



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(568)**

42. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 2 grudnia 2008 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Narodowego Funduszu Zdrowia na temat funkcjonowania od 1 lipca 2008 r. systemu rozliczania świadczeń na podstawie jednorodnych grup pacjentów.
2. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 05)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam panią senator i panów senatorów. Witam przybyłych gości. Cieszę się, że są z nami prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, pan Jacek Paszkiewicz, oraz wiceprezes NFZ, pan Jacek Grabowski. Witam także pozostałych gości, przedstawicieli Ministerstwa Finansów i Ministerstwa Zdrowia.

Proszę państwa, przypomnę, że w czerwcu w czasie rozmowy na temat JGP obiecywaliśmy sobie, że po mniej więcej kilku miesiącach wrócimy do sprawy i sprawdzimy, czy założenia, jakimi kierowano się przy wyborze takiego sposobu opłacania świadczeń, nie budzą większych oporów, czy przyjmuje się ten system płacenia. I dzisiaj jest taka okazja. Bardzo się cieszę, że możemy się spotkać w takim składzie.

Oddaję głos przedstawicielom Narodowego Funduszu Zdrowia. Widzę, że jest przygotowana prezentacja. Bardzo proszę, Panie Prezesie...

Zanim to zrobię, powiem jeszcze, bo formalnościom musi stać się zadość, że w porządku posiedzenia komisji jest informacja na temat funkcjonowania systemu JGP, a potem sprawy bieżące.

Czy są uwagi do tego porządku obrad? Nie. Porządek obrad został zatem przyjęty.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę uzupełnić.

Senator Michał Okła:

Jest wśród nas także przewodniczący Związku Powiatów Polskich, pan Kazimierz Kotowski. Bardzo serdecznie pana witamy. Na wniosek powiatów zaprosiliśmy pana, aby usłyszał, jak wygląda działanie Narodowego Funduszu Zdrowia i jak się bilansują szpitale przy systemie jednorodnych grup pacjentów. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Widzę, że jest włączony jeden mikrofon; proszę go wyłączyć, bo to osłabia słyszalność.

Oddaję głos panu... Witam pana ministra, zapraszamy.

Pan prezes ma głos, proszę bardzo.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Bardzo dziękuję.

Poproszę pana prezesa Grabowskiego o przedstawienie prezentacji dotyczącej efektu wdrożenia systemu jednorodnych grup pacjentów. Chcę tylko powiedzieć, że w tej chwili mamy dość dobre i bardzo dokładne dane z pierwszych kilku miesięcy funkcjonowania systemu, co pozwala nam porównać okres sprzed wejścia w życie systemu i – w momencie, w którym dzisiaj jesteśmy – okres, który był rozliczany według jednorodnych grup. To są bardzo świeże dane, bo te porównania były wykonywane w ciągu ostatnich kilku tygodni, tak że państwo chyba jako pierwsi publicznie będziecie mieli możliwość obejrzenia, jak ten efekt wygląda.

Bardzo proszę, Panie Prezesie.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Rzeczywiście mieliśmy okazję prezentować system JGP właściwie w przededniu jego uruchomienia, latem, jeśli dobrze pamiętam, i wtedy nasze wystąpienie było bardziej nakierowane na różnego rodzaju hipotezy czy przypuszczenia, jak on będzie działał. W związku z tym w pierwszej części tej prezentacji nawiążę do tamtego spotkania i tamtych danych, abyście państwo mogli odświeżyć sobie w pamięci tamtą informację i porównać, jak wygląda rzeczywistość w stosunku do założeń, bo jak sądzę, jest to interesujące.

Wdrożenie tego wielce skomplikowanego systemu jest bardzo świeże. Poprzedzone było to pilotażem. Następnie mieliśmy trzymiesięczny okres przejściowy, który sprowadzał się do możliwości uproszczonych rozliczeń. W tej chwili dyskutujemy o modelu docelowym; w każdym razie bez wątpienia staramy się ustabilizować system rozliczeniowy tak, żeby mniej zaskakiwać świadczeniodawców. Pilotaż toczył się od kwietnia do czerwca 2008 r., przez trzy miesiące; okres przejściowy – od lipca do września, też trzy miesięczny; i obecnie mamy do czynienia z próbą stabilizacji modelu jednak przy założeniu sukcesywnych poprawek. Jeśli wykrywamy błędy, jeśli spływają uwagi, gromadzimy też doświadczenia... To wszystko na bieżąco wpływa na kształt systemu rozliczeń, ale intensywność zmian jest wyraźnie mniejsza niż w okresie rozliczeń przejściowych.

Proszę państwa, pilotaż miał na celu przede wszystkim sprawdzenie, i o tym mówiliśmy w trakcie poprzedniego spotkania, czy wdrożenie tak wielu różnych zmian w systemie rozliczeniowym pozwoli zachować przychody szpitali na porównywalnym, dotychczasowym, z pierwszej połowy tego roku, poziomie i czy przy okazji uda się nam nieco poprawić rentowność niektórych zakresów, które w dość powszechnym przekonaniu, zresztą były dostępne informacje, były niedoszacowane przy poprzednim sposobie finansowania.

Wdrożono do tego pilotażu czterdzieści siedem szpitali z czternastu województw w dwóch turach: pierwsza część szpitali, połowa, to były szpitale, które fundusz uznał za najsprawniejsze, jeśli chodzi o sposób sprawozdawania; druga pula to te, które uznaliśmy za najistotniejsze, jeśli chodzi o wątek opiniotwórczy, czyli osoby zarządzające są znaczące w systemie, co wcale nie oznacza, że sprawnie zarządzają informacją na terenie szpitala.

Przypomnę państwu dane z tego trzymiesięcznego okresu pilotażowego. Najbardziej interesująca jest ta czerwona krzywa, która się przewija przez słupki czterdziestu paru szpitali. Ta krzywa pokazuje, jaki odsetek sprawozdawanych rekordów pacjenta, czyli elektronicznej wersji historii choroby, mógł być zakwalifikowany do jednorodnej grupy pacjentów – na tym poziomie jest 100%. Z jednej strony był to test narzędzia informatycznego nazywanego gruperem – nie muszę tego wyjaśniać, bo to słowo zrobiło zawrotną karierę w przeciągu tych paru miesięcy. Jak widać, ta krzywa jest ogromnie zróżnicowana, już wtedy były szpitale, choć nieliczne, które uzyskiwały 100% trafień do grupy, i były takie, które uzyskiwały ten wskaźnik na poziomie 30%. A więc jasne było to, że gdy uruchomimy ten projekt, sytuacja będzie bardzo zróżnicowana i niewątpliwie trudna.

Oprócz przetestowania założeń technicznych, know-how tego projektu, bardzo istotne było sprawdzenie, jaki będzie wynik finansowy, globalny i dla poszczególnych zakresów świadczeń. Na poziomie tego pilotażu oceniono, że wśród tych szpitali, które skutecznie sprawozdawały, ten wynik będzie w granicach 8% dodatkowych przychodów, czyli na takim poziomie poprawi się rentowność rozliczeń w ramach szpitalnictwa. Oceniono też skutek uruchomienia mechanizmu rozliczania dodatkowych osobodni powyżej pewnego poziomu odcięcia. Oceniliśmy to na około 3%, czyli niżej niż pierwotnie zakładaliśmy. Jednak byliśmy zadowoleni, że te pieniądze, w oparciu o dane z pilotażu, trafiły do oddziałów dziecięcych, ginekologicznych, neonatologicznych i leczenia oparzeń. W tym okresie nie byliśmy w stanie ocenić, jaki jest efekt rozliczeń w przypadku oddziałów intensywnej terapii. Tak wyglądała ta sytuacja.

Bardzo interesujące jest też to, że wbrew niektórym opiniom na temat pilotażu pilotaż był rzeczywistym i bardzo istotnym elementem wdrożeniowym. Mogliśmy ocenić, jakie elementy wadliwego zarządzania informacją w szpitalach, zwłaszcza w zakresie stosowania klasyfikatorów ICD-9, ICD-10, najbardziej negatywnie wpływają na możliwość uruchomienia systemu JGP. Wtedy było dla nas rzeczą oczywistą, że wiele szpitali koduje na poziomie trzyznakowym ICD-10 niezgodnie z metodyką WHO, że kodowanie ICD-9 jest raczej rzadkością i że sam klasyfikator wymaga wielu uzupełnień, bo nie był aktualizowany praktycznie od dziesięciu lat.

Potem mieliśmy trzymiesięczny okres przejściowy, który się charakteryzował bardzo dużą zmiennością tego systemu. System został uruchomiony na podstawie zarządzenia z 11 czerwca 2008 r., a następnie były trzy duże modyfikacje w kolejnych zarządzeniach, wymienionych tutaj, z 2 lipca, 23 lipca i 4 września. Było to konieczne ze względu na to, że niektóre zakresy były obciążone licznymi wadami, w szczególności ortopedia, ale wiele poprawek było również w innych specjalnościach. Okres przejściowy trwał, jak powiedziałem, od 1 lipca do 30 września.

Po pierwsze, staraliśmy się wdrożyć poprawki, po drugie, oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadziły masę szkoleń, które miały pomóc szpitalom w sprawnym sprawozdawaniu. Było możliwe rozliczenie uproszczone, jednak od początku było widać, że dyrektorzy szpitali dążą do tego, żeby rozliczenia przebiegały w sposób kompletny. W innym wypadku pojawiały się zaległości, które mogły być groźne; trudno namówić lekarzy do wracania do historii chorób sprzed trzech miesięcy w celu dokonywania zmian. W części było to konieczne ze względu na poprawki, ale generalnie od początku była tendencja, żeby dążyć jak najszybciej do możliwie pełnego sprawozdawania. W związku z danymi, które spływały w tym okresie, stało się ja-

sne, że nie będzie potrzeby generalnego wydłużania okresu przejściowego dla całej Polski w formie decyzji pana prezesa, ponieważ w wielu województwach po tym trzymiesięcznym okresie przejściowym sprawozdawczość osiągnęła taki poziom, że było wiadomo, że taka potrzeba właściwie nie istnieje.

To jest podsumowanie okresu wdrożeniowego w bardzo generalnych liczbach. To jest stan z 1 października. A to już jest stan z 24 listopada. Liczba podmiotów sprawozdających, liczba umów szpitalnych jest rzędu dziewięciuset osiemdziesięciu. Jest to większa liczba niż liczba szpitali w rejestrze ministra zdrowia, ale nie należy się temu dziwić, umów jest zawsze nieco więcej, obejmują one różne zakresy w jednym rodzaju. Jak widać, przyrost podmiotów sprawozdających na początku października wynosił około 70%, w listopadzie jest to praktycznie 99%, czyli pozostały pojedyncze szpitale, które nie potrafią... które nie podjęły sprawozdawczości.

Proszę też pamiętać, że te kłopoty nie zawsze wynikają z kłopotów związanych z JGP. Część szpitali ma kłopoty z systemami informatycznymi, niezależne od tej sytuacji; znam parę takich przypadków. Mają często systemy zakupione lata temu, nieunowocześniane, i w pewnym momencie dochodzi do poważnych kłopotów. Między innymi jeden z dużych szpitali wojewódzkich w Łodzi miał zapaść całego systemu informatycznego i JGP było pewnie tylko dodatkowym elementem, który to ujawnił.

Proszę też zwrócić uwagę, że w październiku bardzo niewiele podmiotów, bo zaledwie około 35%, zdecydowało się na rozliczenia; sprawozdawała spora grupa, rozliczała bardzo niewielka. Ten odsetek wzrósł, ale też jest mniejszy niż liczba podmiotów sprawozdających. Z czego to wynika? Część szpitali czekała na zmiany do ostatniej chwili, a tych zmian było dużo. Decyzja rozliczeniowa oznacza, że wskazuje się konkretne rekordy do zapłaty. A więc odwlekano tę decyzję w czasie. Dlatego potrzebna była stabilizacja całego modelu JGP, przekonanie, że już więcej zmian nie będzie i nie trzeba będzie powtarzać tej pracy. Jak ta decyzja zapadła właśnie w październiku w centrali funduszu, to sprawozdawczość ruszyła.

Na dole macie państwo dane dotyczące wartości sprawozdań i rozliczeń, to znaczy wartości sprawozdanych lub rozliczonych świadczeń w stosunku do wartości zawartych umów. Proszę zwrócić uwagę, że sprawozdano więcej niż 100%, a należy pamiętać, że umowy zawarte na drugie półrocze były wyższe niż w pierwszym półroczu. W wyniku pilotażu przewidywano, tak jak państwu mówiłem, około ośmioprocentowy wzrost wartości taryf, czyli ceny świadczenia, i w związku z tym zawarto umowy na większe wartości, na większą liczbę punktów. Chcę podkreślić, że nie na większą liczbę hospitalizacji, po prostu wzrosła cena wyrażona liczbą punktów w taryfach i w związku z tym zawarto umowy na wyższym poziomie. Tak naprawdę w wyniku zmian spodziewaliśmy się około dwunastoprocentowego wzrostu, o czym informowaliśmy również media.

Te same dane tabelaryczne na wykresie. Wykres czerwony oznacza wartość świadczeń sprawozdanych w stosunku do umów. Tu jest poziom 100%; jak widać, w większości oddziałów ta sprawozdawczość jest wyraźnie powyżej 100%. Tak naprawdę jeszcze dwa oddziały: mazowiecki i łódzki, mają kłopoty, w pozostałych ta sprawozdawczość jest na zdecydowanie wyższym poziomie, czasem na niepokojąco wysokim, na przykład w oddziałach warmińsko-mazurskim i lubuskim. Tutaj widać dynamikę tego procesu, o którym mówię. Sprawozdanie versus umowy i rozliczenia versus umowy, tutaj poziom 100%. Widać, że w październiku proces sprawozdawczy ruszył i bardzo przyspieszył.

Teraz chciałbym przejść do szczegółowych danych dotyczących efektu zarówno globalnego, jak i dla poszczególnych specjalności. To jest efekt globalny rozliczeń za pierwsze trzy miesiące. Danych sprawozdawczych, jak państwo widzieliście, jest niemal komplet. W związku z tym średnie wyliczane na podstawie średnich skumulowanych niewiele się już zmieniają; ta sprawozdawczość, która dotrze, nie ma szans zmienić stanu rzeczy w sposób bardzo istotny, chyba że po raz kolejny zmienimy zarządzenie w jakimś fragmencie. Wtedy te zmiany mogą nastąpić, zresztą takie działania były podejmowane i one oczywiście wpływały na te rozliczenia.

Jaki jest efekt globalny? Myślę, że dla wszystkich najbardziej interesująca jest wartość rozliczonych umów dzielona przez liczbę hospitalizacji, bo to jest średnia cena hospitalizacji, średnia wartość hospitalizacji. Proszę państwa, widzieć, że ona była różna w tych trzech miesiącach i ostatecznie we wrześniu wzrosła o ponad 13%. Proszę pamiętać, że pierwsze dwa miesiące, lipiec i sierpień, były dość nietypowe, jeśli chodzi o rozliczenia z funduszem, bo to miesiące letnie. Było nawet dużo skarg, że wtedy zaczęliśmy proces wdrażania, bo w tym okresie dużo personelu wyjeżdża na wakacje; zgadza się, to nie był szczęśliwy okres pod tym względem. Myślę, że bardziej reprezentatywne są rozliczenia za wrzesień i na nich warto się skupić. Tak że średnia wartość hospitalizacji zwiększyła się przez wzrost taryf o 13%.

W tym czasie spadła liczba hospitalizacji, zwłaszcza w okresach letnich; widzieć, że nastąpił pewien wzrost ich liczby we wrześniu. To też jest typowe, jest to wpływ sezonowości, powtarzający się co roku, choć spadek liczby hospitalizacji jest obecnie nieco większy globalnie, niż wynikałoby to z samej sezonowości. Po prostu system JGP uniemożliwia rozliczanie hospitalizacji, jeśli nie jest postawione rozpoznanie, i to stało się dość istotną przeszkodą w rozliczaniu różnych, no, dziwnych hospitalizacji, takich, które tak naprawdę powinny się odbywać w trybie ambulatoryjnym. To zjawisko występuje nierównomiernie, jest większe w niektórych zakresach, mniejsze w innych, ale globalnie wyraźne.

Proszę państwa, tutaj widziacie wykres przedstawiający średnią wartość hospitalizacji; to jest ta czerwona krzywa na tle wszystkich krzywych z poszczególnych oddziałów. Można na tej podstawie ocenić, jaka była zmiana w kolejnych miesiącach tego roku, a w szczególności różnice między pierwszym półroczem, czyli tym okresem, a drugim półroczem. Widzieć oczywiście wzrost, który wyrażony jest tym wykresem słupkowym również dla tej krzywej.

Na tym wykresie z kolei rozbiliśmy wzrosty w podziale na szpitale kliniczne – zielone słupki, wojewódzkie – czerwone słupki, i inne – niebieskie słupki. Inne to przede wszystkim powiatowe, ale należy pamiętać o tym, że część powiatowych jest formalnie niepublicznymi ZOZ, w związku z tym podział musiał dotyczyć wszystkich innych szpitali i są tam również zwykle niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Jak państwo widziacie, ten wzrost wbrew temu, co na ten temat pisano, a pisano bardzo dużo, nie dotyczy głównie szpitali powiatowych. Bardzo często w prasie powtarza się taka opinia, że beneficjentami systemu jednorodnych grup pacjentów są szpitale powiatowe. Nie, beneficjentami są wszystkie szpitale, zarówno kliniczne, wojewódzkie, jak i powiatowe; wyraźnie widzieć wzrost słupków zarówno czerwonych, jak i zielonych.

Omówię teraz szczegółowo poszczególne zakresy. W przypadku chorób wewnętrznych wzrost jest wyższy niż generalny dla wszystkich zakresów. Przekroczył on 16% we wrześniu, nawet w lipcu był wyższy niż przeciętna i sięgał 13%. Proszę pań-

stwa, to była ważna decyzja, żeby na tym poziomie zapewnić rentowność oddziałów wewnętrznych, ponieważ one są bardzo liczne. To zapewnia stabilizację całego przedsięwzięcia, mniejsze ryzyko wdrożenia całego przedsięwzięcia. Widać też, że jeśli chodzi o liczbę hospitalizacji, to szpitale inne, w tym powiatowe, odgrywają znaczącą rolę i mniejsze jest zróżnicowanie pomiędzy klinicznymi a powiatowymi czy wojewódzkimi. To jest medycyna ogólna, w związku z czym szpitale kliniczne nie mają wiele więcej do zaoferowania niż pozostałe.

Większy problem jest z pediatrią, jest bardzo dużo doniesień medialnych na temat pediatrii. Proszę jednak zwrócić uwagę, że rozliczenia za wrzesień przekroczyły poziom 6% – wzrost średniej wartości hospitalizacji jest mniej więcej siedmioprocentowy. Było duże zróżnicowanie, jeśli chodzi o średnią wartość hospitalizacji, i nastąpiło wyraźne skupienie rozliczeń, rozliczamy oddziały pediatryczne w bardziej jednolity sposób. Nie ma też istotnej różnicy między poziomami: powiatowym, wojewódzkim i klinicznym. W przypadku pediatrii jest wyraźny spadek liczby hospitalizacji, który jednak zaczął się wcześniej niż wdrażanie JGP, bo ten spadek był widoczny w okolicach maja. Nastąpił istotny spadek hospitalizacji, które w naszym przekonaniu nie powinny się odbyć. Jesteśmy po analizie nie tylko ilościowej, lecz także jakościowej, wróciliśmy do danych z pilotażu i szukaliśmy przyczyny spadku liczby hospitalizacji.

Chirurgia ogólna, druga powszechnie występująca dziedzina medycyny. Wzrost we wszystkich miesiącach rzędu 15–17%, bardzo stabilny. Widać bardzo duży udział szpitali powiatowych, ale zróżnicowanie pomiędzy poziomami jest widoczne, bo jest bardzo długa lista świadczeń, od świadczeń prostych do skomplikowanych. Średnia cena świadczeń klinicznych jest wyższa, bo są to inne operacje, i o tym należy pamiętać. Często powtarza się taki wątek, że zrównaliśmy rozliczenia szpitali powiatowych i klinicznych, ale w rzeczywistości tak nie jest. Chodzi o inne operacje i inna jest charakterystyka pacjentów leczonych w klinikach, a inna – w szpitalach powiatowych. Wzrost w chirurgii ogólnej był świadomą decyzją. Panowało dość powszechne przekonanie, niestety potwierdzone faktami, że w niedużych szpitalach oddziały chirurgiczne są nierentowne, utrzymanie bloku operacyjnego czyni to przedsięwzięcie nierentownym. Wzrost musiał być relatywnie większy niż w innych dziedzinach, ponieważ chirurgia ogólna musi być dostępna.

Położnictwo i ginekologia – tu też było wiele skarg i zapowiedzi złych efektów rozliczeń. Wzrost jest stabilny, między 5 a 6%, wyraźnie bardziej jednolity sposób rozliczeń, wyraźne różnice między szpitalami powiatowymi, wojewódzkimi i klinicznymi, liczba hospitalizacji największa w szpitalach powiatowych.

Neonatologia. Wzrost wartości hospitalizacji jest bardzo duży, sięga 50%. Przed wdrożeniem systemu JGP było bardzo zróżnicowane rozliczanie w poszczególnych województwach. Nastąpiła wyraźna poprawa, jeśli chodzi o bardziej jednolite podejście, ale wciąż sporo zostaje, jak sądzę, do poprawienia w tej dziedzinie. Duże zróżnicowanie między poziomem szpitali innych, w domyśle powiatowych, a wojewódzkich i klinicznych. Nie ma w tym jednak nic dziwnego, ponieważ ponad rok temu został wdrożony trójstopniowy system opieki perinatalnej i jest bardzo precyzyjnie zakreślone, które świadczenia neonatologiczne mogą być rozliczane na którym poziomie. Oczywiście warto pamiętać o tym, że trzeci poziom tego trójstopniowego systemu opieki perinatalnej to nie zawsze są szpitale kliniczne, w wielu regionach to są również szpitale wojewódzkie. W tej dziedzinie też nastąpił pewien spadek liczby hospitaliza-

cji, ale bez wątplenia poprawiła się rentowność tych przedsięwzięć. Na przyszły rok wprowadzamy sporo zmian. Można też oczekiwać, że w wyniku postępowania konkursowego sporo oddziałów neonatologicznych zniknie z mapy oddziałów neonatologicznych. Jesteśmy po przeglądzie sytuacji na oddziałach neonatologicznych z nadzorem specjalistycznym i w wielu oddziałach nie ma neonatologów, czyli one formalnie posiadają sztyt neonatologii, ale personel pracujący tam nie spełnia wymagań dla tego zakresu.

Kardiologia. Również bardzo znaczący wzrost i wyraźny spadek liczby hospitalizacji. Chcę podkreślić, że ten wzrost jest przede wszystkim związany z częścią niezwiązaną z kardiologią interwencyjną. Jest to wzrost przede wszystkim związany z leczeniem niewydolności krążenia; te grupy zostały dowartościowane. Próbuje nieco zrównoważyć rentowność oddziałów kardiologicznych z pracownikami interwencyjnymi i bez, ponieważ w przeciwnym wypadku panuje niepohamowana tendencja do stawiania matłabów właściwie wszędzie i jest to posunięcie do poziomu nieracjonalnego, pojawiają się inwestycje biorące się znikąd.

Okulistyka. Wzrost rzędu 4%, nieco większy niż planowaliśmy dla okulistyki. Proszę zwrócić jednak uwagę, że jest podobna liczba hospitalizacji i bardzo duże znaczenie szpitali powiatowych i niepublicznych. Występuje większa wartość rozliczeń w szpitalach klinicznych, ale nie jest to tak wyraźne jak w przypadku niektórych innych specjalności, na przykład neonatologii, nic w tym dziwnego.

Inny zakres, też częsty przedmiot skarg – urologia. We wrześniu wartość rozliczonej hospitalizacji wzrosła o 4%. Widać, że w pierwszych dwóch miesiącach urologia nie bardzo radziła sobie z rozliczeniami. Bardzo duży udział szpitali innych, czyli niepublicznych i powiatowych, w rozliczeniach urologicznych.

Neurochirurgia to przykład dziedziny, w której dominują szpitale kliniczne i wojewódzkie. Liczba rozliczonych świadczeń w neurologii w szpitalach innych jest na tym tle niewielka.

Inne ciekawe informacje na temat zmian po wdrożeniu systemu JGP dotyczą endokrynologii. Przed wdrożeniem systemu panowała tu dziwna sytuacja. Szpitale inne miały średnią wartość rozliczonych hospitalizacji wyższą niż wojewódzkie i kliniczne, co jest o tyle dziwne, że endokrynologia, zresztą jak widać, jest głównie realizowana w szpitalach klinicznych. Była to nieprawidłowość, którą przynajmniej częściowo udało się usunąć. Jest też bardzo wyraźny wzrost w wartości rozliczeń w zakresie endokrynologii.

Inny temat dyskutowany, omawiany publicznie to zmiana sposobu finansowania oddziałów intensywnej terapii i anestezjologii. Ta zmiana w gruncie rzeczy nie ma wiele wspólnego z systemem jednorodnych grup pacjentów, ponieważ jest odrębny model rozliczania tych oddziałów. Poprzednio rozliczano to w trzech przedziałach, w zależności od liczby punktów uzyskanych w skali TISS w poszczególnych dniach hospitalizacji. I te przedziały miały to do siebie, że kolejny był bardziej opłacalny od poprzedniego, czyli krzywa miała charakter schodkowy, i wszyscy skupiali rozliczenia wokół skoku przez ten schodek, co budziło dużo różnych kontrowersji i wątpliwości. W związku z tym zmieniono charakterystykę krzywej na liniową po to, żeby nie dopuszczać do hazardu moralnego przy tych rozliczeniach. To była jedna istotna zmiana.

Druga istotna zmiana jest taka, że systemowo uzgodniono możliwość rozliczania grup z pobytem na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Wcześniej były

w tym względzie bardzo liczne ograniczenia i spływało do funduszu dużo skarg w tym zakresie. Jak państwo widziecie – to są akurat bardzo szczegółowe dane z województwa małopolskiego dotyczące wszystkich OIT – rozliczenia po zmianie tego systemu rozliczeń niewiele się zmieniły. Ale nastąpiła jedna istotna zmiana, mianowicie średnia wartość hospitalizacji dla pacjentów, którzy przebywali na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz mieli rozliczony zabieg, wyraźnie wzrosła. To jest efekt łączenia jednego z drugim. Bardzo często ten system rozliczeń jest oceniany od strony anestezjologów i oni się skarżą na to, że udział tej części niebieskiej spadał. Nasza odpowiedź w tej kwestii jest jasna. Dla nas partnerem jest dyrektor szpitala i jeśli dla niego efekt sumaryczny rozliczenia jest korzystny, to budżetowanie poszczególnych oddziałów i relacje łączące oddziały zabiegowe oraz oddziały anestezjologii i intensywnej terapii to wewnętrzna sprawa szpitala i my nie będziemy na to pole wkraczać i decydować, jaka część tej części czerwonej powinna być przypisana do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. W części zabiegowej rzeczywiście są dwa dni pobytu na oddziałach opieki pooperacyjnej. Niezależnie od tego, czy w szpitalu znajduje się oddział OIT, czy nie, po zabiegu musi być opieka pooperacyjna. W związku z tym w części zabiegowej zostały doliczone te wartości i stąd tak dobrze wychodzą rozliczenia zabiegowych dyscyplin, to jest pochodna tego efektu.

To wszystko, jeśli chodzi o wstępny okres rozliczeń. Wydaje nam się jednak, że te dane są na tyle reprezentatywne, że na ich podstawie możemy mówić o pewnym wyraźnym trendzie. Jedna rzecz jest dość oczywista. W wyniku wdrożenia JGP wzrosła cena, cena, która wynika z możliwości wyprodukowania większej liczby punktów przy tej samej lub mniejszej liczbie hospitalizowanych. Nie jest więc prawdą, że fundusz wymusił większą liczbę świadczeń, bo świadczenie jest związane z pacjentem, i jak widać, zapewniliśmy większą rentowność, większą cenę w taryfach JGP. Dziękuję bardzo. Jesteśmy gotowi odpowiadać na pytania.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy pan prezes chciałby coś uzupełnić?

(*Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:* Nie, dziękuję bardzo, Panie Senatorze.)

Czy pan minister chciałby zabrać głos w tej części?

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:* Nie, dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.)

Wobec powyższego przystępujemy do pytań.

Bardzo proszę, kto z państwa chciałby zadać pytanie?

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Bardzo proszę, pan senator Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Prezesie, na wiosennym czy letnim posiedzeniu naszej komisji ja też zwracałem uwagę, że jest to zły okres, i rzeczywiście tak było, ale jak nas rzucono na głęboką wodę, to musieliśmy pływać, i jakoś się to udało. Rzeczywiście nikt nie kwestionował, że jest to dobry system, i on się sprawdza. Na przykład oddziały chirurgicz-

ne – ja też pracuję na oddziale chirurgicznym – zdecydowanie lepiej się bilansują i po raz pierwszy mają dodatnie wyniki.

Panie Prezesie, mam dość szczegółowe pytanie związane z przejściem pacjenta bezpośrednio po operacji na oddział intensywnej terapii. Za pierwsze dwa dni nie jest płacone, bo są to zupełnie inne procedury... Inne procedury są na OIT niż na sali nadzoru po zabiegu operacyjnym. Czy nie można by tego zmienić? W tym okresie pacjent nie jest na sali pooperacyjnej, tylko przebywa na OIT, który ma inne procedury i inne koszty.

Drugie pytanie, też szczegółowe, dotyczy oddziałów ginekologiczno-położniczych. Pacjentka trafia na oddział patologii ciąży, tam przebywa dwa, trzy dni i rodzi, i wtedy jest rozliczana procedura albo czysto porodowa, albo tylko patologii ciąży. Czy nie można by połączyć tych dwóch różnych rodzajów hospitalizacji?

Trzecie pytanie. Podam taki przykład. Pacjent przebywa na oddziale wewnętrznym z powodu choroby internistycznej, w czasie tej hospitalizacji dostaje zapalenia pęcherzyka żółciowego i trafia na chirurgię. I nie ma możliwości rozliczenia tych dwóch hospitalizacji łącznie, wtedy są wybierane procedury... szpital wybiera te drogie, ale nie może wybrać wszystkich. Czy też nie można by tego zmienić?

I jeszcze jedno pytanie, może też bardzo szczegółowe. Są oddziały chirurgii ogólnej, które posiadają specjalistów urologów, ale nie mogą wykonywać prostych zabiegów, nie mówię o specjalistycznej urologii. Na przykład nie można wykonać stulejki na takim oddziale, bo to nie jest płacone. Czy nie można by dokonać też takiej drobnej kosmetyki? To na razie tyle, dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Panie Przewodniczący, Panie i Panowie Senatorowie, jeśli chodzi o OIT i te dwa dni, to dyskusja na ten temat zajęła nam półtora roku, zanim zdecydowaliśmy się na wprowadzenie tej zmiany i ona wynika z paru różnych obserwacji i przesłanek. Po pierwsze, istnieją nawet bardzo duże instytuty, które nie mają oddziałów intensywnej terapii, a mają bardzo rozwiniętą opiekę pooperacyjną; jest to kwestia rejestrowa, spełniania lub niespełniania wymagań dotyczących oddziałów intensywnej terapii. W związku z tym było dla nas oczywiste, że koszty opieki pooperacyjnej, przynajmniej tych dwóch dni, powinniśmy zawrzeć w procedurze zabiegowej. Bardzo trudno byłoby znaleźć rozwiązanie odwrotne. Musielibyśmy się zgodzić, że oddziały czy sale pooperacyjne, nieraz bardzo dobrze wyposażone, to są OIT, a na to nie możemy się zgodzić, bo to rozporządzenie ministra zdrowia decyduje o tym, co jest OIT, a co nie, jakie wymagania musi spełnić. To jest pierwsza przesłanka, która bardzo nas ogranicza, jeśli chodzi o wybór w tym zakresie.

Druga kwestia jest taka, że mieliśmy sporo różnych obserwacji pokontrolnych. Istniały OIT, które pełniły rolę czysto pooperacyjną. Bardzo nagłośniony jest wynik kontroli szpitala w Łodzi, sprawa toczy się w sądzie i oczywiście jeszcze długo będą trwały spory. Na OIT trafiało 90% pacjentów wypisywanych z oddziału chirurgicznego, natomiast nie trafiał nikt z zewnątrz, czyli OIT był zamknięty dla pacjentów przywożonych przez pogotowie albo z powodu zajętych łóżek, albo przez inne manewry. Takie są

fakty. Z naszego punktu widzenia jest to rozsądny kompromis, który przez pracowników oddziałów intensywnej terapii jest może źle postrzegany, ale chyba jest rozsądny.

Chcę też powiedzieć, że nastąpiły pewne zmiany przewidziane na kolejny rok. W roku 2009 wprowadzamy dwa zakresy, dwa poziomy referencyjne oddziałów intensywnej terapii. Stwierdziliśmy, że jeśli chodzi o te zarejestrowane, to one bardzo różnią się od siebie – od prostych trzyłóżkowych minioddziałów intensywnej terapii, które szczęśliwym trafem kiedyś zostały zarejestrowane, do bardzo dużych i istotnych, kluczowych dla zabezpieczenia pacjentów, oddziałów o znaczeniu regionalnym, a czasem nawet ponadregionalnym. W związku z tym bez wątpienia trzeba zróżnicować poziomy referencyjne i pierwsza taka próba jest podjęta. W przypadku oddziałów spełniających kryteria drugiego poziomu zastosowaliśmy przelicznik 1,12, czyli o 12% wyższe świadczenia. Jednak w wielu województwach ten drugi poziom niestety nie jest realizowany, takie są wyniki przeglądu w ramach postępowania konkursowego. Mam nadzieję, że szpitale, w których pozytywnie ocenia się OIT, ale które formalnie nie spełniają wymagań stawianych przez nadzór specjalistyczny, podkreślam – nie przez fundusz, doinwestują je albo organy założycielskie zadbają, żeby OIT spełniały wymagania drugiego poziomu. To jest odpowiedź na pierwsze pytanie.

Druga sprawa to tak zwane rozliczanie... ruch międzyoddziałowy, do tego rzecz się sprowadza. Szpital, zwłaszcza taki, który ma bardzo dużo oddziałów, ma bardzo duże możliwości leczenia poszczególnych aspektów tej samej choroby na różnych oddziałach. Można przygotować pacjenta do zabiegu na oddziale internistycznym, następnie przenieść go na oddział chirurgiczny, wykonać zabieg i jeszcze odesłać go na rehabilitację. Warunek jest tylko taki, że te trzy oddziały muszą istnieć w danym szpitalu. To zupełnie inne podejście do tematu niż filozofia typu DRG, bo rozliczamy pacjenta z jego problemem zdrowotnym, abstrahując od tego, czy był on leczony cały czas na oddziale chirurgicznym, a internista i rehabilitant do niego dochodzili, czy też przeszedł przez trzy oddziały. To jedna odpowiedź.

Druga jest nieco odwrotna. U pacjenta, który trafił z jednym problemem zdrowotnym, w trakcie hospitalizacji pojawia się inny, na przykład złamał sobie nogę, bo spadł z łóżka, albo wykryto chorobę, która w chwili przyjęcia nie była wykryta, i jest to zupełnie inny problem zdrowotny. W zmianie zarządzenia na kolejny rok próbujemy ten problem nieco otworzyć. Jest to niebezpieczne dla funduszu, dlatego że ruchu międzyoddziałowego finansować nie należy, ale należy dostrzegać ten problem, drugi problem zdrowotny, który się pojawia u tego samego pacjenta. I idziemy w kierunku rozliczenia za zgodą funduszu, to znaczy... Bardzo często ten drugi problem jest załatwiany w ten sposób, że pacjenta się wypisuje, ponownie przyjmuje i leczy z innym rozpoznaniem. Problem jest tylko z tymi pacjentami, których nie można wypisać, którzy z powodu pierwszego leżą w szpitalu i nie mogą być wypisani, bo ich stan na to nie pozwala, a należałoby zacząć leczyć drugą chorobę. W związku z tym zmierzamy do tego, żeby to było możliwe, ale co do zasady ruchu międzyoddziałowego finansować nie będziemy.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, wiem, Panie Senatorze.

(Senator Waldemar Kraska: ...w poszczególnych przypadkach. Fundusz broni się przed naciąganą hospitalizacją, kiedy pacjent trafia z oddziału na oddział. Ale są przypadki, o których pan prezes powiedział, kiedy niestety pacjenta nie można wypisać, a powinien on przejść na inny oddział.)

Trzecie pytanie, też bardzo kluczowe, dotyczące wymagań, dotyczące poszczególnych zakresów. Urolog wśród chirurgów mógłby wykonywać świadczenia urologiczne, ortopeda wśród chirurgów mógłby robić kawałek ortopedii w szpitalu. Tylko proszę pamiętać o jednym drobnym fakcie. Dla nas ortopedia, chirurgia, urologia to są tak zwane zakresy. Zakres oznacza porcję wymagań, jakie stawiamy oddziałowi. Jeśli je spełni, to może realizować ten zakres świadczeń; tych zakresów jest ponad czterdzieści. Już od dwóch lat jest tak, że jeśli kryteria są spełnione... W oddziale chirurgicznym możesz kontraktować urologię, ortopedię i tak dalej, o ile spełniłeś tę porcję wymagań. Zwykle oznacza to dwóch specjalistów z danej dziedziny. Są już mieszane kontrakty chirurgiczno-ortopedyczne i inne.

Ale musimy stawiać wymagania, bo inaczej nie mielibyśmy przekonania, planując na przykład kontraktowanie ortopedii, że pacjenci trafiają do ortopedów. Proszę też pamiętać, że za te wymagania odpowiedzialny jest nadzór specjalistyczny. Co roku są bardzo poważne dyskusje i co roku popełniane są błędy, bo te wymagania są stawiane nadmiarowo. Jesteśmy ostrożni, jeśli chodzi o podwyższanie wymagań, bo muszą być specjaliści, nie mówię o poszczególnych szpitalach, ale w ogóle o Polsce. Bardzo często jest tendencja do podkreśniania wymagań, aż w końcu nikt ich nie spełnia, oczywiście chcielibyśmy tego uniknąć.

Ale jest to możliwe, potrzebnych jest dwóch urologów...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tylko przypomnę, że już w 2000 r. postulowano odejście od modelu szpitala czterooddziałowego na rzecz szpitala dwuoddziałowego: zabiegowy i niezabiegowy, gdzie w gruncie rzeczy można byłoby wykonywać cały pakiet w ramach dwóch oddziałów; to tak na marginesie.

Bardzo proszę, pani senator Fetlińska.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Prezesie, chciałabym, żeby pan przybliżył nam problemy opieki neonatologicznej. Wspomniał pan o problemach, ale czy może pan to przybliżyć? Dziękuję.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale co fundusz zamierza zrobić w tym zakresie? Jest jeszcze problem z POZ i pediatrami w POZ. Wydaje mi się, że to zaczyna być problemem, który trzeba przewidzieć nawet na etapie omawiania DRG.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę, Panie Prezesie.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Panie Przewodniczący, Pani Senator, rozumiem, że w Senacie należy odpowiadać szczerze na zadane pytania, więc powiem szczerze, co wynika z moich szczerych rozmów z nadzorem specjalistycznym.

Dlaczego brakuje neonatologów? Dlatego że to jest bardzo trudna dziedzina medycyny, a nie można otworzyć prywatnego gabinetu, bo nie ma klientów dla neonatologa. Do neonatologa dziecko przywozi karetka pogotowia, a jak stan dziecka się poprawia, to rodzice zabierają je do domu, i nie ma żadnego powodu do dalszych kontaktów z lekarzem. W ramach dalszego ciągu terapii dziecko udaje się co najwyżej do pediatrii. W związku z tym to jest zawód dla amatorów gotowych poświęcić swoje życie prywatne dla sprawy publicznej. Jest wiele innych bardziej atrakcyjnych specjalności, a młodzi ludzie po zakończeniu studiów dokonują obecnie wyboru w sposób dość cyniczny.

W kolejnych latach bardzo wyraźnie poprawiamy rentowność neonatologii, ale to nie bardzo przekłada się na liczbę wykształconych i chętnych do specjalizowania się w neonatologii. Być może również dlatego, że do tej pory w dość liberalny sposób traktowaliśmy sztyld neonatologii jako coś, co dopuszczało kontrakty... Neonatolog nie był potrzebny, bo się zgadzano, że przy obniżonych wymaganiach będzie niższa cena, i tak naprawdę może być pediatra albo ktokolwiek. Jeśli w ten sposób będziemy dalej postępować, to nie będzie presji na dyrektorów szpitali i ordynatorów, żeby dbać o kadry w neonatologii. To jest trudna i bardzo skomplikowana dyscyplina. W dodatku jest oczekiwanie dotyczące położnictwa i neonatologii, żeby system działał trójstopniowo. Jeśli przypadek jest skomplikowany, to trzeba pacjenta odesłać na wyższy poziom tego trójstopniowego systemu, wyższy poziom referencyjny, bo tam jest sprzęt i kadra, która zaopiekuje się chorym lepiej, w sposób adekwatny. To dało taki efekt, że trzeci poziom jest obłożony pacjentami trudnymi, i skarżą się na to przedstawiciele tego trzeciego poziomu, ale my konsekwentnie będziemy się trzymali tych ustaleń, bo tego się oczekuje od funduszu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Zwłaszcza że ciągle mamy śmiertelność wyższą niż w Europie, i trzeba coś zrobić w tej kwestii.

Pan senator Pawłowicz, bardzo proszę.

Senator Zbigniew Pawłowicz:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panowie Prezesi, Szanowni Państwo, gdy patrzę na tę prezentację, szczególnie na efekty wdrożenia, nasuwa mi się jeden nieodparty wniosek, że w pierwszym półroczu 2008 r. oczywistą oczywistością było niedofinansowanie hospitalizacji, bo w większości tych słupków jesteśmy na minusie. Pierwsze trzy miesiące, czyli trzeci kwartał 2008 r., wykazują, że zmalała liczba hospitalizacji, w związku z tym są wzrosty, tak jak w neonatologii nawet do 60%. To jest tylko mój komentarz i nic więcej.

A teraz pytanie... Powracam do pytania pana senatora Kraski, Panie Prezesie, bo nie możemy przejść do porządku dziennego nad kwestią dotyczącą OIT. Klasyczna definicja intensywnej terapii mówi, że jest to sposób postępowania mający na celu podtrzymanie czynności ważnych dla życia narządów i układów, co istotne, bez względu na przyczynę ich niewydolności. Jeżeli państwo chcecie różnicować pacjentów na OIT w zależności od tego, czy pacjent trafia, mówiąc wprost, z ulicy, i wtedy płacie od pierwszej doby, czy trafia z oddziału chirurgicznego po przebytym zabiegu

operacyjnym, i wtedy za dwie doby państwo nie płaciecie, to ja pytam: jaka jest podstawa różnicowania tych pacjentów?

Jeśli chodzi o kardiologię, mam dokładne wyliczenia. Wzrost liczby pacjentów w oddziałach kardiologicznych jest przyczyną tego, że pacjent kardiologiczny z ostrą niewydolnością krążenia często trafia na OIT, ma wykonywaną procedurę i nadal jest na OIT, i szpital ma płacone za całość jego pobytu, również na OIT, a nie tylko na oddziale kardiologicznym.

Druga sprawa. Szanowni Państwo, proszę wziąć pod uwagę, że społeczeństwo się starzeje, żyjemy coraz dłużej, i do zabiegu operacyjnego kwalifikuje lekarz zabiegowiec. Oczywiście konsultuje anestezjolog i pisze ASA 4, ryzyko operacyjne bardzo duże, ale są wskazania życiowe i pacjent jest operowany. I z ASA 4 pacjent na 100% trafi na OIOM, bo chodzi o ostrą niewydolność narządową po zabiegu operacyjnym.

Patrząc od strony biznesowej... Jeżeli pan prezes przekonuje Wysoką Komisję, że państwo włożyliście to w procedurę zabiegową, to państwo popełniliście również pewien błąd biznesowy. Nie wszyscy pacjenci operowani na oddziale idą na OIT, dotyczy to tylko części pacjentów, nie będziemy się spierali, czy 5, czy 10%. A państwo mówicie, że do wszystkich procedur włączyliście pierwsze dwa dni pobytu na OIT. Panie Prezesie, z doświadczenia, bo mówię głosem zespołu anestezjologów, z doświadczenia ubiegłych lat... TISS-28 nie pokrywał pierwszych dwóch dni pobytu na OIT, a wtedy są największe koszty terapii. Dlatego szpitale, ma pan rację, przedłużały te pobyty, żeby wyrównać niedobory.

Ja bym prosił pana prezesa... Jeżeli nie, to będę prosił pana przewodniczącego i Wysoką Komisję, zgłoszę nawet oficjalnie wniosek, żebyśmy podjęli uchwałę mówiącą o tym, że prosiliśmy pana prezesa NFZ, żeby ten problem jeszcze raz przedyskutować. Nie można różnicować pacjentów w zależności od tego, czy trafiają na oddział, czy od razu, z ulicy, na OIT, a tak mniej więcej teraz to wygląda. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Kto z państwa...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Bardzo proszę, Panie Prezesie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Odniosę się do pierwszej części wypowiedzi pana senatora, zanim w sprawie OIT oddam głos panu prezesowi. Od strony formalnej wcale nie oznacza to, że hospitalizacje w pierwszej połowie roku 2008 były niedofinansowane. Wyłącznie dla celów prezentacyjnych jako punkt zero wybrano czerwiec. Moglibyśmy wybrać styczeń jako punkt startu, punkt zero, ale wówczas państwo zarzuciliby nam, że pokazujemy dwunastoprocentowy wzrost pod koniec września, przy czym nie wiadomo, która część tego wzrostu wynika ze wzrostów w pierwszej połowie roku, a która – w drugiej połowie roku. Stąd dla celów technicznych jako punkt zero, punkt startowy pokazujemy czerwiec, czyli moment wdrożenia systemu, co wcale nie znaczy, że były wzrosty czy spadki do poziomu ujemnego w pierwszej połowie roku.

Chcę powiedzieć wyraźnie, że finansowanie leczenia szpitalnego w roku 2008 zwiększyło się globalnie o prawie 30%, w sumie jest to kwota około 5 miliardów zł. Absolutnie nie można powiedzieć, że jakiś okres był związany ze spadkami finansowania czy jakimkolwiek zmniejszeniem finansowania w tej kwestii.

Proszę, Panie Prezesie.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Panie Senatorze, jeśli byśmy się porządnie nad tym problemem zastanowili i odzyskalibyście państwo te dwa dni w OIT, to musiałyby się to odbywać kosztem procedur zabiegowych, bo to są naczynia połączone.

Teraz przykład, akurat wyświetliła się urologia. Czy często pacjent po zabiegach urologicznych trafia na OIT? Odpowiedź brzmi: rzadko trafia na OIT, o czym świadczy duża liczba niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, które konsumują w znacznej części pieniądze przeznaczone na tę dziedzinę. Czy pacjent trafia często na OIT na przykład na neurochirurgii?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Często. Rozumiem, że dlatego tutaj jest duży wzrost, te dwa dni właśnie tutaj się znajdują. I to jest odpowiedź na jedno z pytań. Nie włączyliśmy tych dwóch dni do każdego zabiegu mechanicznie, tylko według naszej wiedzy o częstotliwości trafiać pacjentów w poszczególnych zakresach na oddziały intensywnej terapii. Jeśli mielibyśmy wrócić do finansowania tych pierwszych dwóch dni, to należałoby dużo zabrać zwłaszcza neurochirurgii, minimalnie urologii i odbudować tę pulę na finansowanie tych dwóch dni w OIT.

Myślę, że pan senator, podobnie jak my, też troszkę biznesowo podszedł do tej kwestii. Zakończyliśmy dyskusję o wycenie grup zabiegowych, więc z powrotem rozpoczynamy dyskusję o OIT i te dwa dni są niezłym powodem do dyskusji. Też bym tak postąpił w tej kwestii. Ale proszę pamiętać, że opieka pooperacyjna odbywa się w bardzo różnych miejscach, nie wszyscy mają OIT.

Jeśli chodzi o modyfikację skali TISS-28 i jej nieadekwatność w stosunku do kosztów, to zdawaliśmy sobie od początku sprawę z tego faktu i dlatego ta skala jest transformowana. Ta transformacja polega na tym, że jeśli jest więcej punktów w tej skali, to podbijamy wartość i transformujemy ją wyżej. Dlaczego to zrobiliśmy? Dlatego że najciężsi pacjenci, pomijamy już inne kwestie, mają na przykład wdrożoną kosztowną antybiotykoterapię, a skala TISS nie odzwierciedla w żaden sposób tej antybiotykoterapii. Zdając sobie z tego sprawę, wykonaliśmy tę transformację po to, żeby najcięższy pacjent był zdecydowanie lepiej finansowany. Efekt tego jest taki, że podnosząc rozliczenia o 12% na drugim poziomie referencyjnym, tak naprawdę podnosimy je o 20%, ponieważ te wartości dla cięższych pacjentów są wyższe, one szybciej rosną. Próbowujemy nieco zniwelować wady skali TISS-28, które oczywiście były szczegółowo omawiane z nadzorem specjalistycznym.

Innym rozwiązaniem, które się pojawiło, były grupy dla oddziałów intensywnej terapii, tylko że na świecie w tych systemach grup nie ma. To jest model zapożyczony z Austrii, oni podobnie to rozliczają. Doskonale wiadomo, że rozpoznanie jest mało charakterystyczne dla pacjenta leczonego na oddziale intensywnej terapii, liczy się stan kliniczny. Rozpoznanie może być banalne, a pacjent wymaga intensywnej terapii. Tworzenie tych grup nie może się odbyć na podstawie ICD-10, w związku z tym mnożą się kłopoty.

Oczywiście dalej dyskutujemy na temat tego modelu. Ten drugi poziom i to przeliczenie 1,12 to jest pewna prowizorka, pewien kompromis między nami a profesorem Kuszą, konsultantem krajowym. Zastanawiamy się nad uzależnieniem tego finansowania od wykonania niektórych, szczególnie intensywnych form terapii. W zależności od tego, czy i w jakim odsetku one są realizowane, możemy nieco inaczej, to znaczy lepiej, finansować te oddziały, które parają się leczeniem bardzo trudnych stanów.

Ale do tego potrzebna jest pełna sprawozdawczość TISS, no i żebyśmy mieli do niej dostęp, a już w tej chwili wszyscy się skarżą na nadmiar sprawozdawczości. Musimy stworzyć system informatyczny, który by umożliwiał zbieranie tej sprawozdawczości na bieżąco. To zadanie było omawiane w Ministerstwie Zdrowia na spotkaniu pana ministra Fronczaka, moim i konsultanta krajowego. Jeśli taka decyzja zapadnie, to możemy ten system zbudować, tylko że czasem ja mam takie wrażenie, że proste rozwiązania skończyły się, powiedzmy, w roku 1998. Od tej pory coraz bardziej ten system komplikujemy i propozycja nadzoru specjalistycznego idzie w kierunku jeszcze większego skomplikowania, ale być może będzie to nie do uniknięcia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Pawłowicz, bardzo proszę.

Senator Zbigniew Pawłowicz:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Prezesie, nie przekonał mnie pan do wszystkiego, chociaż w wielu sprawach zgadzam się z panem; nie będę ich teraz wymieniał, bo szkoda naszego wspólnego czasu.

Prosiłbym pana prezesa, żebyśmy w tej dyskusji nie mieszały OIT z leczeniem pooperacyjnym, bo to jest całkiem co innego.

Druga sprawa, państwo mówicie o referencyjności OIT i ja też jestem za tym, tylko – patrzę na prezesa stowarzyszenia...

(Głosy z sali: Powiatów.)

...powiatów – OIT w szpitalach powiatowych również nie będą oznaczały mleczanów i nie będą miały, jak proponuje pan profesor Kusza, dializoterapii. Jeżeli referencyjność ma polegać tylko na tym, że wprowadzimy oznaczanie mleczanów przy dializoterapii, tak jak się obecnie słyszy, to myślę, że to jest zły kierunek. Jak popatrzymy na OIT nawet w uniwersyteckich szpitalach klinicznych, to, mówię to z pełną odpowiedzialnością, 60% stanowią pacjenci pooperacyjni. Panie Prezesie, ten problem wymaga załatwienia na poziomie referencyjności, czyli podziału OIT, określenia, co jest w szpitalu niższego szczebla, co jest w szpitalu klinicznym. Zgadzam się z tym, tylko potrzeba racjonalnych kryteriów podziału OIT, a nie, tak jak powiedziałem, odniesienia do mleczanów czy dializoterapii, bo to nie jest wyznacznik tego typu.

Prosiłbym, żebyście państwo rozważyli jeszcze raz problem leczenia pooperacyjnego w OIT części pacjentów. Obecna sytuacja jest taka, że w procedurze powinno się znaleźć... Znieczulenie to jest anestezja i to jest całkiem co innego. Każdy pacjent operowany podlega anestezji, takiej czy innej, natomiast nie każdy pacjent operowany musi się znaleźć w OIT. A państwo zakładacie, że każdy pacjent ma prawo znaleźć się w OIT, ale będziecie płacić od trzeciego dnia. Myślę, że to wymaga rozważenia. Bardzo bym prosił

pana prezesa, żeby się nad tym pochylić, bo to jest duży problem, który wywołuje różnego rodzaju napięcia, całkiem niepotrzebnie, bo generalnie trzeba państwu pogratulować JGP, pogratulować, że w ciągu roku, że tak powiem, w biegu zostało to wprowadzone.

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, bo dotyczy to JGP, chociaż nie jest przedmiotem dzisiejszej dyskusji, to chciałbym prosić pana prezesa, żeby państwo się zastanowili, czy tym samym systemem, również w połowie roku, chcemy wprowadzać leczenie otwarte. Może z tych doświadczeń... Zrobmy to jednak po roku JGP w leczeniu zamkniętym. Jeżeli państwo się na to zdecydujecie, to od roku 2010. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jest to pewien postulat. Nie jestem pewny, czy akurat w tej chwili muszą państwo się do niego odnieść. Może sformułujemy ten dezyderat na piśmie.

Pan senator Gogacz, bardzo proszę.

Senator Stanisław Gogacz:

Panie Przewodniczący, Panie i Panowie, zanim przystąpię do pytań, chciałbym powiedzieć, że kierunek zmian, jeśli chodzi o świadczenia zdrowotne, powinien być czymś ponadpolitycznym, niezależnym od dyskusji nad reformą ubezpieczeń zdrowotnych. Zmiany powinny zmierzać do tego, ażeby tam, gdzie to możliwe, odejść od leczenia zamkniętego, od szpitali w kierunku leczenia ambulatoryjnego i oddziałów jednego dnia, jednodniowej hospitalizacji.

Pozostając w obszarze urologii, jako że o urologii dość dużo dzisiaj mówiono, chciałbym zapytać, czym było podyktowane to, że w opiece ambulatoryjnej, wprowadzając trzy rodzaje porad, oprócz kompleksowej i specjalistycznej, wprowadziliście również poradę recepturową. I ta recepturowa jest – z tego, co czytam – bardzo krytykowana. Recepturowa wymaga zdefiniowania, no, może w tym gronie nie jest to potrzebne, ale chcę powiedzieć, że za 7 zł 50 gr, czyli za jeden punkt, świadczeniodawca musi zebrać wywiad o reakcji na leki, dokonać analizy leczenia na podstawie własnej wiedzy, doświadczenia i umiejętności, zaproponować zmianę terapii i ją zaordynować. To jest pierwsze pytanie: dlaczego?

Drugie pytanie dotyczy jednodniowej hospitalizacji. Z katalogu procedur jednodniowych państwo usunęliście zabiegi, które do tej pory były traktowane jako zabiegi jednodniowe, mianowicie zabiegi endoskopii, wykonywane w pęcherzu moczowym, usunięcie kamienia, ciała obcego, resekcja guza i inne zabiegi diagnostyczne. Te świadczenia musi ktoś wykonywać. Jeżeli w katalogu JGP nie zawarliście państwo tych świadczeń, to znaczy, że państwo, krótko mówiąc, kierujecie tych pacjentów do szpitala. Czy jestem w błędzie?

Następne pytanie. Chciałbym, żebyście państwo skomentowali wypowiedzi dwóch autorytetów w dziedzinie świadczeń zdrowotnych. Chodzi mi o panią profesor Małgorzatę Pawłowską z Katedry Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, która podsumowując pierwsze trzy miesiące rozliczania JGP, stwierdziła, tu przytoczę, że ze wstępnych rozliczeń wynika, że na razie w systemie JGP tracimy w odniesieniu do leczenia WZW – wszyscy wiemy, co to jest WZW – około 15–20% w porównaniu z poprzednim systemem. Właśnie to powiedziała pani profesor. Przywołam jeszcze wypowiedź pana profesora Waldemara Placka z Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, który stwierdził, że wprowadzenie JGP spowodowało dalszy spadek wyceny procedur dermatologicznych, nie mówiąc

o tym, że niektórych schorzeń, na przykład kiły ciężarnych, w ogóle w tym systemie, czyli w katalogu JGP, nie ma. Mógłbym przywołać jeszcze wiele innych wypowiedzi, ale nie możemy pracować na ekspertyzach czy opiniach autorytetów, bo wtedy słuchamy oceny jednej strony. Dlatego tym bardziej byłbym zainteresowany odpowiedzią czy też ustosunkowaniem się do tego, co zacytowałem. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo o odpowiedź na te pytania.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Panie Przewodniczący, Panie Senatorze, najpierw kwestie dotyczące porady recepturowej. Jak pan świetnie wie, przez pół roku funkcjonowały trzy rodzaje porad. Porada recepturowa została dodana w połowie roku w wyniku dość dużych analiz, które były przeprowadzone w Narodowym Funduszu Zdrowia. Stwierdziliśmy ewidentne nadużywanie rozliczeń innych rodzajów porad tylko i wyłącznie dla celów przedłużenia preskrypcji leków. By wyeliminować to, że przedłużenie recepty stało się przyczyną rozliczenia porady, która tak naprawdę nie była ani poradą kompleksową, ani poradą innego typu, konieczne stało się wprowadzenie porady tego typu. Szczerze powiedziawszy, dziwię się temu stwierdzeniu, że jest powszechnie krytykowana. Pierwszy raz słyszę, że ktoś krytykuje poradę recepturową. Jeżeli można byłoby prosić o przekazanie informacji, skąd pochodzi ta dość powszechna krytyka, jak pan senator powiedział, to bylibyśmy bardzo wdzięczni.

Jeśli chodzi o kwestię hospitalizacji w trybie jednodniowym, to jak najbardziej jestem gorącym zwolennikiem tego, żeby jak najwięcej rzeczy mogło być robionych w trybie jednodniowym. Proszę pamiętać, że bardzo często ex post, czyli już po wprowadzeniu, system był konsultowany z konsultantami zwłaszcza takich dziedzin zabiegowych jak urologia czy okulistyka, ale też innych dziedzin zabiegowych. I konsultanci, muszę o tym powiedzieć, niekiedy mieli dość zróżnicowane i zmienne zdanie na temat tego, co należy pozwolić wykonywać w trybie jednodniowym, a czego nie.

O ile pamiętam, pan prezes Grabowski być może mnie poprawi, wszystko do poziomu średnich zabiegów urologicznych na pęcherzu i układzie moczowym jest możliwe do wykonania w trybie jednodniowym. Było to związane z kilkoma zmianami; zwiększała się lista grup JGP, które mogły być rozliczane w trybie jednodniowym. Z tego, co pamiętam – Panie Prezesie, proszę mnie poprawić, jeżeli nie mam racji – wszystko do poziomu średnich zabiegów pęcherza moczowego i dróg moczowych jest możliwe do rozliczania w trybie jednodniowym.

Logiczną konsekwencją rozwoju tego systemu i przesunięcia ciężkości wykonywania świadczeń na świadczenia w trybie jednodniowym – co, myślę, powinno być dobrym interesem dla nas wszystkich, to znaczy i płatnika, i pacjentów – jest rozwój systemu JGP w kierunku grup ambulatoryjnych, które z całą pewnością będą w stanie zatrzeć różnicę między tym, co dzisiaj się nazywa poradnictwem ambulatoryjnym, związanym z poradami zabiegowymi, a trybem jednodniowym. Myślę, że to jest obszar, który w ciągu najbliższego półrocza chcielibyśmy rozwinąć i dopracować.

Panie Senatorze, nie upieramy się przy terminie 1 lipca przyszłego roku jako terminie wprowadzenia JGP ambulatoryjnych. Będzie to w dużej mierze zależało od

dojrzałości systemu, od ilości danych, które oczywiście już są opracowywane w funduszu, i propozycji, które będziemy w stanie stworzyć tak, by nie zaburzyć finansowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

W odniesieniu do pozostałych spraw bardzo proszę o komentarz pana prezesa.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, jeśli chodzi o wypowiedzi autorytetów, to problem jest taki, że tych wypowiedzi było bardzo dużo i wszyscy wróżyli trzydziestoprocentowy, czterdziestoprocentowy spadek wyceny. I nawet jeśli prezentuję dane wynikające z autentycznych rozliczeń – państwo obserwujecie bardziej korzystne rozliczenia na poziomie oddziału albo szpitala – to te rozmowy mają taki charakter... Akurat pan profesor Placek konsultował dermatologię i dermatologia też wychodzi na plus, zresztą zakaźny również. Mówię: Panie Profesorze, nie minus 30%, tylko plus 10%. I wtedy pada odpowiedź: ale dlaczego nie 18%. Wiele osób przejawia, że tak powiem, lekkość bytu, niezwykłą swobodę w podejściu do procentów i pieniędzy. Przejście od minus 30% do plus 10% to jest po prostu chwila, argument w rozmowie zupełnie bez znaczenia. A z punktu widzenia funduszu to jest gigantyczna różnica, każdy procent jest ogromną różnicą. Wiele osób nie pojmuje tego znaczenia, znaczenia pieniądza, i tak to się wygłąda.

Ostatnio byłem na spotkaniu Towarzystwa Chirurgów Polskich i tam też przejawiano znaczne niezadowolenie z powodu wyceny chirurgii...

(Głos z sali: Na zasadzie: mogło być lepiej.)

Tak, na zasadzie: mogło być lepiej.

Nam się wydaje, że ten ruch był znaczący i odczuwalny. Nawet pan profesor Witkowski z Dolnego Śląska, dyrektor szpitala wojewódzkiego, w którym jest potężna chirurgia, powiedział tak: wszystkie moje chirurgie się bilansują.

(Głosy z sali: Witkiewicz.)

Witkiewicz, przepraszam.

...wszystkie moje chirurgie się bilansują, co nieco popsulo ogólny ton narzekania na temat chirurgii. I my wiemy, że one się bilansują i że chirurgia jest finansowana zdecydowanie lepiej. No trudno mi się ustosunkować do opinii tego typu. Staram się posługiwać metodą statystyczną, przedstawiać dane statystyczne. Wtedy często padają takie stwierdzenia, że statystyka służy zafałszowaniu rzeczywistości. Ale proszę pamiętać, że fundusz musi się posługiwać liczbami, bo za tym stoją miliardy, i tutaj nie ma wyboru. To musi być precyzja dotycząca pojedynczych procentów, a nie wahadła od minus 30% do plus 20%. Tak mogę skomentować te wypowiedzi.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo, pan senator Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Chciałbym zapytać panów prezesów o taką sprawę. Dwa miesiące, może miesiąc temu, i STOMOZ, i anesteziolodzy, i ordynatorzy OIOM zwrócili się do mnie

z prośbą, żeby interweniować w sprawie jednak niekorzystnych procedur na OIOM. Otrzymałem oczywiście odpowiedź od pana prezesa Grabowskiego, i z tabelk wynika, że nie jest najgorzej, tu jest więcej, tam mniej. Nie chciałbym kontynuować tego tematu, ale proszę mi powiedzieć... pytałem o pewne rzeczy i nawet konsultanci nie znają odpowiedzi. Państwo mi odpowiedzieliście, że jeżeli pacjent umiera na OIOM, to się go rozlicza tak, jak państwo napisaliście. Jeżeli jest pierwszy i ostatni dzień na OIOM, to ewentualnie rozlicza się jeden z tych dni. Ale proszę mi powiedzieć, dlaczego tego, co państwo napisaliście, i co może jest słuszne, nie widzi gruper. Dlaczego gruper tego nie rozlicza? Cóż z tego, że ja mam to na piśmie, jeżeli po wprowadzeniu państwa zasadnych sugestii, bo rozumiem, że tak powinno być, dalej nie mogę rozliczyć, bo gruper nie widzi możliwości rozliczenia pacjenta, który zmarł na OIOM?

Druga kwestia. Państwo mówiliście na tej sali w tym roku, że jednorodna grupa pacjentów wprowadza to, że ruch na oddziałach w szpitalach wielospecjalistycznych w jakiś sposób się unormuje. Ale mając siedemnaście oddziałów... Jeżeli mam pacjenta na chirurgii urazowej, gdzie trzeba było mu założyć endoprotezę, i ten pacjent miał jeszcze nieszczęście, a może szczęście, że był udar czy zawał, więc założono mu stent, to dalej rozliczam tylko najdroższą procedurę.

Jeszcze jedno. Niektórym kolegom opłaca się rozliczać pacjentów na intensywnej terapii, ale wówczas ten pacjent powinien w skali TISS osiągnąć pięćdziesiąt sześć punktów, a żeby tyle osiągnął, to musi być w agonii. Ponoć są takie oddziały, które tak to rozliczają. Prosiłbym o odpowiedź, czy tak powinno być, bo ponoć nie. Rzekomo wówczas opłaca się rozliczać pacjentów na OIOM według tej nowej skali. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Chcę tylko powiedzieć panu senatorowi, że część tych pytań już była zadana i była też odpowiedź, ale może będzie uzupełnienie.

Pan prezes, bardzo proszę.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Zacznę od ostatniego tematu. Skala jest od zera do pięćdziesięciu paru i należy zaznaczyć tyle, ile było w rzeczywistości. Tym, że ktoś wykorzystuje narzędzie w sposób niecnny, w celu oszustwa, zajmują się zupełnie inne instytucje. My zakładamy uczciwość drugiej strony i jej partnerskie podejście. Poprzednio stosowaliśmy skalę TISS i teraz też ją stosujemy, tylko nie ma tych schodów przy rozliczeniach. W związku z tym nie namawiamy do tego, żeby to było zawsze trzydzieści siedem, a nie trzydzieści sześć, bo wtedy można przeskoczyć na wyższy poziom rozliczeń. Jest to linia ciągła, transformowana w takim kierunku, żeby za pacjentów cięższych zapłacić nieco więcej. To jest pierwsza sprawa.

Jeśli chodzi o OIT i te dwa dni, to ta kwestia była szczegółowo omawiana. Gruper jako narzędzie informatyczne nie zajmuje się OIT. Gruper wyznacza grupę; wiem, bo sam – tutaj przesadziłem, nie sam, tylko w gronie trzech osób – go skonstruowałem. Proszę mi wierzyć, że wiem, do czego służy gruper. Z jakichś innych powodów w systemie informatycznym następuje odrzucenie tych rozliczeń. Musiałbym szczegółowo to sprawdzić, bo ostatnio nie miałem takich sygnałów; wydaje się, że ten temat powinien być załatwiony. To tyle na ten temat, nie jestem w stanie nic więcej powiedzieć.

Trzecie pytanie – ruch międzyoddziałowy. To też było szczegółowo omawiane. Rozróżniłem tutaj ruch międzyoddziałowy, który jest, no, niezgodny z filozofią systemu JGP, ale z drugiej strony jest drugi problem zdrowotny, niezależny od pierwszego. I robimy pewną zmianę w zarządzeniu na kolejny rok, żeby z tym problemem się uporać. Jak powiedzieliśmy, można się z tym uporać w dwojaki sposób. Na przyszły rok robimy ostrożny ruch polegający na tym, że za zgodą oddziału osobny problem zdrowotny u pacjenta leżącego będzie mógł być rozliczony jakby kolejną grupą, ale nie ma mowy o sumowaniu grup, to jest oczywiste. Za zgodą – wtedy, kiedy oddział potwierdzi, że to jest zupełnie inny problem zdrowotny. Gdyby można było tego pacjenta wypisać, to zostałby wypisany i przyjęty ponownie, i nastąpiłoby rozliczenie. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. System powinien być rozbudowywany o grupy z powikłaniami i chorobami współistniejącymi. Trzeba wiedzieć, że ludzie w podeszłym wieku są, z definicji niejako, chorzy na cukrzycę, nadciśnienie i inne dolegliwości przewlekłe i z definicji gorzej rokują, więcej kosztują. Wszystkich nas to czeka, w związku z tym dobrze by było, żeby system rozliczeniowy sprzyjał chęci zaopiekowania się pacjentem cięższym.

To są dwie metody rozwiązania tego problemu, ale problem nie jest banalny. Nie możemy się zgodzić na rozliczanie ruchu międzyoddziałowego, bo wtedy szpitale wielooddziałowe byłyby w znacznie lepszej sytuacji niż monoprofilowe...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To zależy od punktu widzenia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Była długa prezentacja wyników i myślę, że...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak. Komentarz dotyczy czegoś, o czym mówiliśmy.

Pan senator Muchacki się zgłaszał. Bardzo proszę.

Senator Rafał Muchacki:

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, Panie Prezesie, bardzo krótko. Była mowa o chirurgii, i krótko powiem, że akurat u mnie w szpitalu dzięki JGP uzyskaliśmy około 11%. Ale przychyliam się do tego, co powiedział pan senator Pawłowicz. I chciałbym zwrócić uwagę panu prezesowi na jedną rzecz, bo użył pan takiego sformułowania: takie małe trzy-, czterołożkowe oddziały. Bardzo bym pana prezesa prosił, żeby o wartości oddziału nie świadczyła liczba łóżek, chodzi o to, co tam jest leczone i kto tam jest leczony, jakie procedury są wykonywane. Tylko taka uwaga. Mój szpital jest monospecjalistyczny, ale nie wyobrażam sobie tego szpitala bez OIT, nie wyobrażam sobie, żeby pacjent po bardzo ciężkiej operacji z powikłaniami, takimi czy innymi, mógł być przewożony do innego szpitala. To jest tylko taka uwaga, żeby wielkość oddziału nie świadczyła o jego wartości. Dziękuję.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Tylko jedna uwaga: nie taka była myśl. Z naszych wyliczeń i analiz wynika, że OIT poniżej czterech łóżek nie może być rentowny, ponieważ nie jest w stanie spłacić personelu i wyposażenia.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Karczewski, proszę bardzo.

Senator Stanisław Karczewski:

Panie Przewodniczący, może nie powinienem, ale zacznę od elementu politycznego i zwrócę się do pana senatora Pawłowicza. Ten system był budowany nie od roku, tylko nieco dłużej, pracowała nad nim poprzednia ekipa, i dobrze, żebyśmy to wiedzieli. Jest to przykład tego, że jeśli jest dobre rozwiązanie, to powinno się je kontynuować, wprowadzać w życie, udoskonalać, bo na pewno na początku to nie był idealny system, on na naszych oczach ulega naprawie i usprawnia się. Jestem gorącym zwolennikiem tego systemu. Podobnie jak senator Kraska pracuję w szpitalu powiatowym i bardzo dobrze oceniam system. Muszę też powiedzieć, że uwagi, które zgłaszaliśmy, są wprowadzane, jest to na bieżąco wykonywane, i dobrze. Jest to przykład rozwiązania, nad którym pochyła się ekipa przejmująca władzę, które wprowadza w życie i robi to dobrze. Szkoda że nad niewieloma naszymi pomysłami tak kontynuowano pracę.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Szczerze żałuję, bo na pewno wszyscy bylibyśmy w innym miejscu.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Na pewno bylibyśmy w zupełnie innym miejscu.

Panie Prezesie, chciałbym się odnieść do tych dwóch elementów, o których tutaj najczęściej mówimy w różnych kontekstach, ale sprowadza się to do ruchu międzyoddziałowego. To jest poważny problem. Moglibyśmy przytaczać dziesiątki przykładów: OIT, oddział chirurgiczny, oddział wewnętrzny. Jest to bardzo dobra informacja, że będziecie państwo za swoją zgodą, za swoim przyzwoleniem uwzględniać przeniesienia pacjentów. To, o czym mówił pan senator Pawłowicz, wiąże się przede wszystkim z tym, że do szpitali trafiają ludzie schorowani. Panie Prezesie, ten ruch nie jest wywołany biznesowym podejściem, tylko na pewno częściej – potrzebami. Tych ludzi trzeba przenieść, ja co dzień przenoszę ludzi z oddziału chirurgicznego na wewnętrzny i odwrotnie. I nie robi się tego z pobudek finansowych, ale tylko i wyłącznie z pobudek medycznych. Musicie państwo wziąć pod uwagę, że...

Czy czas nam się kończy? *(Wesołość na sali)*

...że ten ruch jest i on jest w większości uczciwy, solidny i odbywa się z przyczyn medycznych.

Chciałbym jeszcze gorąco zaapelować do panów prezesów o zastanowienie się, o przeanalizowanie kryteriów – nawiązuję do wypowiedzi pana senatora Kraski. Na oddziale chirurgicznym nie możemy wykonać prostych operacji, które naprawdę potrafimy robić. Nie można wykonać prostych zabiegów ortopedycznych, nastawień zwichnięć i tak dalej. No, wymaga to hospitalizacji, bardzo krótkiej, ale jednak. Nie wyśle chorego po znieczuleniu ogólnym do domu, bo wydaje mi się, że taki chory powinien być na krótkiej obserwacji z monitorowaniem podstawowych funkcji życiowych. Takiego pacjenta należy właściwie odesłać, bo nie mamy takiej czystej procedury. My przyjmujemy, wpisując inną procedurę, ale to jest...

(Rozmowy na sali) (Wypowiedzi w tle nagrania)

Wpisuję oczywiście również zwichnięcie, jako pierwsze rozpoznanie wpisuję uraz uogólniony. Tracę na tym, bo to jest wpisanie procedury, która jest niżej oceniana.

(Rozmowy na sali)

Część wy tłumaczenia również. Wszystko jest w porządku i wszystko jest nagrane.

Jeszcze jedna kwestia. Mówiliśmy o tym i przychyliam się do sugestii pana senatora Pawłowicza dotyczącej włączenia w jednorodne grupy pacjentów i rozliczenia znieczuleń, czyli anestezji, łącznie ze znieczuleniem porodów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan prezes chce się do tego odnieść?

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Panie Przewodniczący, Panie Senatorze, jeśli chodzi o włączanie kolejnych elementów, to, jak powiedział pan prezes, od końca 2007 r. do tego momentu zwiększyliśmy rentowność o 30%. Każdy nowy tytuł mogący poprawić rentowność jest pewnie dobry, ale myślę, że przy takim wzroście znieczulenie zmieści się w tej wyce nie, ono jest oczywistym elementem chirurgii. To, co zmieniliśmy, to dodaliśmy znieczulenie do diagnostycznych procedur w przypadku dzieci. Pediatrzy słusznie zauważyli, że dziecko musi być znieczulone, podczas gdy dorosły przejdzie przez tę samą procedurę bez problemu. I to dodaliśmy. Tak że nie jesteśmy ślepi na różnego rodzaju postulaty, ale mimo wszystko musimy zawsze przykładąć wagę do tych problemów.

Proszę mi wierzyć, że ruch międzyoddziałowy we wszystkich systemach DRG jest traktowany jako wewnętrzny sposób szpitala na załatwienie pewnego problemu. Tak jak pan przewodniczący powiedział, oddział A i B... gdyby nie było oddziału internistycznego, nefrologicznego i tak dalej, gdyby były tylko oddział zachowawczy i oddział zabiegowy, to nie byłoby ruchu międzyoddziałowego. Trzeba na to spojrzeć z wielu punktów widzenia.

Osobnym problemem jest kwestia innego zagadnienia zdrowotnego. Ono powinno być rozliczone osobno, bo to jest zupełnie inne podejście, inny problem, inne koszty, chociaż koszty pobytu powinny być wzięte pod uwagę z pierwszego rozliczenia. Będziemy ten temat drążyli i rozwijali, ale on jest o wiele bardziej skomplikowany, niż to wygląda na pierwszy rzut oka. Nie chcę wchodzić w szczegóły, ale jest parę pomysłów na to, jak to rozwiązać. Zmieniając zarządzenie na kolejny rok i mówiąc o drugim problemie zdrowotnym z wszystkimi ograniczeniami, łącznie ze zgodą, chcemy temat wywołać, żeby się do niego przybliżyć; to jest rozwiązanie prowizoryczne. Jest to jeden z ważniejszych problemów, zgadzam się w tej kwestii z wszystkimi wypowiadającymi się osobami, tym bardziej że w przyszłości chcemy doliczać koszty. Jeśli nie będziemy rejestrować w systemie tych drugich, trzecich, kolejnych problemów i próbować powiązać koszty leczenia tych pacjentów z ich kompletną, a nie uproszczoną pod rozliczenie, charakterystyką kliniczną, to nigdy nie doprowadzimy do tego, że taryfy będą w relacjach do ponoszonych kosztów.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan prezes Kotowski, bardzo proszę.

Prezes Zarządu Związku Powiatów Polskich Kazimierz Kotowski:

Szanowni Państwo, serdecznie dziękujemy za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie. Dziękuję panu senatorowi Okle za podjęcie tego tematu, który dla naszych szpitali powiato-

wych, dla samorządów powiatowych jest bardzo ważny. Pozwólcie państwo, że zwrócę uwagę na problem natury ogólnej, który w tym okresie w kraju istnieje. Przekonujemy się o tym, gdy związek powiatów otrzymuje informacje z posiedzeń konwentów starostów z poszczególnych województw. Temat jest trudny i ważny, i prosiłbym, abyśmy poświęcili mu nieco czasu. W poszczególnych województwach zakończył się, a przynajmniej powinien się zakończyć proces negocjacji między poszczególnymi szpitalami a oddziałami funduszu mający na celu podpisanie umów na przyszły rok. Ten proces się nie zakończył i my o tym wiemy, pan prezes również o tym wie. Starostowie sygnalizują w sposób zdecydowany i jednoznaczny kwestię proponowanej wysokości kontraktów dla szpitali na przyszły rok, te kwoty są niższe od wykonania tego roku i różnią się o 10–20%, nawet o dwudzieścia kilka procent.

Jako związek powiatów i starostowie nie negujemy sposobu rozliczania w drugim półroczu. Uważamy, że należy zmieniać, poprawiać system, poprawiać rozliczenia, określać pewne procedury i kwoty, które szpitale otrzymują. Niemniej jednak jest dla nas niezrozumiałe, że suma sumaryczna kwoty proponowane na przyszły rok są niższe od budżetów tegorocznych. Dolano oliwy do ognia, że tak powiem, bo nie mówi się o niewypłacie za nadwykonanie dla szpitali w przyszłym roku z różnych względów.

Stąd pytanie. W jaki sposób dyrektor szpitala, założmy, przekształconego, bowiem siedemdziesiąt szpitali powiatowych przekształciło się i nie są już publicznymi ZOZ, ma podpisać umowę, która jest niekorzystna dla jego podmiotu, lub jak dyrektor szpitala powiatowego, którego organem prowadzącym jest samorząd powiatowy, ma przyjąć kontrakt, który sprowadzi się do tego, że powiat będzie musiał poręczyć pewne kwoty pod koniec roku bądź wydatkować je ze swojego budżetu, zabierając z innych zadań?

Cieszę się, że z tej prezentacji się dowiadujemy, że są efekty. Cieszę się, że mówimy o przyroście finansowym. Niemniej jednak zwiększenie budżetu szpitala wcale nie musi oznaczać zwiększenia efektu finansowego. Jeśli mówimy, że wzrosła opłata za jedną procedurę czy jeden punkt... No, poprawa w jednym aspekcie, na przykład budżetu szpitala, przez zwiększenie liczby procedur ciągnie za sobą konieczność zwiększenia czynników kosztotwórczych i kosztów.

Dochodzimy do kwestii wartości punktu, co jest istotną sprawą. 48 zł w ubiegłym roku, a w tym roku proponuje się 51 zł, co nie pokrywa według wyliczeń naszych dyrektorów i naszych szpitali wynagrodzeń... No, my jako związek nie mamy grupy ekspertów, szpitale też nie mają, więc naszymi źródłami informacji są dyrektorzy szpitali i służby finansowe. Wzrost o 3 zł nie pokrywa w żaden sposób wzrostu wynagrodzeń, bowiem takiego źródła i strumienia pieniędzy od 1 stycznia już nie będzie; nie pokrywa wzrostu wynagrodzeń, który nastąpił w styczniu, lutym, bo to te miesiące powodowały wzrost. Ta kwota według szacunkowych wyliczeń powinna wynosić około 6, 7 zł, czyli 48 zł i 7 zł daje 55 zł; takie kwoty pokrywają się z wnioskami, które płyną z innych województw. Bardzo proszę o informację czy o odniesienie się do tej kwestii, bo sytuacja jest bardzo poważna. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Rzeczywiście odejście od tak zwanej ustawy wedlowskiej, która znaczyła pieniądze, to trudna operacja, no jest to pewien problem.

Pan senator Okła chce zadać pytanie uzupełniające do tego, co powiedział pan starosta. Bardzo proszę.

Senator Michał Okła:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Jak państwo wiecie, jest duże niezadowolenie z powodu propozycji kontraktowych na przyszły rok. W zasadzie w tej chwili znamy tylko jedną stronę, czyli stronę szpitali i Związku Powiatów Polskich. Dlatego chciałbym zapytać pana prezesa, na podstawie jakiego okresu rozliczeniowego są proponowane świadczenia i kontrakty na przyszły rok, z czego wynika cena punktu, czyli kwota 51 zł, czy to faktycznie pokrywa włączane w to podwyżki, czy ich nie pokrywa, jaka jest szansa na to, żeby ewentualnie zwiększyć cenę punktu na rok 2009.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Prezesie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Proszę państwa, w tej kwestii niestety, zresztą jak tutaj słyszeliśmy, są pewne roszczenia dotyczące zmiany ceny za punkt. One się wiążą z pewnymi, muszę powiedzieć, licznymi, dość demagogicznymi wypowiedziami, dotyczącymi finansowania leczenia szpitalnego.

Proszę państwa, w roku 2008 wzrost kosztów leczenia szpitalnego wyniósł około 30%. Jak państwo wiecie, wartość tak zwanego produktu podwyżkowego już od dwóch lat była stała, jej udział w kosztach, czyli w umowie leczenia szpitalnego, malał. Kilkukrotnie spotkałem się z takim roszczeniem, że mamy coś zwiększyć o 18%, podczas gdy nigdzie w kraju żaden szpital nie ma już osiemnastoprocentowego udziału produktu podwyżkowego w umowie. Średnio w Polsce ten udział wynosi 9%, a są takie szpitale, w których on wynosi 3%, 4% albo jeszcze mniej. Ten udział jest na tyle niewielki, że nie powinien w żaden sposób wpływać na wartość kontraktu.

Dyrektorzy oddziałów muszą zachować wymóg ustawowy, czyli taki, że wartość umowy na przyszły rok musi być nie mniejsza niż wartość umowy z 1 stycznia 2008 r. na świadczenia opieki zdrowotnej, powiększona o wartość produktu podwyżkowego. Panie Starosto, nie ma więc takiej możliwości, że ktoś dostaje wartość umowy niższą niż wartość, która była w roku 2008; chociażby z powodów ustawowych coś takiego nie ma prawa się zdarzyć.

Również nieprawdą jest, że chcemy, by szpitale wykonywały większą ilość hospitalizacji; to też nieprawda. Jak państwo wiecie, zresztą pan prezes Grabowski to pokazał, ilość hospitalizacji w tym roku malała, natomiast rosły taryfy, czyli rosła wycena punktowa określonych hospitalizacji. Podobnie w przyszłym roku wzrośnie wycena punktu. Wartość, którą będziemy płacić w przyszłym roku, produkt podwyżkowy został zamieniony na świadczenia, na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, ale w części został zamieniony w cenie punktów, a w części w ilości punktów, co jednak, jeszcze raz podkreślam, nie oznacza wzrostu ilości hospitalizacji, bo oczywiście tego nie oczekujemy, nie ma takiej koncepcji.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Panie Prezesie, po pierwsze podwyżka ceny punktu, a po drugie ilość punktów. To są dwa elementy, które mają buforować tak zwaną ustawę wedlowską.)

Tak. Ilość punktów, a nie ilość hospitalizacji.

Panie Starosto, w żaden sposób nie możemy się odnieść do perspektyw wypłaty za nadwykonania za 2009 r., bo nadwykonań za 2009 r. nie ma, nie ma żadnych wykonań za 2009 r., i trudno, żebyśmy państwu obiecywali, jak te nadwykonania będą wyglądały.

I teraz najważniejsza sprawa, z czego wzięła się ta metodologia i dlaczego jest takie, a nie inne ograniczenie. Proszę państwa, budżet Narodowego Funduszu Zdrowia na przyszły rok jest budżetem, w którym nie dochodzi do wzrostu składki zdrowotnej. Cała wartość wzrostu finansowania między rokiem 2008 a 2009 jest związana z przewidywanym wzrostem produktu krajowego brutto. Jak państwo świetnie wiecie, minister finansów uznał za stosowne obniżenie założeń do budżetu, a te założenia, które były przekazywane do budżetu państwa, służyły do utworzenia planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia. W obliczu sytuacji na rynkach światowych i tego, co dzieje się już w tej chwili również w naszej gospodarce, minister finansów uznał za stosowne obniżenie prognozy produktu krajowego brutto na przyszły rok.

Będzie to skutkowało tym, że Narodowy Fundusz Zdrowia będzie musiał zwerifikować swoją prognozę finansową i stanie się to w pierwszych miesiącach przyszłego roku. Oczywiście weryfikacja tej prognozy nastąpi w dół, czyli dojdzie do zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia przez jego obniżenie. A jak duże będzie to obniżenie? No ono oczywiście będzie związane ze szczegółowymi współczynnikami makroekonomicznymi, które, mam nadzieję, dostaniemy od ministra finansów. Tak czy inaczej, przyszły rok jest raczej rokiem stabilizacji, a nie tak dynamicznego wzrostu, jaki miał miejsce w 2008 r. Jestem oczywiście świadom tego, że dyrektorzy szpitali, którzy odczuli skutki tak dynamicznego wzrostu finansowania w tym roku, oczekują takiego wzrostu również na przyszły rok. Tylko że taki wzrost jest po prostu niemożliwy ze względów finansowych.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Takie obawy są dosyć powszechne. Biorąc pod uwagę wysokość kontraktu, szpitale szacują, że będą jednak miały mniejsze przychody. Czy państwo potwierdzają te obawy, czy państwo zaprzeczają tym obawom?

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Paszkiewicz:

Wykonywaliśmy dość szczegółowe analizy, manewrując zarówno jeśli chodzi o cenę punktu, jak i ilość świadczeń. I istnieje jeszcze jedno ograniczenie, o którym nie powiedziałem. Mianowicie cena 51 zł jest jedyną ceną umożliwiającą utrzymanie strumienia finansowego, który trafia do placówek, a jednocześnie daje wszystkim oddziałom wojewódzkim możliwość zakupienia nie mniejszej liczby świadczeń niż ta, która jest w tym roku. Przy cenie wyższej niż 51 zł pojawiają się takie oddziały, czyli takie województwa, w których doszłoby do ograniczania ilości świadczeń. Powiem przykładowo, że przy cenie 52 zł tylko dziewięć oddziałów jest w stanie utrzymać taką samą ilość świadczeń jak w tym roku, biorąc pod uwagę spodziewane przez dyrektorów zwiększenie kontraktu z racji nadwykonań. Przy cenie 53 zł – zaledwie trzy oddziały wojewódzkie, przy cenie 54 zł – żaden. My jako Narodowy Fundusz Zdrowia absolutnie nie możemy się pogodzić z taką sytuacją, że dojdzie do ograniczenia ilości świadczeń; to jest taka sytuacja, która nie może mieć miejsca w prognozie planu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
Pan senator Pawłowicz.

Senator Zbigniew Pawłowicz:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Prezesie, Szanowni Państwo, trudno się nie zgodzić z tym, co mówi pan prezes na temat uwarunkowań rzeczywistości, która może nas czekać w 2009 r., i planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, który może ulec zmianie w połowie roku, i to niestety zmianie w dół.

Chciałbym uprzejmie prosić pana prezesa i pański zespół, żebyście państwo, mówiąc o tak zwanej ustawie wedłowskiej, wzięli pod uwagę również ustawę z 5 września 2007 r. i jej art. 59a, który mówi, że w przypadku wzrostu kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia pracodawca jest zobowiązany 40% tego kontraktu przeznaczyć na wzrost wynagrodzeń. W wielu zakładach opieki zdrowotnej związki zawodowe podpisały porozumienia z dyrektorami i wyegzekwowały te pieniądze. Panie Prezesie, nie bardzo mogę się zgodzić z tym – może nie mam takiej wiedzy, jeśli tak, to chylę czoła – że są szpitale, ZOZ, które ustawę wedłowską zrealizowały na poziomie 3% wzrostu wynagrodzenia, bo ta ustawa jasno mówiła, że najniższy pułap wzrostu wynagrodzenia wynosi 30%. Nie bardzo mogę się z tym zgodzić, że w kosztach całości ten wzrost był średnio osiemnastoprocentowy, bo był większy, tak mi się przynajmniej wydaje.

Druga sprawa dotyczy tego, co pan prezes mówił w odniesieniu do pewnych oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, które nie są w stanie zakontraktować punktu za większą cenę niż 51 zł. Chciałbym zwrócić uwagę i zapytać, jednocześnie zapytać pana ministra, czy są podejmowane prace w kierunku zmiany algorytmu naliczania strumienia pieniędzy dla oddziałów. Zapisy ustawowe, pozwoliłem sobie wyciągnąć pewne dane, w 2007 r. różnicowały oddziały na jednego ubezpieczonego w kwocie ponad 163 zł na plus lub na minus, w 2008 r. ta kwota wynosiła już 353 zł. Jeżeli ten algorytm utrzymamy na 2009 r., to sądzę, że znajdą się oddziały, które być może nie zakontraktują za 51 zł, bo nie będzie ich na to stać.

Z pierwszych negocjacji, które robiliśmy w lecznictwie otwartym, widać, że oddziały proponują większą ilość świadczeń, żeby je zabezpieczyć dla ubezpieczonych. Chcą zagwarantować SPZOZ przychód na poziomie 2008 r. przez zwiększenie ilości świadczeń. Efektywność funkcjonowania takiej jednostki oczywiście spada. Trudno się nie zgodzić z panem przewodniczącym; w tym wypadku właściciel po roku będzie musiał dopłacić, a u nas, w publicznych zakładach będzie musiał dopłacić budżet, bo te szpitale będą się zadłużały.

I tu kieruję prośbę do pana ministra. Prosiłbym pana prezesa, żebyście państwo, oczywiście we współpracy, rozważyli zmianę algorytmu naliczania pieniędzy dla poszczególnych oddziałów na przyszły rok. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan minister, bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący, Wysoka Komisjo, najpierw odniosę się do pytania skierowanego do mnie przez pana senatora Pawłowicza. W Ministerstwie Zdrowia pracuje zespół, który zajmuje się tylko i wyłącznie sprawami algorytmu przekazywania środków do poszczególnych oddziałów regionalnych, wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Mamy pełną świadomość, że algorytm w tej formie, w której jest, siłą rzeczy stanowi pewne uproszczenie rzeczywistości i nie może odzwierciedlać w stu procentach wszystkich potrzeb, ruchów, migracji, rozkładu demograficznego, zachorowalności i innych czynników, które mają wpływ na to, jakie jest zapotrzebowanie na środki w poszczególnych oddziałach. Staramy się go w miarę możliwości poprawiać i cały czas to czynimy.

Trudno powiedzieć, czy na pewno będziemy zmieniać rozdział środków na 2009 r., ponieważ jesteśmy w o tyle trudnej sytuacji, że proces kontraktowania już trwa. W związku z tym oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia muszą wiedzieć, mówiąc kolokwialnie, na czym stoją, jakimi środkami na 2009 r. będą dysponować. Zdanie resortu i zdanie ministra zdrowia jest takie, że algorytm jest tylko i wyłącznie środkiem zastępczym, który w tym momencie reguluje pewne niedoskonałości systemu, natomiast docelowo z algorytmu podziału środków Narodowego Funduszu Zdrowia na oddziały regionalne należy zrezygnować. To tyle odnośnie do tego pytania, które pan senator skierował bezpośrednio do mnie.

Odnosnie do dyskusji, która się tu rozpoczęła na temat kontraktowania i wartości punktu, zaproponowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na 2009 r., chcę powiedzieć, że jest to na pewno zagadnienie na długą i dogłębną dyskusję. Z prezesem Paszkiewiczem i prezesem Grabowskim nie raz i nie dwa siadaliśmy i rozmawialiśmy na temat tego, jak powinno wyglądać kontraktowanie na przyszły rok.

Odnosnie do tego, co powiedział pan starosta, mogę powiedzieć tak. Panie Starosto, pan mówi, że skończył się listopad, w związku z czym wszystko powinno być już zakontraktowane i zamknięte. Wszyscy wiemy, że nigdy tak nie było, i wszyscy wiemy, że tak na pewno nie będzie; to jest stan idealny, do którego chcielibyśmy zmierzać. Ale mamy też świadomość tego, w jakich warunkach przychodzi nam funkcjonować.

Jeżeli będziemy rozpatrywali kwestię wartości punktu zaproponowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na 2009 r. tylko i wyłącznie w kontekście konsumpcji produktu podwyżkowego, który w tym roku, tak jak powiedział pan prezes Paszkiewicz, wyniósł około 18%, to jasne jest, że ta wartość punktu jest niewystarczająca i nie odzwierciedla całej wartości produktu podwyżkowego. Szanowni Państwo, Wysoka Komisjo, mamy także świadomość, że w ciągu roku, było to widać doskonale w prezentacji, którą pan prezes Grabowski przedstawił w odniesieniu do poszczególnych jednorodnych grup, przyrost środków i przyrost wartości hospitalizacji na jednego pacjenta był zdecydowanie wyższy niż kwota tego produktu podwyżkowego, która powinna być odzwierciedlona, jak i... W tym momencie trudno zakładać, że w przyszłym roku będziemy mieli jakiegokolwiek dodatkowe pieniądze, które w tej chwili można było wyasygnować ze względu na korzystną sytuację makroekonomiczną. Przypuszczalnie w przyszłym roku będziemy się borykać z dalece trudniejszą sytuacją makroekonomiczną i trzeba się liczyć raczej z ubytkami w dochodach Narodowego Funduszu Zdrowia niż z przyrostem składki brutto.

Niemniej jedna kwestia jest zasadnicza i istotna. Jeżeli przyjmiemy, że nie wszystkie zwiększone środki, które trafiły w tym roku do lecznictwa zamkniętego, zostały skonsumowane przez podwyżki personelu, to należy uznać, że wzrost wartości punktu z 48 zł na 51 zł nie w pełni odzwierciedli 18% podwyżek, 18% produktu podwyżkowego, ale tak czy inaczej, szpitale będą w dalece lepszej sytuacji, niż były na początku roku 2008; o tym nie należy zapominać. To tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę, pan przewodniczący.

Prezes Zarządu Związku Powiatów Polskich Kazimierz Kotowski:

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, dziękuję bardzo panu senatorowi za podjęcie tych zagadnień i wsparcie mnie. Uważam, że szpitale wyliczają to tak, jak umieją. Miałbym więc taką prośbę do pana prezesa funduszu. Skoro ci lekarze, dyrektorzy służby zdrowia nie umieją liczyć, to może zrobimy z nimi spotkanie w oddziałach, pokażmy im, co źle liczą, czego nie wzięli pod uwagę, co zmniejszyć, co wykreślić tak, żeby te kwoty się zgadzały.

Szanowny Panie Ministrze, pozwolę sobie zwrócić uwagę, że ja nie wyraziłem nadziei, że jest idealny świat, idealny kraj. Użyłem sformułowania, że negocjacje trwają, sytuacja jest trudna i negocjacje nie są jeszcze zakończone, powiedziałem również, że chciałbym, żeby były.

Chciałbym jeszcze odnieść się do wypowiedzi pana prezesa, dotyczącej nadwykonań w 2009 r., tego, że ich nie ma. Szanujmy się i traktujmy się poważnie. No nie ma. Pracujemy jako samorządowcy w powiatach po dziesięć lat i wiemy, jak z roku na rok to się przekładało. Teraz tych nadwykonań nie ma, ale jeśli mówimy, że nie będziemy za nie płacić, bo grożą nam ograniczenia, plan pójdzie w dół, to czego możemy chcieć od dyrektorów, że stawiają sprawę jasno, grożąc czy informując o tym, co może się stać? Te nadwykonania co roku wchodziły w budżet i pozwalały regulować czy zachować płynność. Uwarunkowania dotyczące płac są takie, że nie uda się uciec od tych czynników w znacznym stopniu. Stąd jeszcze raz prośba: jeśli nie ma pieniędzy i jest 51 zł, to bardzo prosimy o uczciwe postawienie sprawy. Nie ma więcej, nie będzie nadwykonań, więc za wszelką cenę starajcie się nie świadczyć i nie wykonywać procedur, które stwarzają nadwykonania, idzie ciężki okres. Jeśli tak jest, to też potrafimy rozmawiać i rozumieć, ale nie trzeba tłumaczyć tego tak: wszystko macie, tylko wy na dole nie umiecie tego przeliczyć, nie umiecie się rządzić i nie rozumiecie tego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Kto jeszcze...

Sekretarz Generalny Związku Powiatów Polskich Rudolf Borusiewicz:

Jeśli można...

Rudolf Borusiewicz, sekretarz Związku Powiatów Polskich.

Chcę powiedzieć wyraźnie, że zawsze chcieliśmy i chcemy być partnerami realizującymi zadania publiczne. Nasze podejście nie jest takie, żeby jak najwięcej

wziąć, mamy wyznaczone realne ramy... Ale te ramy zostały zdeformowane. Sami wiemy, że to nie jest dobre, ale tak się stało, że Narodowy Fundusz Zdrowia, z którym współpracuję z ramienia samorządów, nie kontraktował usług, tylko przysyłał pieniądze na płace. Wiemy, o co chodzi. Powoduje to usztywnienia w każdym miejscu, również u dyrektora.

Chcemy o jednym tylko powiedzieć. Do nas przychodzą dyrektorzy i oni są dla nas podstawowym źródłem informacji. Oczywiście jeżeli dyrektor nas nie przekona, to nie dostaje łatwego zaufania. Dyrektor też może nam nie dać całego obrazu, potrzebna jest konfrontacja z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgoda, chcemy tych spotkań, chcemy wymiany, ale jest jedna refleksja. Proszę państwa, jeżeli zauważamy, że u nas w ogóle nie ma szans na to, żeby budżet błyskawicznie rósł, i że presja dotycząca płac i innych wydatków jest większa, to zaczyna się to nam bilansować nie tak dobrze jak wczoraj, czyli w czerwcu, bierzemy trzeci, czwarty kwartał. Zaczyna się tak dziać. I teraz powstaje pytanie, jak kto ma się zreflektować. Jeżeli jestem dyrektorem szpitala, to co do której pozycji kosztowej mam przyjąć, że da się ścisnąć? Nie ma szans, żebym ścisnął płace w prosty sposób, chyba że przez jakieś karkołomne zwolnienia, a i tak najpierw trzeba zapłacić. Prąd, środki... W budżecie powiatu nie ma prostego ruchu, jaki można zrobić w innych budżetach, jak jest mniej pieniędzy. Chcemy odpowiedzialnie o tym porozmawiać, ale chcemy być sojusznikiem, a nie stawać przeciw.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Krajczy, bardzo proszę.

Senator Norbert Krajczy:

Rozumiem, że nieobecny już pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w tym tygodniu ma ogłosić, czy podtrzyma stawkę, czy nie. Większość jednostek, które nie podpisały, duże ośrodki kliniczne, oczekują czegoś więcej niż 51 zł. Drodzy Państwo, to nie jest tak, że oczekują, bo chcą nie wiadomo czego, tylko takie są wyliczenia, jak powiedział pan starosta. Ja prowadzę duży szpital powiatowy, i z jednej strony jest podpisany kontrakt ze stycznia 2008 r., z drugiej – podwyżki, wedlowskie czy nie, to obojętne jak je nazywamy, i to wszystko daje 53 zł. W ogóle nie bardzo wiem, skąd się wzięła kwota 51 zł. I stąd się biorą wątpliwości, zwłaszcza dużych jednostek, gdzie nie możemy rozliczać ruchu międzyoddziałowego, gdzie mamy deficytowe oddziały intensywnej opieki medycznej, gdzie mamy deficytowe oddziały zakaźne, i tak mógłbym jeszcze to wszystko wymieniać. Stąd się to bierze.

Mam pytanie do obecnego pana ministra, ponieważ nie ma pana ministra Twardowskiego. Rozumiem, że szpitale, specjalistyka ma zaciskać pasa, bo w 2009 r. będzie trudniej. No, nie będę opowiadał o szpitalnych oddziałach ratunkowych, na jakich zasadach funkcjonują, jeżeli chodzi o finansowanie. Ale, Panie Ministrze, czy w takim razie państwo będziecie wymagali od lekarzy POZ, żeby ta część diagnostyczna nie była wirtualna, tylko stała, bo to są konkretne pieniądze, które bezpośrednio przekładają się na szpitalnictwo, zwłaszcza na szpitalne oddziały ratunkowe? Jeżeli dalej w ramach działalności szpitalnych oddziałów ratunkowych czy ogólnie szpitala mamy finansować POZ, to tam właśnie ucieka 8 czy 9%. Dziękuję.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:

Szanowni Państwo, w żaden sposób nie stawiam się tu w opozycji do państwa; myślę, że takie samo podejście ma pan prezes Paszkiewicz. Absolutnie nie mamy takiego zamiaru ani takiej intencji, żeby stawiać się w opozycji, traktować z góry i w taki sposób, że my posiadamy wiedzę, a państwo tej wiedzy nie posiadacie. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby w dowolnym momencie spotkać się w szerszym bądź węższym gronie, w zależności od tego, jak państwo sobie będziecie życzyć, usiąść i podjąć dyskusję, która wyczerpie wszystkie zagadnienia tak, żebyśmy mieli absolutną jasność co do tego, po czyjej stronie jest racja, dlaczego sytuacja jest taka a nie inna, jakie są realia, jakie są możliwości i co z tym można zrobić.

Uważam, że to spotkanie i dyskusja w tej formie w tym miejscu jest zrobiona troszeczkę od tyłu. Nie otrzymałem żadnej informacji o tym, że przedstawiciele Związku Powiatów Polskich chcą się spotkać, żeby porozmawiać na temat procedury kontraktowania usług na 2009 r. czy wysokości stawki.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jak najbardziej. Ze swojej strony deklaruję, że jeżeli będzie potrzeba zorganizowania takiego spotkania i dyskusji przy ministrze zdrowia, to nic nie stoi na przeszkodzie. Takie spotkania odbywają się z przedstawicielami szpitali, z przedstawicielami urzędów marszałkowskich, z przedstawicielami szpitali klinicznych. Nie jesteście państwo gorsi i nic w żaden sposób was nie wyłącza z tego, żeby móc rozmawiać o procedurach kontraktowania na 2009 r. To tyle z mojej strony.

Panie Senatorze, panu niestety w tym momencie nie odpowiem, bo to najwyczejniej w świecie nie leży w moich kompetencjach.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Gwoli wyjaśnienia, poprzednie spotkanie, jeszcze sprzed wdrożenia JGP, odbyło się w czasie, gdy podsumowywano okres pilotażowy, i zobowiązaliśmy się wówczas z partnerami, że doprowadzimy do spotkania, bo były duże napięcia i obawy. Jest zdecydowanie lepiej, niż to wyglądało w momencie wdrożenia. Poprzednie spotkanie zbuforowało niepokój i pokazało, że komisja senacka stworzy platformę do dyskusji. Zaproszenie przedstawicieli Związku Powiatów Polskich jest logiczną konsekwencją, aby możliwość rozmowy przełożyła się na to, na co się dzisiaj przełożyła. Konkluzja, choćby taka, że pan minister zaprasza, jest dla nas wielce radosna.

Jeszcze pan senator Waldemar Kraska, bardzo proszę.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Mam jedno konkretne pytanie do pana prezesa. W maju odbyło się posiedzenie komisji poświęcone ratownictwu medycznemu. I był taki pomysł, żeby nocną pomoc można było kontraktować właśnie w oddziałach ratownictwa medycznego, ponieważ de facto jest wykonywana przez ratownictwo, a pieniądze otrzymują POZ. Był wtedy obecny pan minister Twardowski. I ogólnie wszyscy byli na tak, za tym, żeby tak było. Ale jest już grudzień i na razie nic w tym temacie chyba się nie robi. Czy będzie taka możliwość?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Pan prezes, proszę.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Odpowiem krótko. Spodziewamy się, że tak. Potrzebna jest do tego nowela ustawy, bo ustawa wprost wiąże ten rodzaj świadczeń z POZ, a wszyscy się zgadzają, że to nie jest szczęśliwe rozwiązanie. Musi nastąpić ta nowela. W związku z tym tylko na pół roku kontraktujemy tak zwany NPL, żeby ta zmiana była możliwa w połowie roku i żeby te kontrakty były zawierane nie z oddziałami ratownictwa, bo będą osobne wymagania i osobny personel...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

...ale przy oddziałach ratowniczych, jak najbardziej. Takim domyślnym obszarem będzie powiat.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Otwieramy, że tak powiem, puszkę Pandory. Jak sobie przypominam założenia do kierunku dryfowania systemu ochrony zdrowia, to... Powiedzmy to wprost, to była porażka. I potrzebna jest refleksja na temat tej porażki. Zresztą jest to proces przekształceń, transformowania systemu; jest to proces, który dotyka na pewno kraje europejskie, myślę, że wszystkie. Cieszę się, że jest pewna elastyczność i zrozumienie. Przyjdzie nam jeszcze rozwiązywać problem choćby opieki całodobowej czy ciągłej.

Szanowni Państwo, w ten sposób...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Bardzo proszę, pani senator Fetlińska.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Prezesie, chciałabym zapytać jeszcze o taką sprawę. Ostatnio byłam w kilku szpitalach i wszyscy się skarżą, że składając ofertę, muszą złożyć ogromną ilość załączników do każdej umowy czy oferty, nawet wyciąg z rejestru. Powoduje to... pokazywano mi całe wózki papieru z małego szpitala. Czy to jest konieczne, czy może należałoby się zastanowić nad ochroną polskich lasów? Wirtualną przestrzeń już mamy, może zatem tylko najważniejszą część należałoby złożyć na papierze, a pozostałe rzeczy dałoby się komputerowo?

Drugie pytanie. Pan przewodniczący Związku Powiatów Polskich zapytał, co będzie ze szpitalami powiatowymi, które postawione pod ścianą podpiszą tę umowę, ale to nie zapewni im płynności finansowej. Co z nimi będzie? To jest poważny problem.

Trzecie pytanie, zmierzamy do uogólnień, może czegoś nie załapałam, ale chciałabym zapytać, czy macie państwo taką pierwszą ocenę, jeżeli chodzi o DRG. Które są korzystne dla świadczeń opieki zdrowotnej, a które wyceny, szacunki należałoby jeszcze polepszyć? Które są przeszacowane, które są niedoszacowane? Jak to wy-

gląda? Czy macie państwo pierwsze wnioski? Słyszeliśmy opinie różnych specjalistów, ale one są może subiektywne, a państwo macie bardziej obiektywny, statystyczny ogłd tej sprawy. Dziękuję bardzo.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Statystykę w poszczególnych zakresach prezentowaliśmy. Była to oczywiście próbka, bo mamy czterdzieści parę zakresów. Staramy się zrealizować zapowiedź sprzed wdrożenia JGP, że we wszystkich zakresach będzie nie mniej niż... W związku z tym będą pewne zmiany na przykład w pediatrii, są zaplanowane na przyszły rok, po to, żeby mieć pewność, że żaden zakres nie będzie pokrzywdzony. Tak jak mówiłem, generalna ocena przewiduje na przyszły rok około trzynastoprocentowy wzrost liczby punktów. Dlatego bardzo niechętnie słyszę o nadwykonaniach, chętnie mówię o nadprodukcji punktów wynikających z taryf, bo pół pacjenta więcej nie potrzeba, żeby uzyskać większą liczbę punktów. Zatem wszelkie sugestie, że to pociąga większe koszty po stronie szpitali, są chyba nie do końca prawdziwe, powiem eufemistycznie, i chciałbym to wyraźnie podkreślić.

W odniesieniu do tego, co będzie ze szpitalami, które tracą płynność, powiem, że my chyba trochę za daleko zaszliśmy w tym myśleniu. Informacja ministra zdrowia mówi, że większość, 70 czy 80% szpitali bilansuje się na działalności bieżącej, a co tu mówić o utracie płynności, to jest daleka droga. W związku z tym trudno mi odpowiadać na pytanie, co by było, gdyby aż tak bardzo pogorszyły się warunki finansowania tych szpitali. Proszę państwa, od dwóch lat nieustannie poprawiamy rentowność działalności szpitalnej. Szpitale zjadają 47% nakładów Narodowego Funduszu Zdrowia. Niedługo bez pójścia do szpitala nie spotkamy doktora, bo szpitale zasysają doktorów z ambulatorium, wyciągają ich nawet z POZ, bo to coraz bardziej się opłaca. W pewnym momencie musimy wyhamować z tymi szpitalami, bo zacznie...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Naprawdę. Wiem, że jest tu sporo dyrektorów i pracowników szpitali, ale my jesteśmy instytucją, która myśli o ubezpieczonym. I ten ubezpieczony mógłby wiele rzeczy uzyskać ambulatoryjnie. Dlatego bezwzględnie grupy JGP ambulatoryjne i trochę zmiana tego modelu... Niedługo szpitale przejedzą kompletnie budżet Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, jest jeden wniosek...

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Przepraszam bardzo, nie odpowiedziałem jeszcze na jedno pytanie. Odpowiem krótko. Proszę państwa, od dwóch lat fundusz pracuje nad wdrożeniem portalu Narodowego Funduszu Zdrowia. Mam nadzieję, że jeśli ten projekt będzie się toczył w przyszłym roku, to będziemy mogli ten rok ogłosić ostatnim rokiem aplikacji ofertowej i wynikających z niej konsekwencji w postaci drukowania papierów. Uważam, że w przeciągu roku można doprowadzić do takiej sytuacji, że cała oferta będzie się

składać z oferty rzeczowo-finansowej, która przy istnieniu podpisu elektronicznego może być też złożona elektronicznie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Teoretycznie. A jeśli nie, to tylko część rzeczowo-finansowa.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Rozumiem, że na posiedzeniu komisji chcielibyśmy przyjąć taki wniosek, żeby rozliczanie usług intensywnej terapii następowało od pierwszej doby pobytu pacjentów na oddziałach intensywnej terapii i anestezjologii niezależnie od przyczyny niewydolności narządów i układów ważnych dla życia.

Czy przyjmujemy taką konkluzję w tej części? Kto jest za przyjęciem takiej konkluzji?

Jednogłośnie za.

Chciałbym podziękować za bardzo interesującą prezentację i za obecność pana prezesa. Dziękuję panu ministrowi za obecność i dziękuję za zaproszenie przedstawicieli powiatów na osobne rozmowy.

Członkowie komisji zostają, a gościom bardzo dziękujemy.

Króciutka przerwa techniczna.

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę państwa, 10 grudnia czeka nas intensywny dzień, bo będziemy mieli trzy posiedzenia komisji. Pierwsze o godzinie 11.00, wszystkie będą w sali nr 176.

(Senator Stanisław Karczewski: Czyli tutaj.)

Tak. Będą rozsyłane zaproszenia.

(Senator Stanisław Karczewski: Już są.)

Już są rozesłane.

Chciałbym, żebyście państwo zwrócili uwagę, że to jest krytyczny dla nas czas.

Bardzo proszę, pan senator Karczewski.

Senator Stanisław Karczewski:

Panie Przewodniczący, miałbym jedną prośbę. Zapoznałem się z tymi tematami, które będą omawiane, i mam taką prośbę. Gdyby ministerstwo zechciało przed posiedzeniem komisji dostarczyć nam pewne materiały, szczególnie o uzdrowiskach, to byłbym bardzo wdzięczny.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Panie Ministrze...

(Senator Stanisław Karczewski: Jest pan minister, dlatego tak...)

...jest dezyderat pana senatora Karczewskiego...

(*Głos z sali: Całej komisji.*)

...żeby materiały przed...

(*Senator Stanisław Karczewski: Żebyśmy ich nie dostali dopiero na posiedzeniu komisji, żebyśmy mogli chociaż trochę się przygotować i zapoznać się z tymi materiałami.*)

(*Głos z sali: A nie macie państwo...*)

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

(*Głos z sali: Wszystkie dane ma minister skarbu. Nie dysponujemy... To, co w zakresie... komisja dostanie.*)

Dobrze. Dziękuję bardzo.

Przystępujemy do spraw bieżących.

Proszę państwa, zarząd stowarzyszenia chorych na epilepsję i ich przyjaciół zwrócił się do pana marszałka Borusewicza z prośbą o ustanowienie dnia 14 lutego „Ogólnopolskim dniem chorego na padaczkę” zgodnie z obchodami na całym świecie. Uwaga wszystkich jest zwrócona tego dnia na świętego Walentego, który jest także patronem chorych na epilepsję. Pierwszy taki dzień byłby obchodzony 14 lutego 2009 r.

Co o tym myślicie?

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Nie taję, że jestem w kropce, bo nie wiem, co z tym fantem zrobić.

(*Senator Stanisław Karczewski: Jak jest na całym świecie, to pan marszałek musi... Przecież my jako komisja nie możemy ustanowić.*)

Ale czy popieramy?

(*Głos z sali: Popieramy.*)

(*Senator Stanisław Karczewski: Jednogłośnie.*)

Popieramy. Przygotujemy takie pismo do pana marszałka, że komisja popiera.

Kolejna kwestia. Bioton wystąpił do pani minister Kopacz ze sprzeciwem i zwraca się z prośbą o ponowne przeanalizowanie sytuacji prawnej finansowania proponowanych zmian w podejściu do refundacji insulin w Polsce. Pomimo wzrostu kosztów wytwarzania Bioton utrzymuje od lat tę samą cenę na swoje insuliny, rozumiejąc ograniczenia budżetowe. Bez wprowadzenia przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązań polegających na zwiększeniu ilości środków budżetowych na osiągnięcie... Bioton zmuszony będzie do zmiany cen, które zrekompensują efekty niezależnego od firmy ogólnego wzrostu kosztów wytwarzania, takich jak energia, praca i inne. Informuję o tym, żebyście wiedzieli, że to poszło, bo to nie jest dla nas.

Myślę, że i wasze skrzynki zostały zasypane... Sprawa dotyczy egzaminu z interny. Dostałem także wyjaśnienia z CEM; dyrektor Orkisz broni stanowiska CEM w obliczu licznych protestów, jakie napływały. Wydaje mi się, że my nic więcej nie zrobimy...

(*Brak nagrania*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Uważacie, że co...

(*Senator Stanisław Karczewski: Ale była rozmowa na ten temat.*)

Ale oni nam odpisali i obszernie wyjaśnili. Jeśli ktoś chciałby znać całą odpowiedź, to jest to w materiałach do wglądu.

(*Brak nagrania*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Też tylko do wiadomości dostaliśmy informację od Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran przeciwko ustaleniu zamkniętej listy rozpoznań, które mają być podstawą kwalifikacji pacjenta do leczenia... opieki paliatywnej. Załączona lista jest w wysokim stopniu niekompletna, nie uwzględnia takich schorzeń jak niewydolność serca, niewydolność wątroby i wiele innych, w tym także owrzodzenia i przewlekłe... W tej kwestii także chyba nic nie zrobimy.

Kolejna sprawa. Przytoczę to pismo: W imieniu Polskiej Unii Onkologii oraz organizacji zaangażowanych w działalność prozdrowotną z radością informujemy, że partner strategiczny programu zdecydował ponownie wesprzeć ogólnopolski program dla młodzieży „Mam haka na raka”. Proszę, żebym objął nad tym patronat, więc się zgodziłem.

Parasol dla życia – stowarzyszenie pomocy rodzinom dzieci cierpiących na skutki inwazyjnych chorób bakteryjnych zwraca się z apelem do naszej komisji o wygospodarowanie środków na rozszerzenie kalendarza szczepień. Omawialiśmy to na poprzednim posiedzeniu komisji. To chyba wszystko, jeśli chodzi o sprawy bieżące.

(Senator Stanisław Karczewski: Można jeszcze?)

Tak, bardzo proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Chcę wrócić do sprawy pism, które dostawaliśmy od młodych lekarzy. Rozmawialiśmy na ten temat i doszliśmy do twniosku, że spotkamy się z przedstawicielem ministerstwa, żeby porozmawiać na temat systemu kształcenia podyplomowego lekarzy. Chyba uwzględniliśmy to w naszym planie pracy, planie posiedzeń.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Kiedy byśmy to zrobili?)

Nie wiem, tylko przypominam, że mieliśmy na ten temat rozmawiać i mieliśmy poznać... Wiemy, że są pewne propozycje ministerstwa, propozycja likwidacji stażu i inne. Nasza propozycja była taka, żeby bardziej szczegółowo zapoznać się z tymi propozycjami ministerstwa. Podtrzymuję tę propozycję, żeby po nowym roku się spotkać i na ten temat porozmawiać.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Dobrze, po nowym roku.)

Po budżecie.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Dobrze.)

To jest pierwsza kwestia. Druga sprawa...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jeśli pan senator chciał coś powiedzieć w tej kwestii, to ja powiem o tej drugiej później.

(Brak nagrania)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Głos z sali: ...z określeniem specjalizacji deficytowych. Formy zatrudnienia, formy kształcenia, bo to też jest bardzo istotne; od tego punktu byśmy wyszli.)

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

...Temat pisma do pani minister, poprosilibyśmy o przygotowanie odpowiedzi i wtedy zrobiliśmy posiedzenie komisji w oparciu o materiały. Proponuję, żeby pan przewodniczący Karczewski, który podniósł ten temat, przygotował to pismo.

(*Senator Stanisław Karczewski*: Chciałbym jeszcze bardzo krótko powiedzieć o jednej sprawie.)

Dobrze.

Senator Stanisław Karczewski:

Nie wszyscy państwo mieli przyjemność być na ostatnim posiedzeniu komisji do samego końca. Pani marszałek Bochenek przyszła z przedstawicielami Polskiego Czerwonego Krzyża i z przedstawicielami honorowego krwiodawstwa. Padła taka propozycja, którą chciałbym ponownie zgłosić panu przewodniczącemu, propozycja zorganizowania konferencji na ten temat.

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz*: Na temat krwiodawstwa.)

Tak, w maju. Zgadza się pan przewodniczący?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tak, zgadzam się.

(*Senator Stanisław Karczewski*: Dziękuję bardzo.)

Jeszcze jedna sprawa. Napłynęły do nas pisma z Bydgoszczy i z Kielc, od rady miasta i od marszałka województwa świętokrzyskiego, zaniepokojonych perspektywą podziału Narodowego Funduszu Zdrowia, w którym eliminuje się Bydgoszcz czy Kielce z grupy posiadaczy oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest to przedwczesne, bo jeszcze nie mamy tego projektu. Dlatego wydaje mi się, że na razie spokojnie możemy przyjmować to do wiadomości.

Czy mamy jeszcze jakieś sprawy?

(*Głos z sali*: Konferencja 6 stycznia.)

6 stycznia jest konferencja na temat szczepień; na prośbę pana senatora Klimowicza, tak?

(*Głos z sali*: Nie, pana senatora Okły.)

Mam jeszcze zaproszenie od pana Kochanowskiego na sesję poświęconą sześćdziesiątej rocznicy uchwalenia Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. Sesja odbędzie się 4 grudnia na terenie Państwowego Muzeum Auschwitz-Birkenau w Oświęcimiu.

Czy ktoś z was 4 grudnia... Nie wiem, czy nie będziemy wtedy mieli posiedzenia Senatu. Gdyby nie było posiedzenia Senatu, czy ktoś jest zainteresowany rejonem Małopolski, Auschwitz, Oświęcimia i chciałby wziąć udział w tej konferencji? Nie ma chętnych.

Istnieje takie prawdopodobieństwo, że będziemy musieli spotkać się jutro, jeśli będą wnioski legislacyjne...

(*Senator Stanisław Karczewski*: Będą.)

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

To musimy planować, że jutro będzie posiedzenie komisji.

Dziękuję bardzo.

(*Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 36*)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851