoś dostosować do warunków życiowych, żeby to nie była aż tak duża rewolucja, a bardziej drastyczna ewolucja.

Proszę zauważyć, że ta ustawa weszła bez większych protestów, dlatego że cały czas były rozmowy. Cały czas szukaliśmy rozwiązań. Siedzieliśmy w ministerstwie, spieraliśmy się o wszystko. 4% podwyżki, o których pan minister mówił w tamtym roku, to był efekt porozumienia w zakresie zabezpieczenia środków na minimalne wynagrodzenia w ochronie zdrowia. To były środki dedykowane i byliśmy z tego bardzo zadowoleni. I to był, niestety, jedyny raz, kiedy takie środki się pojawiały, a szpitale są obciążane każdego 1 lipca nową transzą podwyżek w związku z ustawą (teraz to będzie jeszcze więcej) i 1 stycznia, tj. podwyżka minimalnego wynagrodzenia w gospodarce. My to odczuwamy od razu, dlatego że – po pierwsze – w szpitalach wiele osób pracuje za minimalne wynagrodzenia – mówimy o służbach pomocniczych – i spełniamy ten warunek. Te 4% wtedy było, 1 stycznia już nie widzieliśmy tych pieniędzy i w lipcu również nie widzieliśmy. W związku z tym rozmawialiśmy z przedstawicielami ministerstwa chyba w marcu nt. podwyższenia ryczałtu o te 4%, żeby te skutki jakoś pokryć, bo zaczęło się robić ciężko. Pierwszy okres rozliczeniowy przeszedł – 3 miesiące, drugi okres rozliczeniowy praktycznie na tych samych zasadach, a mamy dwa województwa – wielkopolskie i małopolskie – gdzie szpitale mają sporo nadwykonań i wiemy z rozmów wcześniejszych z ministerstwem, że ryczałt miał takie ośrodki premiować. Ryczałt nie zapremiował, dlatego że nie było pieniędzy na te cel, żeby taką regulację zrobić i praktycznie chyba większość szpitali, jeżeli chodzi o powiaty, dostała propozycje na tym samym poziomie. W marcu była regulacja odnośnie do drugiego okresu rozliczeniowego, ale jeżeli chodziło o wzrosty, to były to praktycznie wzrosty związane ze współczynnikiem Q, czyli za akredytację, własne laboratoria, więc nie było to związane z wykonaniem.

Później był lipiec – ustawa o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia. Następną regulacją, zero środków na ten cel, a my utrzymujemy się cały czas ze środków budżetowych. Później podwyżka dla pań pielęgniarek o 1100 zł do podstawy. Powiem szczerze, że to nas totalnie zaskoczyło, bo to nie mieściło się w 1600 zł. Później strona rządowa (ministerstwo) skorygowała to i w ocenie skutków regulacji wyceniła podwyżkę 1100 zł do podstawy w skutkach jeszcze na 431 zł i ileś gr. Czyli de facto ta podwyżka kosztuje budżet NFZ – to jest ważne, bo nie państwa – 2041 zł i ileś gr. I teraz mamy problem, np. było hasło podwyżka, ale nie było środków. Było cały czas mówione, że te środki są zabezpieczone, ale my ich nie widzieliśmy. Teraz podpisujemy aneksy, więc te środki się znalazły, ale z drugiej strony mamy pielęgniarki, które pracują na kontraktach, dostają 1600 zł i mówią „dlaczego ja mam dostawać 1600 zł, jeżeli skutki ja też sama poniosę. Ja chcę 2041 zł i 18 gr”. To mamy pielęgniarki.

Teraz mamy wynagrodzenie dla specjalistów – 6750 zł. Jest różnie w różnych szpitalach. Ja absolutnie nie zazdroszczę prezesowi NFZ, dlatego że – powiedzmy szczerze – nie wiem, czy ministerstwo policzyło skutki. Myślę, że na początku nie oszacowało skutków tej regulacji, bo jeżeli taki lekarz podpisuje umowę o pracę, to przenosi się to w skutkach na opłaty do ZUS, funkcyjne i przede wszystkim dyżury. W tej chwili mamy też taką informację, że te podwyżki idą od 1 lipca. Tych aneksów jeszcze nie mamy, więc nie widzimy tych pieniędzy. My, na dole, w tych szpitalach, słyszymy, że one są. Jest tylko pytanie, czy znowu będą takie, że ukryje to skutki, bo cały czas idą pewne porozumienia, za którymi my nie widzimy pieniędzy. Stoimy na tym samym poziomie środków w ryczałcie, czyli, w pewnym momencie musimy zabierać z leczenia, bo płace to czynność wymagalna. Zatem, w pewnym momencie ktoś nam czegoś nie sprzeda – jakichś leków lub czegoś innego.

Faktycznie zrobiliśmy tę ankietę w lipcu. Te 15%, o których pan minister mówił – to nasze stanowisko – wynikało wtedy z tego, że nie widzieliśmy skutków, jeśli chodzi o podwyżki pielęgniarские. Okazuje się jednak, że i skutki, jeżeli chodzi o wynagrodzenia lekarskie, przeszły nasze najśmielsze oczekiwania, bo wychodzi nam ok. 130–140%, jak policzyliśmy na podstawie szybkiej ankiety dotyczącej podwyżki lekarskiej.

Następna sprawa, umowy lojalnościowe. Wiadomo, że w szpitalach powiatowych – i to podkreślaliśmy w każdej rozmowie w ministerstwie za tej ekipy, poprzedniej i wcześniej – jeżeli chodzi o dyżury – i to wie każdy lekarz i każdy dyrektor – opieramy się przede wszystkim na lekarzach, którzy przyjeżdżają do nas dyżurować z klinik czy z innych dużych szpitali. W tym momencie jest weryfikacja NFZ, bo dyrektor może wydać taką zgodę. Jeszcze de facto nie wiemy, jak to będzie wyglądało. Złożyliśmy takie wnioski. Jeżeli takiej zgody nie będzie, to będziemy zamykać oddziały, bo nie będziemy mieli zabezpieczenia dyżurowego.

Ryczałt miał nam zapewnić stabilność zarządzania, bo praktycznie cały czas wnosiliśmy o to, aby dyrektor faktycznie miał pewne funkcje zarządcze, żeby mógł przeasuwać itd. Mieliliśmy trzy okresy rozliczeniowe, chociaż upieraliśmy się przy jednym okresie, jeżeli chodzi o 2018 r., bo w drugim okresie rozliczeniowym są wakacje. I tu też doszliśmy do porozumienia, żeby – jeżeli chodzi o wyliczenia na 2019 r. – były brane pod uwagę te dwa okresy rozliczeniowe z 2018 r., bo, niestety, tamta regulacja nie jest dla nas do końca korzystna. Jeżeli bowiem szpital nie wyrobi 98% ryczałtu, to wtedy praktycznie rzecz biorąc ucina się mu ten ryczałt i bardzo trudno do niego wrócić. Nie wiemy, co będzie dalej. Totalnie.

Minister Radziwiłł – wchodzi reforma sieciowa. Ta reforma trwa, ale nie wiemy, czy będzie trwała. W tej chwili zarządzamy permanentnym kryzysem, jeżeli chodzi o roszczenia płacowe. To jest coś niespotykanego. Skala roszczeń urosła praktycznie w chwili wejścia ryczałtu – o tym też rozmawialiśmy z ministerstwem – ale daliśmy sobie jakoś radę. W tej chwili, przez regulacje centralne, jeżeli chodzi o wynagrodzenia, i inne grupy w szpitalu – co jest oczywiste – zgłosiły się po podwyżki. Lekarze kontraktowi wyliczyli sobie stawki z uposażenia 6750 zł i mówią „prosimy 120 zł za godzinę dyżuru”. A do tego podam państwu bardzo optymistyczną wiadomość, bo właśnie w tamtym tygodniu zaczęliśmy dostawać propozycje, jeżeli chodzi o ceny prądu. Proszę sobie wyobrazić, że cena prądu w przyszłym roku, jeżeli chodzi o szpitale, wzrośnie o 70%. Nie 15%, nie 20%. My mamy urządzenia diagnostyczne typu tomograf, rezonans, PET. To są pożeracze prądu. To będzie taki wzrost kosztów, a my „jedziemy” na tym samym ryczałcie i jeszcze nie widzimy... Oczywiście, minister cały czas podkreśla, że te środki są zabezpieczone, tylko że – jak mówię – mamy podwyżkę dla lekarzy od 1 lipca, a my tych środków praktycznie nie widzimy.

Dlatego też powstała decyzja, żeby zrobić tę ankietę i zobaczyć, czy taka sytuacja jest w jednym województwie, czy w większości naszych szpitali. Okazuje się, że prognoza na 2018 r. jest taka – 2019 r. jest bardzo ciężki do poskładania – że szpitale będą się zadłużać. A nie o to chodzi. Każdy profesor powie „ekonomia w ochronie jest ważna, musimy to chociaż zbilansować”. Proszę państwa, w ustawie o rachunkowości jest napisane wprost, że bezpieczny udział kosztów wynagrodzeń w kosztach prowadzenia to 60%, a my w tym momencie już uciekliśmy tak, że trudno nam nadażyć za tym wszystkim. I stąd są te problemy. Ja mówię o życiu. Możemy tutaj mówić sobie o statystykach wszerek, wzdłuż i w poprzek.

My chcemy dać ludziom więcej pieniędzy, tylko proszę sobie zdawać sprawę z tego, że szpital i leczenie pacjenta, to ludzie. To jest oczywiste. Tylko że my utrzymujemy szpitale ze środków budżetowych i przy 70% podwyżki, jeśli chodzi o prąd – na giełdzie takie otwarcie już było, więc myślę, że te propozycje się nie zmienią – nie damy rady. Nie ma szans, jeżeli teraz okaże się, że ryczałt będzie na tym samym poziomie.

W tym momencie nasuwa się takie pytanie, jak to wszystko „chodzi”. Wedle ustawy, to powinno wglądać tak, że Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wycenia świadczenie, a NFZ za nie płaci. W tej chwili NFZ jest pracodawcą. To może w takim razie zrobimy tak, żeby wynagrodzenia wydzielić z wyceny i niech fundusz płaci za wszystkie wynagrodzenia. Będzie regulacja wewnętrzna, i tyle. Tyle, ile mamy

przeznaczyć na wynagrodzenia, bo de facto, my nie mamy z czego dołożyć. Nie mamy. To tyle. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Jasno wybrzmiało w tej chwili, że z tego powodu, że wynagrodzenia wzrastają, zmniejszają państwo liczbę świadczeń, czyli dochodzi do ograniczenia, a nie zwiększenia dostępności, co przede wszystkim było celem tej ustawy.

Kto jeszcze chce zabrać głos ze strony społecznej? Proszę bardzo, pani.

Członek Zarządu OZPSP Sabina Bigos-Jaworowska:

Sabina Bigos-Jaworowska, członek Zarządu OZPSP. Proszę państwa, ja chciałabym zwrócić uwagę na jedno. Jeśli chodzi o te porozumienia, które zostały zawarte, występuje dziwna sytuacja. My dostajemy pisma od wojewódzkich oddziałów NFZ ponagające nas według własnych zasad przysyłanych wyliczeń, np. w przypadku lekarzy. Chciałabym podnieść np. taki problem. Porozumienie mówi jasno – lekarzom specjalistom rośnie stawka do 6750 zł, pochodne to tylko dodatek stażowy, proszę państwa. Natomiast w tej chwili NFZ generalnie twierdzi, że nie zapłaci nawet za ZUS pracodawcy. Proszę państwa, mnie jako dyrektorowi z ponad 20-letnim doświadczeniem zarządzania w głowie się nie mieści, żeby podpisać porozumienie, w którym nie zabezpieczono środków na ZUS pracodawcy. Czegoś takiego jeszcze nie było. Już nie wspomnę o skutkach w przypadku dyżurów. Jeżeli lekarz dyżuruje z etatu, to jest 50% i 100%. Na ostatnim spotkaniu, w piątek, pan prezes Jacyna zaproponował nam, że według wyliczeń – nie wiem, czy ministerstwa, czy NFZ – tej kwoty 80%... Proszę państwa, to nie pokrywa niczego. Przeciętne skutki, to 130–140%. A gdy zadaliśmy pytanie, czy będą pieniądze na wzrost kontraktów dla lekarzy, powiedziano „nie, niech przechodzą na etaty”. My nie możemy tak pracować, proszę państwa. Oczekujemy, że te zapewnienia, które wielokrotnie składał nam pan minister, spełnią się, że otrzymamy środki na porozumienia podpisane nie przez nas i wszystkie regulacje, które wynikają z przepisów.

Ja jeszcze pamiętam „203”, proszę państwa. W orzeczeniu sądu jasno jest powiedziane, że jeżeli ustawodawca uchwali przepisy, które powodują skutki finansowe, muszą być na to wskazane środki. My na dzisiaj nie mamy wskazanych tych środków. Uważam, że one muszą się znaleźć, a przede wszystkim musi być wzrost naszych kontraktów abyśmy mogli normalnie świadczyć usługi, a nie mieć ograniczenia.

Proszę państwa, świetna sprawa – ja mam bardzo dużo nadwykonań. Tylko, co z tego, że są nadwykonania, jeżeli w następnym okresie rozliczeniowym nie będę z tego mieć ani złotówki. Było powiedziane – i my uwierzyliśmy we wzór ministra Gryzy – że jeśli będziemy więcej robić, będziemy więcej otrzymywać. Każdy z nas zaczyna zachowywać się racjonalnie i ograniczać świadczenia, a zresztą zaczyna nam brakować środków na bieżącą działalność. Myślę, że znajdują się środki dla dobra nas wszystkich – nie tylko personelu, ale przede wszystkim pacjentów. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze raz pan Marek Wójcik, proszę.

Pełnomocnik Zarządu ZMP Marek Wójcik:

Obiecuję, że to będzie tylko jedno zdanie. Ja wszystkim państwu, którzy nie mieli jeszcze okazji zapoznać się z tymi materiałami, chcę przypomnieć jedną rzecz. Państwo dyrektorzy, którzy przed chwilą się wypowiadali, proszą o to, żeby dostać pieniądze. A podstawą porównań jest wykonanie roku 2015 oraz środki w roku 2018, 3 lata później. Przez te 3 lata dostajemy takie same środki, bez zmian. Podstawą jest rok 2015. Czyli, realnie nakłady na szpitale zmalały, a nie zwiększyły się. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Proszę bardzo, pani premier Kopacz.

Poseł Ewa Kopacz (PO):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Panie ministrze, po wysłuchaniu strony społecznej mogę powiedzieć jedno. To samozadowolenie, które pan tutaj prezentował, było zupełnie nieuzasadnione. Przechodzę do konkretów.

Po pierwsze, ustawa o sieci szpitali na pewno nie jest ustawą propacjencką. Państwo rękoma świadczeniodawców właśnie ograniczają dostęp do koszyka świadczeń gwarantowanych. Wszyscy ci, którzy potrafią rozczytać ten bardzo skomplikowany wzór, według którego naliczane są pieniądze dla poszczególnych placówek, dzisiaj wiedzą, że olbrzymią władzę ma minister, który może zwiększyć wartość punktu jednym rozporządzeniem, a straty dla szpitala, który nie miał szczęścia dostać większego przelicznika, będzie ponosić organ założycielski, który albo musi pokryć tę stratę, albo przeprowadzić restrukturyzację w szpitalu, czyli, mówiąc krótko, zwolnić ludzi, a może i zamknąć oddział.

Jeśli dzisiaj te role są nierówne, to pytam: Kto wymyślił ten szatański plan? Dzisiaj mamy bowiem szpitale sieciowe i supersieciowe. Te supersieciowe mają się dobrze. To są szpitale o zasięgu ogólnopolskim. Natomiast szpitale wojewódzkie i powiatowe wiedzą, niestety, zgodnie z tym wzorem, że jeżeli między 93 a 98, w porywach do 101, nie wykonają swojego ryczałtu, a nie daj panie Boże uda im się przekroczyć ten ryczałt, to na tym stracą, a nie zarobią, czyli ograniczają dostęp.

Jeśli w tej sieci są szpitale – a jest ich 594 – i nie wszystkie świadczenia są świadczone, to państwo muszą dokupić je w tych szpitalach, które są poza siecią. Po co więc był ten cały bałagan? Może warto było dać te pieniądze tym, które są w tej sieci, po to, żeby świadczyły kompleksowe usługi. Chociażby sprawa „hospirady” – tak to nazwałam – czyli rozliczenie porady ambulatoryjnej razem z hospitalizacją.

Państwo dzisiaj dokładnie wiedzą, że NFZ dysponuje naprawdę niezłymi pieniędzmi. Tych pieniędzy z roku na rok jest coraz więcej, i to nie jest zasługa ani tego rządu, ani kogokolwiek z tego rządu. To zasługa obywateli, że płacą składkę zdrowotną. Pracują, zarabiają, odprowadzają składkę zdrowotną i na nasze leczenie tych pieniędzy w przyszłym roku będzie ponad 80 mld zł. Jednak z niepokojem obserwuję kolejny zamach na te pieniądze, które są przeznaczone na świadczenia medyczne. Czytam na stronach RCL o projekcie dotyczącym tzw. agencji ds. badań klinicznych. Ta agencja będzie finansowana znowu z pieniędzy NFZ, i to w wysokości 0,3%, a prezes tej agencji, nie licząc się z tym, jaka jest teraz ustawa „kominowa”, będzie zarabiał dziesięciokrotność średniej w przedsiębiorstwach. Czyli, zarobi ponad 0,5 mln zł. Jego zastępcy również. Mało tego, pan prezes będzie mógł liczyć jeszcze na to, że dostanie od ministra zdrowia szczególną nagrodę roczną. Jak więc dzisiaj pacjenci mogą być zadowoleni z takiej ochrony zdrowia, którą im zafundowaliście? Jeśli centralnie chcecie decydować, które szpitale będą lepsze, a które gorsze, które będą dostawać większą wartość za punkt, a które będą dostawać przysłowiową złotówkę za punkt, to macie przed sobą tylko perspektywę tego, że kolejne szpitale powiatowe będą się borykać z większymi problemami.

I trochę manipulacji, panie ministrze, bo jeśli pan mówi, że zobowiązań wymagalnych jest tylko 1,4 mld zł, a pozostałe zobowiązania – te dobijające już do 12 mld zł – to niewymagalne, to pan jako minister zdrowia bardzo dokładnie wie, że to, co dzisiaj jest niewymagalne, za tydzień, za dwa, w zależności od tego, jaki termin płatności został w umowie podpisany, będą wymagalne. Mówmy więc o zadłużeniu szpitali na poziomie 12 mld zł. Czyli nałożyli państwo na szpitale obowiązek – zwiększać liczbę punktów, nie dając na to jednocześnie pieniędzy, bo te punkty są niżej wyceniane. To właśnie pan, panie ministrze, wykorzystuje ten „myk” zapisany w tym skomplikowanym wzorze.

Państwo nie są zainteresowani – mówię o PiS w tej chwili – tym, co się mówi o służbie zdrowia, bo po prostu uważacie, że jeśli szef wam powiedział, że uszczęśliwiliście Polaków, to w to uwierzyliście. Zaczynjcie myśleć samodzielnie.

Jestem przekonana, że dzisiaj mamy tego rodzaju historię. Wykorzystuje się ten manewr w tym skomplikowanym wzorze, że wartość punktu będzie zależała od dwóch składowych. Pierwsza składowa, to jest liczba punktów, a druga składowa, to kondycja płatnika. Płatnik zawsze powie, że ma pieniędzy za mało, a więc wartość punktu będzie na poziomie NFZ i ministra zdrowia modyfikowana pod to, jak chcą pewne szpitale nagrodzić, a inne, niestety, ukarać. To jest wielka niesprawiedliwość.

Powtórzę jeszcze raz – uważam, że dzisiaj ustawa o sieci szpitali na pewno nie jest ustawą propacjencką. W związku z tym czekam na refleksję Ministerstwa Zdrowia. Czekam również na dodatkowe środki, które pokryją zapisane w innych aktach prawnych podwyżki dla personelu zatrudnionego w szpitalu, bo gdyby panu ministrowi przyszło

zarządzać szpitalem, w którym koszty personalne sięgałyby powyżej 70% wszystkich kosztów, to pan na pewno nie zrobiłby dodatniego wyniku w tym szpitalu, bo pan cudotwórcą nie jest. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo pani premier. Ja nie wiem, co się dzieje na sali, ale wszyscy państwo posłowie z PiS wyszli. Widzę, że pani przewodnicząca też już zbiera swoje rzeczy. Myślę więc, że będziemy kontynuować posiedzenie w bardziej kulturalnych warunkach. Rozumiem, że pan minister zostaje z nami do końca. Czy też nas pan opuści?

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Oczywiście zostaję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, pani przewodnicząca.

Posel Anna Kwiecień (PiS):

Ja tylko chciałam powiedzieć, że skoro panie pielęgniarki z Przemyśla zostały zaproszone do Warszawy, to chcemy się z nimi spotkać i...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Posiedzenie Komisji jest o 13.30. Mamy jeszcze 25 minut...

Posel Anna Kwiecień (PiS):

Musimy dojechać.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

To jest wasz problem, naprawdę. Kontynuujemy posiedzenie. Pan poseł Miller, proszę bardzo.

Posel Rajmund Miller (PO):

Ja tak naprawdę chciałbym zapytać o to samo, co pani przewodnicząca. Czy sytuacja szpitali w Polsce jest taka super – i pacjentów, i pracowników – że PiS-u to nie interesuje? Być może ona jest podobna do tej z tymi drogami, których nie było.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę bardzo, panie poseł po lewej stronie. Proszę, po kolei.

Posel Alicja Chybicka (PO):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, chciałabym właściwie kontynuować, podpisać się pod tym, co powiedziała pani premier Kopacz. Ten plan sieciowy jest totalnie niespójny. Nie da się w tej chwili przesunąć pacjentów ze szpitali powiatowych do szpitali wojewódzkich, miejskich czy tych najwyższej referencyjnych w dużych miastach, bo przede wszystkim jest to udręka dla pacjenta, który musi być tam transferowany. Skoro powstała sieć szpitali, to budżet NFZ, a tak naprawdę minister, który odpowiada za opiekę zdrowotną, musi zabezpieczyć finansowanie na danym terenie. Trudno więc się dziwić, że pacjenci nie są zadowoleni, bo z czego mają być zadowoleni, jeśli po wyczerpaniu budżetu karze się im jechać do innego szpitala. Nie można zrzucać tego na barki samorządów, bo nie każdy samorząd jest tak bardzo bogaty i może go stać na to, żeby zapłacić za wszelkie tzw. nadwykonania, których miało nie być. Po to był budżet. To wszystko kupy się nie trzyma. Nie ma już procedur, za które było płacone. Nie ma nadwykonań, o które można było się upomnieć. Jest tylko rzucony budżet, który albo się dostanie, albo się nie dostanie. Panie ministrze, to jest rola ministra zdrowia, aby taka sytuacja została w jakiś sposób wyrównana.

Na zakończenie, jeśli pani przewodnicząca pozwoli, to chciałabym zaapelować do posłów, którzy nie podpisali się pod pismem dla Mariana Zembali, który we wtorek dostaje doktora honoris causa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Pani tam ma właśnie...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Pani poseł, leży tutaj pismo. Wszyscy posłowie wiedzą.

Posel Alicja Chybicka (PO):

Mało osób się podpisało, a było to ogłoszone, kiedy było pięciu posłów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Wiemy o tym, pismo jest złożone. Kto chce, podpisuje się. Pani poseł Gelert.

Posel Elżbieta Gelert (PO):

Dziękuję bardzo. Ja z takim zapytaniem do pana ministra. Co państwo zamierzają dalej zrobić z siecią szpitali? Jaki jest kierunek państwa działania, bo tutaj jest to poddawane krytyce? Rodzi się więc takie pytanie: Czy chcą państwo pokazać, że szpitale finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie radzą sobie? Może w ten sposób chcecie rozwiązać NFZ, bo była mowa na początku, kiedy PiS obejmował władzę, że doprowadzi do likwidacji NFZ. Może tą drogą, pokazując, że szpitale sobie nie radzą, zadłużenie rośnie i nie jest to dobre dla pacjenta, chcą państwo wrócić do systemu budżetowego.

Chciałabym również zapytać pana ministra: Czemu i komu służy podział budżetu na kilka okresów rozliczeniowych? Jak to może być, że najpierw jest jeden okres rozliczeniowy na jeden kwartał, potem są dwa okresy rozliczeniowe, a teraz trzy okresy rozliczeniowe? Proszę państwa, kończy się okres rozliczeniowy w czerwcu i nadwykonania są w ryczałtach. I co? Zamknięty okres rozliczeniowy. Była o tym mowa. Przychodzi lipiec-sierpień, kiedy ten ryczałt nie jest wykonywany, szpitale pieniędzy nie mają, bo dopiero zaczyna się nowy okres rozliczeniowy. Dla mnie jest to jedno wielkie nieporozumienie. Chciałabym dowiedzieć się od państwa, komu i czemu miały służyć te okresy rozliczeniowe i kiedy to się skończy. Czy w roku 2019 znowu będzie kilka okresów rozliczeniowych? To drugie pytanie.

Trzecie pytanie. Kiedy państwo opracują wejście do AOS podmiotów, które nie mają AOS? Z jednej strony, mówicie o kompleksowości usług. Domagam się tego już od któregoś posiedzenia Komisji. Moje pytanie kieruję akurat do pana prezesa NFZ, który mówił „poczekajmy, znajdzie się jakiś wyznacznik, który będzie mówił, że będzie można wejść”. Krytykowali państwo, że Platforma Obywatelska tyle razy przesuwała kontraktowanie, a państwo robią to samo. Przecież nie chodzi o to, żebyście robili to samo, co poprzednicy, czyli my. Mieliście iść do przodu i miało być lepiej. W związku z tym to pytanie.

Jak powiedziałam, te szpitale, które nie mają swoich poradni, nie mogą wejść. Zmieniają państwo zasady gry w czasie, kiedy trwa umowa. Jeżeli bowiem państwo twierdzą „teraz będziemy więcej płacili, kiedy ktoś wykona więcej porad w takich i takich poradniach” i wszyscy dowiadują się, że to będzie brane pod uwagę na IV kwartał, to chyba nie tak, i nie tędy droga, żeby to tak zmieniać. Teraz pytamy, czy od stycznia dalej będą te same poradnie, czy może dojdzie poradnia chirurgii naczyniowej, a może dojdzie jeszcze jakaś poradnia onkologiczna czy coś takiego?

I następna sprawa, proszę państwa. Poruszała to już tu pani premier Kopacz. Proszę państwa, ciągle zmieniacie zasady, jeżeli chodzi o wycenę poszczególnych szpitali, które są w poszczególnych grupach. Jeżeli te szpitale – powiedzmy, I, II i III stopnia – działają na tych samych zasadach czy bardzo podobnych, to szpitale jednoimienne mają już przeliczniki a to 1,1, a to 1,2, a to 1,3. I potem mamy sytuację taką jak w Przemyślu, że w jednym szpitalu można dać wyższe wynagrodzenie, bo ten szpital ma inny przelicznik, a w innym nie, bo jest inny przelicznik, bo jest 1,1. Jeżeli szpitale pediatryczne mają przelicznik wyższy, ale już oddziały pediatryczne w innych szpitalach mają przelicznik 1, to chyba nie tędy droga, jeśli chodzi o posługiwanie się takimi przelicznikami. I naprawdę sytuacja szpitali już w roku 2018, nawet nie mówię o roku 2019...

Odnośnie do tego, co mówił pan prezes poprzednio, że rosną płace lekarzy. Przecież płace rezydentów również wzrosły. Wiadomo, że ministerstwo daje na to pieniądze, ale państwo mówili, że dacie na dyżury, ale tylko 50% płatne. A na te 100% płatne już nie. Niech szpitale ponoszą efekty tego. „Pięćdziesiątek” jest bardzo mało. To jest praca zaledwie od godz. 16.00 do godz. 22.00. A po 22.00? A soboty i niedziele? I to od płacy, która rezydentom wzrasta bardzo wysoko, bo rośnie z 3600 zł do 4700 zł. Jest to płaca bardzo wysoka. I jeszcze są pochodne i inne. Myślę więc, że kosztów, które nakłada się w tej chwili na szpital różnymi rozporządzeniami – najpierw zarządzeniami, potem rozporządzeniami – jest bardzo wiele.

Sprawa OIOM-u, który jest w ryczałcie, co jest w ogóle niezrozumiałe. Myślę, że dla większości jest to niezrozumiałe. Tak samo z udarami. Na pewno znalazłoby się jeszcze kilka innych jednostek. Nie wiem, czemu, tak naprawdę, ta sieć miała służyć. Chciałabym od pana ministra usłyszeć na temat tego, co na początku zaczęłam, jaką państwo mają koncepcję na to, żeby sieć faktycznie funkcjonowała sprawnie, przede wszystkim z myślą o pacjencie, bo zagoniliśmy się tylko w koszty szpitali, a nie realizację świadczeń? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Są jeszcze trzy zgłoszenia. Pani poseł Lidia Gądek, pan poseł Latos i pan chce zabrać głos, jak rozumiem, ad vocem. Proszę bardzo.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo. Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni goście, koleżanki i koledzy posłowie, bardzo dużo pytań już padło i bardzo dużo wniosków, które – mam nadzieję – ministerstwo rozważy. Ja mam bardzo konkretne i smutne pytanie po spotkaniu z lokalnymi samorządami powiatowymi. Jesteśmy w fazie kampanii wyborczej – bardzo ostrej kampanii – i powiem państwu, że znajdują się miejsca w Polsce, gdzie ludzie nie chcą startować na szczeblu powiatowym. Przedwczoraj rozmawiałam z jednym ze starostów, który powiedział mi, że on dłużej nie wytrzyma tej presji, która wiąże się ze szpitalem powiatowym i narastającym od momentu wprowadzenia sieci zadłużeniem tego szpitala, który był zrestrukturyzowany i właśnie wychodził na prostą. W związku z tym problem nie będzie dotyczyć jakiegoś pojedynczego szpitala w kraju, jak to nam tłumaczyli pan minister Radziwiłł i pan minister Gryza przy wprowadzaniu sieci, że ponieważ jeden szpital sprywatyzowany został zamknięty, to w związku z tym sieć jest potrzebna. Dzisiaj mogą być zamykane dziesiątki szpitali w Polsce.

I tu moje konkretne pytanie. Co się stanie ze szpitalami, których zadłużenia samorządy nie będą w stanie pokryć i wykupić dodatkowych świadczeń i czy ministerstwo będzie wrywkowo wspomagać wybrane samorządy, być może z powodów upodobań politycznych, czy będą jasne kryteria, co w takim razie robimy? Jeszcze raz powtarzam, to nie jest problem jednego szpitala w Polsce. To będą praktycznie wszystkie lub prawie wszystkie szpitale powiatowe, bo samorządy powiatowe są generalnie niedofinansowane.

Powiaty w Polsce mają bardzo niskie budżety, o czym wiemy doskonale. Inaczej wygląda sytuacja w gminach i w województwach. Ja pytam o samorządy, ale tak naprawdę chodzi o to, co stanie się z pacjentami z danych rejonów. My już dzisiaj mamy taką sytuację jako lekarze POZ, że kierujemy pacjentów i oni już są segregowani i odsyłani, ponieważ niby nie ma rejonizacji, ale szpital pacjenta „ciężkiego” nie chce przyjmować. Jest w stanie wysłać go karetką do bardzo odległej placówki, byleby tylko nie obciążać budżetu. Ponadto wchodzi rozporządzenie lojalnościowe, wchodzi wyższe ceny za media – o czym już tu była mowa, i to nie jest tylko cena prądu, ale i wody, i obsługi informatycznej – grozi więc nam, tak naprawdę, wielki krach. Jak ministerstwo widzi rozwiązanie tego problemu, bo to może się zdarzyć ok. czerwca 2019 r.?

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Pan poseł Latos.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja myślę, szanowni państwo, że, po pierwsze, padło tu wiele ważnych postulatów. Ministerstwo ma świadomość większości z nich, ponieważ od dłuższego czasu – jak rozumiem – przynajmniej z częścią z państwa rozmowy się odbywają, czy to za pośrednictwem NFZ, czy w samym resorcie. Powiem więcej, zakładam, że przynajmniej część osób, które się wypowiedziały, sprawy te konsultowały czy sygnalizowały najpierw pani premier Szydło, a jeśli nie, to później panu premierowi Mateuszowi Morawieckiemu – przepraszam, jestem przeziębiony i mam problemy z głosem – i oczywiście, odpowiednio obu panom ministrom.

Na pewno kwestia związana z siecią szpitali wymaga określonych ocen i korekty. To jest poza dyskusją. Natomiast muszą państwo mieć też świadomość, że jest określony moment, kiedy tych podsumowań można dokonywać. Jest to najczęściej moment, kiedy

zakończy się cały rok i będzie można ocenić cały rok, od stycznia do stycznia. Wtedy będzie można mieć pełen obraz sytuacji. To jest pierwsza sprawa.

Jeszcze druga sprawa. Pan przewodniczący zorganizował w określony sposób dzisiejszy dzień i trzy posiedzenia Komisji...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Proszę na temat dzisiejszego porządku...

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę jednak dać mi dokończyć. Ja chciałbym państwa uprzejmie poinformować, jednocześnie wszystkich zaproszonych gości – rozumiem, że pan minister i pan prezes będą odpowiadać na pytania – że my jednak, mimo że posiedzenie Komisji, z tego, co słyszałem, zostało odwołane, chcemy spotkać się z paniami, które czekają w RDS...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

W takim razie dlaczego nie mogły wejść na posiedzenie Komisji?

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Posiedzenie Komisji miało się odbyć. Pan przewodniczący zostawił bardzo mało czasu, bo tylko półtorej godziny na to posiedzenie Komisji. O godzinie 13.30 miało się odbyć kolejne posiedzenie Komisji. My jednak z paniami chcemy się spotkać i dlatego – wyjaśniam – część z nas w tej chwili opuści posiedzenie Komisji. Wysłuchaliśmy argumentów, będziemy jeszcze rozmawiać z panem ministrem, niezależnie od wypowiedzi, które za chwilę padną w odpowiedzi na pytania...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie pośle, ale proszę już nie tłumaczyć posłów...

Poseł Tomasz Latos (PiS):

...pana prezesa i pana ministra. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Strona społeczna – były jeszcze dwa zgłoszenia. Jeden pan ad vocem i pan na końcu. Proszę bardzo.

Prezes Zarządu OZPSP Waldemar Malinowski:

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, w zarządzie naszego związku są dyrektorzy, którzy zarządzają ponad 20 lat i przeżyli już każdą władzę. Powiem tak – zawsze z ochroną zdrowia były problemy. Każdy miał inny pomysł. My zawsze próbujemy się w jakiś sposób dostosować do tego, co się dzieje. I tak, jak powiedziałem, sieć szpitali, przez to, że w tej chwili ta normalność zaczęła trochę fiksować, czyli ani my, ani prezes NFZ, jak podejrzewam, nie wiemy, co jeszcze prezes będzie musiał zapłacić, czyli wziąć ze świadczeń, to jest ta nienormalność. NFZ jest odpowiedzialny za płacenie za świadczenia i my de facto zamiast w tej chwili koncentrować się na tym, czy sieć trzeba zmodyfikować, w jakiej strukturze ona powinna działać i jakie są doświadczenia, doszliśmy przez te działania do tego, że walczymy o przeżycie, bo fala roszczeń płacowych – o czym powiedzieliśmy wcześniej – jest jak kula śniegowa. To będzie narastać, bez dwóch zdań. Świadczy o tym chociażby to, że panie pielęgniarki tu się zjawily. My nie jesteśmy przeciwni, ale jeżeli rząd i minister zdrowia biorą się za regulacje płacowe, to muszą za to odpowiadać. Czyli de facto, jeżeli minister wydziela osobną pulę – bo trzeba szukać rozwiązań... Mamy ustawę o sieci, której nie da się zlikwidować, bo prawda jest taka, że konkursu nie da się przeprowadzić. Dlaczego? Dlatego, że na NFZ, jeśli chodzi o administrację – bo był problem polityczny – zawsze były przeznaczane śmieszne pieniądze. A przez to, że budżet się zwiększa, to tamten procent jest jeszcze mniejszy. Kto to ma prowadzić, kto ma zrobić te konkursy? Nie zrobią tych konkursów, więc zostaniemy przy sieci i nie ma mowy o tym, że na dzisiaj można to zmienić.

My przedstawiliśmy nasze problemy. Naszym problemem są przede wszystkim płace, czyli brak finansowania tych wszystkich skutków i tego, co wynika z porozumień podpisanych nie przez nas, tylko przez ministra zdrowia, i kwestia zastosowania, bo na pewno, jeżeli chodzi o regulatora, który to pisał, nie było jego intencją, że ryczałt

będzie stały przez każdy okres rozliczeniowy. Okresy rozliczeniowe były trzy, ponieważ regulator zakładał, że w tym czasie zobaczy, jak to się zachowuje. Jednak na jednym ze spotkań z ministrem Radziwiłłem mieliśmy taką informację, że zakładają, iż ryczałty będą w każdym okresie wzrastać o mniej więcej 2–3%. To się nie zadziało, bo NFZ de facto przeznacza środki na inne zadania, które są wyznaczane przez ministra zdrowia. To tyle. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję. Ostatni głos i zamykam dyskusję. Proszę bardzo.

Prezes Zarządu Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim Jerzy Ostrouch:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Pani przewodnicząca, ja reprezentuję Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim. Pozwoliłem sobie wcześniej na ręce przewodniczącego Komisji wysłać materiał ilustrujący zagrożenia dla funkcjonowania wojewódzkiego szpitala zespoleonego w Gorzowie i w tej chwili chciałbym bardzo skrótowo scharakteryzować te zagrożenia.

Po pierwsze, chciałbym więc powiedzieć, że szpital, który reprezentuję, został oddłużony przed pięcioma laty. To był jeden z najbardziej zadłużonych szpitali w Polsce. W tym okresie inwestujemy rokrocznie ok. 14 mln zł, poszerzamy bazę diagnostyczną. Doprowadziliśmy do uzyskania certyfikatów przez wszystkie laboratoria działające w szpitalu, uzyskaliśmy również akredytację.

Ryczałt – bo to jest chyba kluczowy problem w funkcjonowaniu naszego szpitala – stanowi ok. 49% kontraktu. Wykonanie ryczałtu w IV kwartale ub.r. było na poziomie 106%. Wykonanie ryczałtu w I półroczu br. było na poziomie 102%. Ryczałt w tym kształcie powoduje już ograniczanie dostępności do świadczeń zdrowotnych dla naszych pacjentów. Powoduje również generowanie straty na wszystkich poziomach kalkulacyjnych. W tym momencie nie mamy zobowiązań wymagalnych, generujemy stratę. Strata jest generowana po raz pierwszy od pięciu lat. Do tej pory, rokrocznie, szpital generował niewielki zysk, tworzył również rezerwy. Ten rok, pierwsze 8 miesięcy br., już wygenerowały stratę na poziomie 9 mln zł. Oczekujemy w rozmowach z przedstawicielami oddziału NFZ w Zielonej Górze dyskusji na temat rzeczywistego wzrostu ryczałtu. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo...

Prezes Zarządu WSzW w Gorzowie Wielkopolskim Jerzy Ostrouch:

Jeszcze bardzo ważna informacja, ostatnia. W strukturze kosztów, koszty wynagrodzeń oraz kontraktu nie przekraczają 60%.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Zamykam dyskusję. Mam kilka informacji. Po pierwsze, posiedzenie zwołane na godz. 13.30 w sprawie pielęgniarek decyzją przewodniczącego zostało odwołane. Po drugie, mam informację, panie ministrze – bo pan tutaj powiedział, że miał pan problem, żeby weszły osoby z Ministerstwa Zdrowia – że wszystkie osoby, które chciały wejść na posiedzenie Komisji Zdrowia, korzystały z jednorazowych przepustek i takowe otrzymały.

Po tej dyskusji proszę pana ministra o odniesienie się do zadanych pytań. A pytanie zasadnicze, które będę z całą mocą powtarzać, jest takie: Co dała sieć, jeżeli chodzi o zwiększenie dostępności i co dała nie tylko dyrektorom, którzy mieli mieć ułatwione zarządzanie placówkami, ale przede wszystkim pacjentom, bo taki był cel wprowadzonej ustawy? Proszę bardzo, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie za pytania. Pierwsza rzecz. Odnośnie do raportu, który został nam przedstawiony, nie mieliśmy jego wyników, tak więc nie można dokładnie odnieść się do niego. Są częściowo zbieżne z naszym sprawozdaniem, częściowo nie. Szczegółowo, w 63% podmiotów sieć pogorszyła dostępność do świadczeń – nie jesteśmy w stanie tego stwierdzić, 66% planuje na 2018 r. stratę – nie mamy informacji. Nie zbie-

ramy też informacji w sprawozdaniach finansowych o planowanym wykonaniu bilansu rachunku zysków w przód ani na 2018 r., ani nie mamy żadnych danych na 2019 r., jak zakończy się sytuacja finansowana podmiotów leczniczych w Polsce.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie ministrze, przepraszam, wejdę w słowo, bo powiedział pan, że nie macie żadnych danych. To czy na ślepo jest wszystko planowane na 2019 r.? Czy nikt nie monitoruje, nikt nie sprawdza, jak wygląda dostępność? Przecież to jest kuriozalne, co pan mówi.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Tak. Mówię – nie znamy dokładnie bilansów i rachunków wyniku, jaki będzie w przyszłym roku. Zresztą chyba szpitale również dokładnie nie wiedzą, jak zakończy się przyszły rok w poszczególnych szpitalach. Mają sytuację dość dużej niepewności. W związku z tym w sumie nie robią tego i nie sprawozdają ministrowi zdrowia...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

A jaka jest pana rola w tym wszystkim?

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Chciałem powiedzieć, że nie ma czegoś takiego. Przedsiębiorstwa również nie sprawozdają prognoz finansowych na giełdzie, jakie będą miały...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie ministrze, czy chce pan powiedzieć, że wszystko jest puszczone na żywioł, jeżeli chodzi o dostępność do świadczeń, że nikt nad tym nie panuje?

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Dostępność wzrasta. To przedstawiliśmy. I nie możemy powiedzieć – zgodnie z pani oczekiwaniami – ilu będzie pacjentów i jak będzie wyglądać sytuacja finansowa za lat 5, za lat 10. Nie wiem, czego pani oczekuje. Chciałem powiedzieć, że nie zbieramy...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Oczekuję realizacji ustawy o sieci szpitali, która miała zagwarantować zwiększenie dostępności i poprawę bezpieczeństwa pacjentów.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Mówię, że ustawa o sieci szpitali nie wymaga od podmiotów leczniczych prowadzenia projektowanych sprawozdań finansowych na lata przyszłe. Dlatego mówię, że sieć szpitali tego nie realizowała. A jednocześnie poinformowałem, że dostępność – liczba świadczeń zdrowotnych w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia – zwiększyła się.

Jeśli chodzi o pozostałe rzeczy, które pan przedstawiał, to dodatkowe standardy opieki pielęgnacyjnej nie są w sieci szpitali. Podwyżki i porozumienia, które zostały przedstawione, nie są częścią sieci szpitali, ale są zabezpieczone i wzór, który został przedstawiony, który jest, uwzględnia również dodatkowe możliwości płacenia za wynagrodzenia. Jest to świadczenie wyodrębnione i w związku z tym jest poza ryczałtem. Jest finansowane odrębnie.

Jeśli chodzi o to, co przedstawiłem (liczbę i wartość świadczeń) jest to według stanu faktycznego. Jeśli chodzi o wyjęcie z ryczałtu kolejnych świadczeń – OIOM, udary, ewentualnie inne świadczenia – to oczywiście wszystko można zrobić w ramach środków, które są. Jeśli wiemy, że na OIOM-ie statystycznie było tyle i tyle środków, to żeby zabezpieczyć finansowanie tych świadczeń musimy odpowiednią kwotę wyodrębnić z ryczałtu i zapłacić poza ryczałtem, ale wartość świadczeń będzie identyczna. Żeby państwo wiedzieli, plan finansowy NFZ jest planowany rok do roku, jest zmieniany i w ramach tego planu fundusz musi się trzymać, i świadczeniodawcy również. Co jest ważne? Umowy, które są zawarte. Nie wszyscy wiedzą, że umowy należy dotrzymywać i odnośnie do zasady wszystkie umowy, które zawarli świadczeniodawcy, i również szpitale, powinny być dotrzymywane. Jeśli państwo mówią, że zakupią 1 tys. strzykawek, to nie mogą kupić 5 tys. w ramach tej umowy.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie ministrze, na sali są dyrektorzy i specjaliści od ochrony zdrowia i doskonale wiedzą, jak wygląda system. Oni mówią o problemach, jakie mają w tej chwili, a pan opowiada nam tutaj jakieś wydumane rzeczy, zupełnie oderwane od rzeczywistości. Mówi pan, że wynagrodzenie nie wchodzi w świadczenia. Przecież to są absurdalne rzeczy, o których pan tu mówi.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Chciałem powiedzieć odnośnie do wynagrodzeń, o których państwo mówili, że porozumienie z pielęgniarkami, które zostało przedstawione i porozumienie, które zostało zawarte przez ministra prof. Mariana Zembalę, są realizowane. To wynagrodzenie nie jest w ryczałcie, ponieważ jest świadczeniem wyodrębnionym i jest płacone podmiotom poza ryczałtem, zgodnie z przedstawioną liczbą pielęgniarek i położnych.

To samo dotyczy kolejnego porozumienia, które zawarł minister zdrowia – 1100 zł do wynagrodzenia – które zostało uwzględnione w umowach zawieranych przez NFZ, zarówno w zakresie wynagrodzenia zasadniczego, czyli 1600 zł, jak również pochodnych. Świadczeniodawcom zostało przedstawione, w jaki sposób te pochodne zostaną wyliczone. Te pochodne oczywiście są wyliczone w sposób ryczałtowy. Zebraliśmy dane z podmiotów leczniczych i tak nam wyszło, że to dodatkowe świadczenie wystarczy na pochodne, które od tych świadczeń są płacone.

To samo dotyczy świadczeń lekarzy specjalistów, które są. Czyli otrzymaliśmy informacje o tym, ile świadczeniodawcy potrzebują środków w związku z podwyżką do 6750 zł dla specjalistów, którzy kwalifikują się do podwyżki, i dodatkowo do tych kwot zostaną doliczone odpowiednio pochodne, które zostały opisane w projekcie ustawy, OSR i w uzasadnieniu do ustawy. Te środki zostaną przekazane świadczeniodawcom poza ryczałtem, nie w ryczałcie. Są to więc świadczenia wyodrębnione.

Poseł Elżbieta Gelert (PO):

Panie ministrze, czy może pan zagwarantować, że już więcej ministerstwo nie będzie podpisywało porozumień z następnymi grupami zawodowymi, bo przecież została jeszcze rzesza innych grup zawodowych. Jeżeli zostało raz podpisane porozumienie... W tej chwili pielęgniarki z Przemysła też poszły do ministra zdrowia. Może będziemy mieli podpisane jakieś następne porozumienie. My sobie zdajemy sprawę z tego, że NFZ jest wyłącznie przekaznikiem pieniędzy, któremu Ministerstwo Zdrowia wyznacza to, jak ma te pieniądze przekazywać. Rodzi się więc pytanie, panie ministrze, kiedy ministerstwo skończy „uprawianie” takich porozumień, które potem właściwie ceduje, po pierwsze, na NFZ, a po drugie, na wszystkich dyrektorów szpitali i podmiotów, bo nie tylko szpitali, co trzeba powiedzieć. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Ja mam jednak propozycję, żebyśmy pozwolili panu ministrowi skończyć. Wiem, że jest jeszcze zgłoszenie z sali. Proszę bardzo, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Już powiedziałem o dodatkowych wynagrodzeniach dla specjalistów, które są wyodrębnione. Pani minister Kopacz pytała, czy jestem zadowolony. Oczywiście, nie. Uważam, że środków powinno być więcej. Jednocześnie wszyscy wiemy, że budżet NFZ rok do roku istotnie się zwiększa, w związku z tym koszty świadczeń, koszty systemu ochrony zdrowia są istotnie wyższe. Jednak oczekiwania podmiotów leczniczych, personelu w tych podmiotach, są również bardzo wysokie.

Borykamy się z tym, że gospodarka rośnie bardzo szybko i te oczekiwania bardzo wzrastają i dlatego jest taki problem finansowy. Jednak – aby była jasność – te wynagrodzenia personelu są w znacznej mierze uzasadnione, ponieważ koszty wynagrodzeń są podstawowym przychodem NFZ, dzięki czemu ma wyższe przychody. W związku z tym efekt tego wzrostu jest przekazywany personelowi, który realizuje świadczenia zdrowotne. Jeśli chodzi o zwiększanie ceny za punkt bez środków, to znowu we wzorze, który...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie ministrze, ja mam propozycję. Proszę w kilku zdaniach powiedzieć, jakie są wasze propozycje. Czy coś będą państwo zmieniać w tej ustawie, w jakim znaczeniu, w jakich kierunkach? Czy będzie jakaś nowelizacja? Czy widzicie ten problem? To, co pan mówi w tej chwili jest tą samą opowieścią, którą przed chwilą pan toczył, a tak naprawdę, to można by powiedzieć, że szkoda, że gospodarka się rozwija.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Jeśli pani tak to podsumowała, to ja właśnie powiem, że bardzo dobrze, że w końcu się rozwija, tak jak pan prezes mi powiedział. Dopiero zaczęła się rozwijać po zmianie rządu. I cieszę się z tego, że to się zdarzyło.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dobrze, że panu prezes powiedział, że gospodarka się rozwija. Naprawdę, to znakomite!

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo panu prezesowi, ponieważ ja nigdy nie chcę politycznie...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Panie ministrze, proszę na temat, konkretnie, odnośnie do tej ustawy. Czy będą państwo nowelizować, w jakim zakresie? Za jaki okres możemy zwołać kolejne posiedzenie Komisji, żeby wrócić do tej rozmowy? Jakie są wasze wnioski po dzisiejszym posiedzeniu Komisji? To bym chciała usłyszeć w trzech, czterech zdaniach.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Chciałem powiedzieć, że jeśli chodzi o osoby i podmioty, które przyczyniły się do zwołania tego posiedzenia Komisji, to rozmowy z tymi podmiotami, czyli podmiotami powiatowymi, są na bardzo wysokim poziomie. Cieszę się z tego, że są to rozmowy merytoryczne. Między innymi w związku z tymi rozmowami była propozycja, żeby był jeden okres rozliczeniowy. Nie przyjęliśmy tego, ponieważ było przedstawione, że pierwszy okres rozliczeniowy jest pierwszym kwartałem, dwa kolejne okresy są półroczne, a kolejny okres, czwarty, będzie okresem rocznym. Przeanalizowaliśmy jednak sytuację – będziemy zmieniać ustawę w tym zakresie, żeby wzór na wyliczenie kolejnego ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy, czyli na rok 2019, uwzględniał wykonanie z dwóch okresów rozliczeniowych, czyli z I i II półrocza, żeby nie było sezonowości, która była punktem spornym. Jednocześnie nie zgodziliśmy się na to, żeby te okresy połączyć, gdyż nie wyliczilibyśmy ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy i niektóre podmioty na tej sytuacji by straciły. Ponieważ mają dodatkowe wskaźniki jakościowe, miałyby dodatkowe przychody z tego powodu i byłyby na tym stratne. W związku z tym tego nie zrealizowaliśmy.

Kolejne etapy, które pan minister już przedstawił. Pracujemy nad tym, żeby nie było obligatoryjności zawsze, w każdym przypadku dyżurowania w pełnym zakresie w szpitalach sieciowych. Będzie można uzgodnić wspólne dyżury. Chodzi w szczególności o podmioty, gdzie operatywa jest bardzo niska w nocy, a cały zespół operacyjny – cały zespół bloków operacyjnych – musi być przyjęty, żeby zmniejszyć koszty podmiotów leczniczych, czyli żeby tam, gdzie się da, koszty były jak najmniejsze. To już zostało przedstawione w zarządzeniach prezesa NFZ, właśnie w związku z wycenami, od 1 lipca. Staramy się dbać o jakość i zwiększać wyceny świadczeń w tych podmiotach, które realizują większą liczbę świadczeń, ponieważ analizujemy sytuację, że te podmioty, które realizują znacząco większą liczbę świadczeń, mają wyższą jakość. Te podmioty promujemy już od tego roku.

Dodatkowo zwiększamy wskaźnik – co zostało powiedziane wcześniej – który będzie premiował podmioty wykonujące większą liczbę świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dodajemy też kolejne produkty rozliczeniowe w leczeniu szpitalnym, m.in. porady kwalifikujące do hospitalizacji, żeby szpital nie musiał przyjmować pacjenta na podstawie skierowania i nie widział pacjenta, ponieważ nie każde świadczenie musi być wykonane w trybie szpitalnym. Tak więc są kolejne zmiany. W pewien sposób chcemy spróbować wprowadzić referencyjność szpitali, której nie ma od...

Przewodnicząca poseł Beata Małecką-Libera (PO):

Mówiliśmy o tym, kiedy była wprowadzana ustawa, że trzeba będzie wprowadzać referencyjność. Mówili państwo, że jest niepotrzebna. Mówiliśmy, że zagrożeniem będą ryczałty, że to, iż budżet roku 2015 w kolejnych latach nie wystarczy, będzie problemem. Mówili państwo, że tak nie jest. Rozumiem, że teraz wracamy do tej ustawy i będziemy ją poprawiać i nowelizować. Czy tak?

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Pan minister Gryza bardzo jasno deklarował, że wszelkie...

Przewodnicząca poseł Beata Małecką-Libera (PO):

Pan jest reprezentantem Ministerstwa Zdrowia, pnie ministrze. Pan reprezentuje resort.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Ministerstwo Zdrowia jasno deklarowało, że jeśli trzeba będzie nowelizować ustawę, będziemy ją nowelizowali. Deklaruję, że ta ustawa nie będzie już nienowelizowana. Będziemy wnosili o zmianę w związku z tym, co widzimy. W związku z tym, jak będziemy chcieli sytuację polepszać, będziemy w kontakcie ze świadczeniodawcami i rozmawiamy na ten temat.

Przewodnicząca poseł Beata Małecką-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że świadczeniodawcy dostali dzisiaj zapewnienie, że będą rozmowy i że będą państwo w kontakcie.

Są dwa zgłoszenia. Pan Marek Wójcik i pan też, panie pośle.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Panie ministrze, skutkiem waszej wspaniałej reformy jest destrukcja sieci szpitali świadczących usługi kardiochirurgiczne i chirurgii naczyniowej. Nie wiem, czy mam panu podziękować w imieniu pacjentów z mojego powiatu, którzy w stanie zagrożenia życia i zdrowia muszą odbywać wycieczkę krajoznawczą – mówię kpiąco – nie do Nysy, gdzie był dotąd ośrodek, tylko do Opola. Panie ministrze, wszyscy wiemy, co znaczy godzina w przypadkach zagrożenia życia.

W Nysie stoi szpital, który ma najlepiej wyposażoną salę – z wyposażeniem hybrydowym. Państwo zabrali kontrakt. To jest działanie na niekorzyść pacjentów. To jest działanie, które zagraża życiu pacjentów, i państwo nic nie robią. Ja złożyłem 4 tys. podpisów u pani premier Szydło, które poszły do kosza. Gratuluję państwu.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Nie będziemy się tutaj...

Przewodnicząca poseł Beata Małecką-Libera (PO):

Panie ministrze, momencik. Jeszcze pan Marek Wójcik prosił o głos.

Pełnomocnik Zarządu ZMP Marek Wójcik:

Bardzo dziękuję pani przewodniczącej za udzielenie głosu. Ja nie zamierzałem go już zabierać...

Przewodnicząca poseł Beata Małecką-Libera (PO):

Nie, to nie ma potrzeby...

Pełnomocnik Zarządu ZMP Marek Wójcik:

...ale po wypowiedzi pana ministra muszę to zrobić, dlatego że są pewne rzeczy, których – choćby nie wiem jak zaklinać rzeczywistość – nie da się zmienić. Dwa plus dwa zawsze będzie cztery. Pewne rzeczy od wieków obowiązują. Panie ministrze, niech pan będzie uczciwy. Jeżeli państwo mówią o tym przy okazji podwyżek... Fakt pierwszy. Dotychczasowe rozwiązania nie gwarantują świadczeniodawcom w pełni kosztów ponoszonych w związku z wprowadzonymi przez państwa regulacjami dotyczącymi podwyżek.

Po drugie, pieniądze na dodatkowe podwyżki nie biorą się znikąd. W przypadku pań i panów pielęgniarek i położnych – bo coraz więcej panów wykonuje ten zawód – nie są to środki dodatkowe. To są środki ze składki zdrowotnej. To oznaczać może tylko jedno. Dokładają państwo te środki i oznaczają precyzyjnie, że mamy je wydawać na pie-

łęgniarki i położne, kosztem środków na świadczenia. Chcę w tym miejscu to powiedzieć bardzo precyzyjnie i jednoznacznie. Będziemy mieli mniej środków na świadczenia, bo musimy wypłacać więcej wynagrodzeń, i tu nie mamy wyjścia. Koszty płac będą rosły w kosztach ogółem. To oznacza, że na „rzeczówkę” nam brakuje, że będzie nam brakować. Zobacz państwo, co będzie ze zobowiązaniami wymagalnymi, bo warto zajrzeć w głąb tych zobowiązań jaka jest ich struktura. Zobowiązania z tytułu zakupu towarów i usług będą rosły. Nie zobowiązania publicznoprawne. W związku z tym będzie nam brakować na „rzeczówkę”. Nie ma dodatkowych środków. Dajecie temu samemu szpitalowi od 2015 r. te same pieniądze albo mniejsze, a dokładacie do tego obowiązki dotyczące płac, mówiąc „daj sobie radę”. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Panie ministrze, gdyby pan przez 11 lat nie był dyrektorem ds. finansowych Instytutu Kardiologii, to bym się nie dziwił, ale jeśli pan mówi o OIOM-ie, że można to w jakiś sposób zaplanować, opanować... Co ja mam zrobić w przypadku OIOM-u, jeśli zarządzam szpitalem? Muszę wszystkich pacjentów przyjąć, nie dyskutować. Ja ratuję ich życie. To nie jest żart. Ja muszę ich wszystkich przyjąć. Nie mogę planować ludzi na OIOM-ie. W związku z tym odnośnie do OIOM-u czy udarów, które były świadczeniami nielimitowanymi, nie ma w ogóle o czym dyskutować. Niech państwo nie bronią czegoś, czego nie da się obronić. Po prostu zechciejcie wysłuchać ludzi – nie mówię teraz o sobie – mądrzejszych od siebie – tu patrzę na państwa dyrektorów, którzy wam to wyraźnie mówią.

Następna sprawa jest taka, że do końca roku zostało 78 dni – przypominam. Panie ministrze, to nie w ustawie jest algorytm wyliczania ryczałtu, tylko w rozporządzeniu. Informuje pan, powołując się na ustawę, a to oznacza, że to rozporządzenie powinno się pojawić natychmiast, bo ci ludzie, którzy zasługują na szacunek, że zarządzają szpitalami, muszą wiedzieć, jaka będzie ich najbliższa przyszłość. W związku z tym uprzejmie proszę o to, żeby państwo przeszli z etapu opowiadania do etapu działania. Prosimy o propozycje regulacji, które będą nas wiązały w naszej działalności w najbliższą przyszłość.

Przepraszam za emocje, ale nie da się podchodzić spokojnie do tego typu wypowiedzi, które próbują zaczarować rzeczywistość. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Na zakończenie tej dyskusji chciałabym jednak wysłuchać stanowiska pana prezesa NFZ. Został pan tu przywołany przez ministra w kwestii nowych zarządzeń, które pan wydaje, więc bardzo proszę o podsumowanie tej dyskusji w kilku zdaniach.

Prezes Narodowego Fundusz Zdrowia Andrzej Jacyna:

Odnosnie do Nysy – szczegółowy temat...

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Prosiłabym ogólnie, panie ministrze.

Prezes NFZ Andrzej Jacyna:

Umowę w Nysie wypowiedziała AHP, nie NFZ. Odnosnie do ogólnych spraw, to, po pierwsze, środki finansowe, które zwiększamy w II połowie 2018 r., to łącznie 2,8 mld zł. Z tego 870 mln zł jest przeznaczony bezpośrednio na wszystkie podwyżki w zawodach pielęgniarki, położnej, lekarza specjalisty i ratownika medycznego. A propos tego, że ograniczamy dostępność do świadczeń, wyciągając pieniądze na ten cel, to nie jest prawda, ponieważ kwota, jaką przeznaczamy na zwiększenie liczby świadczeń, czyli poprawę dostępności, jest wyższa od kwoty zaplanowanej na podwyżki. Jest rzeczą oczywistą, że podwyżki są niezbędne, że dzisiejszy system opieki zdrowotnej musi zadbać o to, żeby pracownicy zawodów medycznych nie odchodzili z branży i nie szli do pracy w innych miejscach, co niestety się działo. Mam nadzieję, że te podwyżki to zahamują.

Największa część środków na podwyżki dotyczy pielęgniarek i położnych. To są realizacje zobowiązań powziętych przez poprzedników. I chwała im za to, że taki ruch zrobili. Może lepiej by było, gdyby to szło inną drogą. Też jestem zwolennikiem tego, by wynagrodzenia nie były wydzielane i bardzo niedobrze się czuję jako główny kadrowy

ochrony zdrowia w Polsce. Chciałbym tej funkcji się pozbyć i płacić za świadczenia, a nie wydzielać kawałków wynagrodzeń do budżetu NFZ i płacić to odrębnie, bo – jak wszyscy widzimy – robi się z tego dość skomplikowany mechanizm, gdzie mogą powstać błędy i nie pomnę już ile aneksów generujemy – 40 tys. umów i do każdej trzeba wygenerować aneks. Aneks o pielęgniarkach, aneks o doktorach itd. Tracimy na tym. Jest więc najwyższy czas, żeby rozpocząć dyskusję z wszystkimi zainteresowanymi stronami, której efektem byłoby kompleksowe rozwiązanie dla wszystkich zawodów, i o to będę zabiegał.

Odnosnie do szczegółowych pytań, nie ma mniejszego ryczałtu na I półrocze 2018 r. i to wprost wynika z materiałów, które państwo otrzymali. Są oczywiście szpitale, nie-liczne, które nie poradziły sobie z wykonaniem ryczałtu za IV kwartał i te mają niższy ryczałt na I półrocze. To jest oczywiste. Natomiast pojęcie nadlimitów w ryczałtach w ogóle nie istnieje. Musimy zapomnieć o takim rozwiązaniu w ryczałcie. Po to właśnie była wprowadzona sieć, w tym rozliczanie ryczałtowe, żeby ograniczyć tendencję do nadwykonania, bo to jest zła tendencja. W Polsce mamy rekord świata, jeżeli chodzi o budżet na szpitale. To jest zły kierunek. Próbujemy ten kierunek odwrócić.

Jednym z mechanizmów miało być wspólne rozliczanie ryczałtem świadczeń szpitalnych i świadczeń w przychodniach przyszpitalnych. Jak się okazuje – wg danych, które państwu przedstawiliśmy – ten mechanizm nie zadziałał. Zachęta finansowa, która się pojawiała, była za niska. W związku z tym ostatnie decyzje – dodatkowe 300 mln zł na to, żeby zwiększyć zainteresowanie tą częścią świadczeń. Również w ryczałtach chcemy podnosić... Zmiana rozporządzenia o sposobie wyliczania ryczałtów to nawet dzisiaj umożliwia. To się stanie w najbliższych dniach. Aneksy przekazywane do świadczeniodawców, które będą informowały o nowym ryczałcie wyliczonym na II półrocze, będą te elementy zawierały. Czyli uwzględnimy to, że świadczeniodawcy wykonują więcej świadczeń w ambulatoryjnych świadczeniach, w ramach ryczałtów szpitalno-przychodnianych. Tu też będą gwarantowane premie, jeżeli nadwykonania świadczeń ambulatoryjnych będą znaczone. To jest próba zmiany niedobrego trendu przesuwania świadczeń w kierunku szpitali. Być może tym razem nam się to uda. Czas pokaże. Kiedy rozliczymy II półrocze, to będziemy wiedzieli, czy te mechanizmy się sprawdzą.

Odnosnie do wypowiedzi pana dyrektora z Gorzowa Wielkopolskiego, niestety, muszę pana zmartwić. Nic pan nie załatwi z dyrektorem Bromberem, ponieważ ryczałt wynika wprost z konkretnych zapisów rozporządzenia i dyrektor go nie zmieni. Nie ma takiej możliwości. Na całe szczęście urzędnik NFZ w ryczałcie nie może mieszać. Ten ryczałt wynika wprost z tego, co pan wykonał we wcześniejszym okresie i ze zmian, które są przyjęte w skali kraju. Czyli jest zmiana wycen. To wszystko musi być uwzględnione. Wzory na ryczałt to zawierają. Chciałbym zwrócić uwagę na to, że 11,8 mld zł to jest mniej niż niedawno temu. Czyli sieć nie spowodowała wzrostu zadłużenia, przeciwnie, spowodowała spadek tego zadłużenia.

A teraz, ogólnie. Krytykujemy sieć szpitali, ale składamy na karb tego rozwiązania sytuacje, które pojawiły się w ostatnich miesiącach, a które z siecią niewiele mają wspólnego. Po prostu zdarzyło się to, co przeważnie się zdarza, kiedy sytuacja ekonomiczna się poprawia. Jestem starym związkowcem. Prowadziłem wiele protestów. Zaczynamy protesty wtedy, kiedy nam się poprawia. Taki jest mechanizm i on wielokrotnie, również w Polsce, był obserwowany. Teraz mamy do czynienia z tym samym. Pracownicy ochrony zdrowia, patrząc na podwyżki w gospodarce, powiedzieli dość i żądają podwyżek. I słusznie. Powinniśmy im te podwyżki dać, i te podwyżki dajemy. Każdy chciałby mieć więcej. Dzisiaj mamy tyle, widocznie więcej się nie da.

Odnosnie do dalszych planów, powiem tak. Być może to będzie trudne, będę miał problemy z przekonaniem ministra finansów, ale jednak zamierzam zmienić plan finansowy jeszcze w tym roku. Przedłożę taką propozycję Komisji Zdrowia i Komisji Finansów Publicznych, ponieważ składka się poprawia i należy to wykorzystać. Uważam bowiem, że jeżeli obywatele płacą wyższą składkę, to oczekują, że ta składka będzie użyta, nie leżała na koncie w NFZ, tylko znalazła się w planie finansowym i była użyta. Do tego będę dążył. Uważam również, jeśli chodzi o plan, który przedstawiałem na posiedzeniu Komisji na początku lipca, że przychody też są zaniżone. Trzeba je w planie na 2019 r. zmienić, ponieważ składka idzie znacząco w górę. Ostatnie decyzje o wzroście wynagro-

dzenia minimalnego, ostatnie decyzje o podwyżkach w sferze budżetowej, przełożą się wprost na przychody. Wskaźniki stosowane przy tworzeniu planu w maju były zaniżone, i trzeba to zmienić, żeby dysponować tymi pieniędzmi, które są realnie w systemie. Czy to się uda? Nie wiem. Będę próbował. Tak więc, to tyle. Oczywiście, jesteśmy otwarci na wszystkie informacje ze środowiska świadczeniodawców.

Ten raport – chętnie się z nim zapoznam – na pewno zawiera ciekawe informacje, które powinniśmy uwzględnić w decyzjach. Oczekujemy dalszej współpracy ze związkiem szpitali powiatowych. Liczymy na to, że państwo nam pokażą, jakie są faktyczne koszty tych manewrów, które wykonujemy, bo przypominam, że my stosujemy pewną średnią. Ona w niektórych miejscach może się nie sprawdzić, ale będą też tacy świadczeniodawcy, którzy na tym interesie zarobią, ponieważ ich koszty będą niższe niż średnie. Zobaczymy. Oczekuję na państwa dane. Dzisiaj rozmawialiśmy w ministerstwie na temat tego, jak uruchomić dodatkowe środki na pochodne. Ten temat nie jest zamknięty. Jeżeli więc państwo pokażą konkretne dane, to będziemy próbować je uwzględnić w decyzjach, które zapadną w najbliższych dniach. Musimy się spieszyć, bo rozumiem, że pracownicy oczekują, żeby wynagrodzenia wzrosły już przy najbliższej wypłacie na koniec października. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję, panie prezesie. Padły konkrety. Po dwugodzinnej dyskusji padły jednak konkrety, za co dziękuję. Rozumiem, że również dyrektorzy będą teraz bardzo uważnie obserwować ruchy i zmiany w planie NFZ.

Temat na dzisiaj został wyczerpany. Myślę, że również my, posłowie, będziemy obserwować, jak to wszystko będzie się toczyć w najbliższych miesiącach. Nie zamykamy tego tematu całkowicie. Myślę, że po rocznym zamknięciu do tego tematu wrócimy.

Szanowni państwo, zanim zamknę posiedzenie, jeszcze jedno chciałabym powiedzieć. Panie ministrze i panie prezesie, w dalszym ciągu oczekuję na odpowiedź na pytania z poprzedniego posiedzenia Komisji Zdrowia. Miałam dostać odpowiedź pisemnie. Bardzo proszę o tę odpowiedź.

Na tym zamykam dzisiejsze posiedzenie Komisji. Dziękuję bardzo.