

IX kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 22)

z dnia 14 lipca 2020 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 22)

14 lipca 2020 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i posła **Bolesława Piechy (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, wysłuchała:

– „**Informacji ministra zdrowia, pana Łukasza Szumowskiego, w sprawie aktualnego stanu szpitali jednoimiennych zakaźnych oraz stanu ich przygotowania na ewentualną drugą falę zakażeń SARS-CoV-2**”.

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Bernard Waśko** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, **Zofia Małas** prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Alina Niewiadomska** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz **Wojciech Idaszak** radca prawny w Zespole Radców Prawnych Naczelnej Izby Lekarskiej.

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

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Witam panie i panów posłów, pana ministra wraz ze współpracownikami i zaproszonych gości.

Szanowni państwo, posiedzenie Komisji Zdrowia, zwołane przez marszałek Sejmu na podstawie art. 198j ust. 2 regulaminu Sejmu, będzie prowadzone przy wykorzystaniu środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość. Posiedzenie zostało zwołane w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu. Wniosek grupy posłów wpłynął do Komisji w dniu 30 czerwca 2020 r. Teraz, szanowni państwo, sprawdzimy kworum, więc bardzo proszę przygotować się do zagłosowania. Proszę wcisnąć dowolny przycisk w celu sprawdzenia kworum. Bardzo proszę o podanie wyników. W posiedzeniu uczestniczy 31 posłów, zatem stwierdzam kworum.

Szanowni państwo, porządek dzisiejszego posiedzenia zwołanego przez panią marszałek zgodnie z wnioskiem grupy posłów przewiduje informację ministra zdrowia, pana Łukasza Szumowskiego, w sprawie aktualnego stanu szpitali jednoimiennych zakaźnych oraz stanu ich przygotowania na ewentualną drugą falę zakażeń SARS-CoV-2. Szanowni państwo, informuję, że brzmienie porządku dziennego wynika z wniosku grupy posłów. Komisja nie może go zmienić ani skreślić, w związku z tym, nie podlega on zatwierdzeniu przez Komisję. Przechodzimy zatem do realizacji porządku dziennego. Bardzo proszę przedstawiciela wnioskodawców, którym – z tego co wiem – jest pani poseł Zawisza, o przedstawienie uzasadnienia.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Dzień dobry. Szanowny panie przewodniczący, szanowni przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, szanowni koledzy i koleżanki, członkowie i członkinie Komisji Zdrowia oraz szanowni państwo, którzy nas oglądają, a wiem, że ogląda nas sporo przedstawicieli szpitali jednoimiennych. Poprosiliśmy o zwołanie tego posiedzenia Komisji i o przedstawienie informacji ministra zdrowia ze względu na sytuację szpitali jednoimiennych, o której dowiadujemy się od przedstawicieli tych szpitali – czy to od pracowników i pracownic, czy od związków zawodowych ze szpitali jednoimiennych COVID-19. Wskazują oni na liczne problemy, z którymi borykają się te placówki i ich załogi w zasadzie od początku pandemii.

To, co jest szczególnie niepokojące, to informacje dotyczące odejść personelu. Za chwilę przejdę do bardziej szczegółowej informacji, którą udało się nam uzyskać, i w związku z tym do pytań, które chcielibyśmy zadać i na które chcielibyśmy uzyskać odpowiedzi od Ministerstwa Zdrowia. Jednak – tak, jak mówię – jedną z bardzo martwiących sytuacji jest rezygnacja lub zwolnienie części pracowników tych szpitali. Mamy również problem z niezrozumiałymi i uznaniowymi wypłatami dodatków. Jest bardzo duży lęk wśród pracowników szpitali jednoimiennych przed zakażeniem w związku z tym, że te szpitale przez długi czas nie były należycie wyposażone w środki ochrony osobistej. Z tego też wynika pytanie o to, jak Ministerstwo Zdrowia planuje przygotować i wyposażyć te szpitale na ewentualną drugą falę COVID-19? Skarżą się na chaos organizacyjny, na brak jasnych i spójnych przepisów, na złe traktowanie pracowników ochrony zdrowia, w tym na wymuszanie pracy. Jak również na to, że ci, którzy mają bardzo duże umiejętności i kompetencje, są tak naprawdę bezużyteczni w tych szpitalach, które zostały przekształcone na potrzeby COVID-19 – tak przynajmniej się czują. Muszą zostawić swoich pacjentów i pacjentki ze względu na to, że nie ma potrzeby wykonywania przez nich czy to operacji, czy to zabiegów, czy prowadzenia pacjentów i pacjentek. Personel medyczny obawia się zwolnień. Personel medyczny obawia się tego, jak będzie wyglądała sytuacja w przypadku drugiej fali.

Teraz problemy, które do nas trafiały. Jest to między innymi sytuacja szpitala w Tychach. Dowiedzieliśmy się, jak tam wygląda sytuacja kadrowa. To jest naprawdę przerażające, ponieważ odeszło 40–50% lekarzy. To jest problem, który pojawia się bardzo często w szpitalach jednoimiennych ze względu na to, że po prostu wprowadzony zakaz łączenia pracy w szpitalach jednoimiennych i innych placówkach medycznych doprowadził do sytuacji, w której lekarze w odpowiedzialności za swoich pacjentów i pacjentki decydowali się odejść z takiego szpitala, przyjmując zatrudnienie w innym szpitalu, jeżeli wcześniej było ono na część etatu, i po prostu przejść ze swoimi pacjentami lub pacjentkami do innego szpitala, aby mogli wykonywać tam swoje obowiązki. Mamy w związku z tym sytuację, że dobrze funkcjonujące oddziały, jak na przykład oddział pediatrii szpitala w Łomży czy oddział ginekologii szpitala w Tychach, które przed COVID-19 funkcjonowały bardzo dobrze, miały fantastyczną kadrę i naprawdę wykonywano tam gigantyczną pracę, mają obecnie problemy z funkcjonowaniem.

W związku z tym pytanie do ministra zdrowia i przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia o to, w jaki sposób planują rozwiązać problem kadrowy, który pojawia się w szpitalach jednoimiennych? Czy są świadomi tego problemu? Pojawiają się bowiem informacje, że poza kadrą medyczną – co warto podkreślić – zwalniają się również pielęgniarki i pielęgniarze. To nie jest problem dotyczący tylko lekarzy i lekarek, ale zwalniana jest także kadra administracyjna, pracownicy niemedyczni. Czy Ministerstwo Zdrowia w ogóle ma jakiegokolwiek informacje na ten temat? Czy śledzi ten proces, który się dzieje w szpitalach jednoimiennych, i czy podejmuje jakiegokolwiek działania mające na celu doprowadzenie do sytuacji, w której te szpitale będą wracały do normalnego funkcjonowania? Czy te problemy zostaną w jakikolwiek sposób zaadresowane?

Kolejny problem to kwestia lekarzy rezydentów, która łączy się z problemami kadrowymi. Szpitale w związku z utratą kadry, czy to specjalistów, czy kierowników specjalizacji, nie mają umiejętności i możliwości prowadzenia lekarzy rezydentów. W związku z tym sytuacja lekarzy rezydentów w szpitalach jednoimiennych zupełnie nie została rozwiązana. Czy ministerstwo planuje pochylić się nad tym problemem?

Dlaczego został zmieniony sposób finansowania szpitali jednoimiennych? Jeszcze w marcu NFZ zapewniał, że szpitale – nie tylko „covidowe”, ale też te, które utrzymują gotowość do przejścia pacjentów „covidowych” – będą otrzymywać ryczałt w pełnej wysokości. Od maja te środki zostają ograniczone. Po pierwsze: co wpłynęło na tę decyzję? Po drugie: dlaczego ministerstwo informuje o tym szpitale w zasadzie wstecznie? Szpitale dowiedziały się pod koniec miesiąca o tym, że zostaną im wypłacone mniejsze środki. Te szpitale miały obiecano, że finansowanie będzie stabilne. Poza dodatkowymi środkami, które ministerstwo miało przeznaczyć na walkę z COVID-19, szpitale miały mieć wypłacony ryczałt w pełnej wysokości właśnie po to, żeby zapewnić funkcjonowanie tych szpitali. Ograniczenie i ucinanie ryczałtu doprowadzi do sytuacji, w której ponow-

nie będziemy musieli porozmawiać na temat ograniczania zatrudnienia, problemów z płatnościami, a jak zapewne państwo doskonale wiedzą, prowadzenie szpitala jednoimiennego rodzi dodatkowe koszty, o których pewnie będziemy rozmawiać.

Kolejna sytuacja, o której, jak myślę, warto powiedzieć, to jest to, czy pracownicy i pracownice ochrony zdrowia będą objęci rekompensatą od momentu wprowadzenia ograniczenia do momentu otrzymania świadczenia o odwołaniu ograniczenia pracy w innych placówkach? To jest sytuacja, która w zasadzie pojawia się w każdym szpitalu, z którego przedstawicielami rozmawialiśmy. Obdzwoniliśmy wszystkie te szpitale. To jest problem z rekompensatami za ograniczenie pracy. Problemów jest bez liku, ze względu na bardzo niejasne przepisy i chaos organizacyjny, który się wdał. Na przykład jest kwestia tego, że uzależnia się wynagrodzenie podstawowe... To znaczy rekompensata była uzależniona od wynagrodzenia podstawowego za marzec, więc jeżeli jakiś pracownik ochrony zdrowia pracował w dwóch czy trzech szpitalach na część etatu, to w takiej sytuacji za tę część etatu wypłaca się rekompensatę, co powoduje, że stratna jest ta osoba, która jednocześnie nie może podejmować pracy w innym szpitalu. Jest to więc tak naprawdę zachęta do tego, żeby zrezygnować z pracy w szpitalu jednoimiennym i pracować gdziekolwiek indziej z zachowaniem po prostu swojego wynagrodzenia. Zatem, czy Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzić jednolitą kwotę bazową dla rekompensaty, wyrównać w górę, tak żeby była jednolita dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia? Chodzi o to, żeby po prostu nie było tego typu sytuacji, które – jak mówię – powodują, że problemy narastają.

Kolejny problem to jest okres przejściowy. To jest kwestia tego, że zanim szpital zgłosi danego pracownika, mija pewien okres, zanim ten pracownik może być pracownikiem „covidowym”. I w drugą stronę – jeżeli szpital przestaje być szpitalem „covidowym” albo dany oddział przestaje być oddziałem „covidowym”, mija dużo czasu, zanim ten pracownik lub pracownica ochrony zdrowia mają możliwość pracowania w innym szpitalu. Czyli zanim dostaje pozwolenie na to, żeby pracować w więcej niż jednej placówce medycznej. Ten okres, o którym mówimy, to są czasem nawet 2–3 tygodnie, kiedy tak naprawdę nie ma rekompensaty, a jednocześnie nie ma możliwości pracy w więcej niż jednym szpitalu. Jak mówię, skarg dotyczących rekompensaty i niejasnych przepisów jest naprawdę bardzo dużo. To jest coś, co się niezmiennie pojawia.

Mam pytanie do Ministerstwa Zdrowia. Czy ministerstwo przygotowało systemowy plan powrotu do normalnego funkcjonowania jednostek jednoimiennych? Problemy, o których mówię, to są problemy szczegółowe, które pojawiają się oczywiście we wszystkich szpitalach, ale to jednak są problemy konkretne, które jesteśmy w stanie wylistować po interwencjach, po tych rozmowach, które prowadziliśmy. Czy ministerstwo posiada jakikolwiek plan odmrożenia tych placówek, tak żeby nie były one pozostawione same sobie? Czy jest jakikolwiek plan? Czy są kryteria podejmowania decyzji o odkształcaniu szpitali jednoimiennych i kiedy taki plan zostanie przekazany dyrekcjom szpitali? W jaki sposób ministerstwo planuje zabezpieczyć świadczenie specjalistycznych usług medycznych w regionach, w których funkcjonują szpitale jednoimienne na poziomie sprzed epidemii?

To jest trochę to, o czym mówiłam wcześniej odnośnie do problemów kadrowych i tego, że pracownice i pracownicy ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem wysokospecjalistycznych oddziałów – neurologii, chirurgii, ginekologii i położnictwa, pediatrii – które zostały zamrożone ze względu na to, że szpital został przekształcony w szpital jednoimienno... W związku z tym po pierwsze wysokospecjalistyczny sprzęt stał nieużywany. Po drugie ludzie, którzy tak naprawdę mają niesamowite umiejętności, przestali wykonywać swoją pracę. I oczywiście to nie chodzi o to, że teraz będziemy podważać zasadność podjęcia decyzji o przekształceniu szpitali w te jednoimienne, bo rozumiemy, że Ministerstwo Zdrowia, nie wiedząc o tym, jaki w Polsce będzie przebieg zakażeń COVID-19, podjęło racjonalną decyzję o tym, że przygotowuje ponad 20 szpitali, które będą przyjmowały pacjentów. Teraz już wiemy, że ten poziom zakażeń utrzymuje się na poziomie 200, 300, 350 osób dziennie. Widzimy, jak wygląda w Polsce ten poziom.

W związku z tym jest pytanie, po pierwsze, o zasadność utrzymywania szpitali jednoimiennych, a po drugie o to, jak zabezpieczyć potrzeby innych pacjentów i pacjentek.

Od organizacji zajmujących się na przykład onkologią wiemy, że nastąpił radykalny spadek diagnozowania nowotworów złośliwych. I to nie dlatego, że ludzie przestali chorować, tylko dlatego, że po pierwsze ludzie się boją iść do lekarza, a po drugie część z tych lekarzy w tym momencie pracuje w szpitalach jednoimiennych. W związku z czym nie ma możliwości zdiagnozowania się.

Kolejne pytanie jest takie, czy ministerstwo przygotowało systemowe rozwiązanie na wypadek ponownego wzrostu zachorowań na COVID-19? To jest właśnie pytanie dotyczące strategii działania odnośnie do szpitali jednoimiennych i tego, czy te szpitale będą przekształcane z powrotem w normalnie działające szpitale. Czy ministerstwo planuje pójść w tym kierunku, żeby wszystkie szpitale czy wszystkie placówki medyczne były przygotowane na pacjentów „covidowych” i po prostu każdego pacjenta traktować jako „covidowego”, dopóki nie będzie badania wskazującego, że nie jest to osoba z COVID-19? Czy też planuje podtrzymać funkcjonowanie placówek jednoimiennych? Jeżeli tak, to jaki jest plan na działanie tych jednostek?

To, co jest jednak przykre – szczerze powiedziawszy – ale o czym muszę wspomnieć, to umowy z PZU. Po pierwsze, czy ministerstwo planuje poszerzyć grono osób objętych tymi umowami? W tym momencie objęte są nimi tylko i wyłącznie osoby, które pracują w szpitalach jednoimiennych, a jak doskonale wiemy, nie tylko w szpitalach jednoimiennych pojawiają się osoby chore i narażające pracowników ochrony zdrowia na zarażenie się COVID-19. Po drugie, sytuacja w samych szpitalach – z tego, co dociera do nas – nie jest jasna. Docierają do nas informacje o tym, że na przykład obecność chorób współistniejących staje się przeszkodą w wypłacaniu świadczeń, że umowy z personelem po 65 r.ż. są wypowiedzane, że teraz, od lipca, pracownicy, którzy zostali objęci tymi umowami, dostają informacje od dyrekcji, że będą musieli ponosić koszty tego ubezpieczenia. Po pierwsze, chciałabym, żeby ministerstwo do tego się odniosło, a po drugie, jeżeli ministerstwo nie wie o tego typu pojawiających się problemach, to czy planuje się tymi problemami zająć? To tak bardzo krótko i bardzo na wstępie.

I na sam koniec mojego wprowadzenia i tej krótkiej serii pytań do ministerstwa, chciałabym zapytać, czy Ministerstwo Zdrowia zapoznało się z postulatami z konferencji szpitali jednoimiennych z dnia 30 czerwca 2020 r., która odbyła się w Łodzi? Pojawiło się tam 16 postulatów. Jeżeli ministerstwo nie jest z nimi zapoznane, to ja oczywiście jestem w stanie je odczytać, ale myślę, że na ten moment nie będzie to konieczne.

W związku z tym chciałabym uzyskać informację na wyżej zadane pytania, w kontekście zarówno obecnej sytuacji szpitali jednoimiennych, jak i przewidywanej drugiej fali koronawirusa, która zapewne niedługo się pojawi. W związku z sezonem grypowym będzie jeszcze dodatkowo utrudniona możliwość diagnozowania, ponieważ doskonale zdajemy sobie sprawę z tego, jaki będzie problem. Jak wygląda przygotowanie tych szpitali? Jak wygląda proces zamawiania środków ochrony osobistej na wypadek drugiej fali zachorowań? Ile to jest środków na jeden szpital, na jaki czas wystarczy, na ilu pracowników ochrony zdrowia? Jak ministerstwo planuje organizować całą tę sieć, jeżeli chodzi o leczenie pacjentów „covidowych” i jednocześnie zadbanie o to, żeby inni pacjenci, którzy również nie mogą czekać, mieli zapewniony dostęp do świadczeń medycznych na najwyższym poziomie? Na ten moment dziękuję, a później zgłoszę się jeszcze w dyskusji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz bardzo proszę pana ministra o ustosunkowanie się do tych kwestii. Później będzie dyskusja posłów.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie i panowie posłowie, szanowni państwo, już od początku epidemii związanej z pojawieniem się wirusa SARS-CoV-2 dążyliśmy do zwiększenia potencjału medycznego umożliwiającego zapewnienie wydolności całego systemu ochrony zdrowia w obliczu spodziewanego wzrostu liczby chorych na COVID-19...

Na razie, na początku, będę czytał, a potem będziemy rozmawiali, pani poseł. Jeżeli pani to przeszkadza, to przepraszam bardzo. Czy mogę przeczytać? Tak troszkę nieelegancko. Ale OK.

Z uwagi na konieczność zabezpieczenia bazy łóżkowej w szpitalach dla tych pacjentów, a także zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej, wojewodowie, na podstawie ustaleń z krajowymi konsultantami medycznymi oraz na podstawie wytycznych WHO, wytypowali szpitale, które zostały przekształcone w szpitale jednoimienne o profilu zakaźnym. Powyższa decyzja wiązała się bezpośrednio z koniecznością zapewnienia opieki medycznej chorym o najcięższym przebiegu infekcji wywołanej koronawirusem, z towarzyszącymi innymi schorzeniami lub urazami wymagającymi leczenia w warunkach szpitalnych. Za cel postawiono sobie ponadto ograniczenie transmisji wirusa, a w konsekwencji sprowadzenie przebiegu epidemii COVID-19 w Polsce do charakteru ogniskowego. Utworzenie sieci jednoimiennych szpitali zakaźnych podyktowane było także informacją o przebiegu pandemii COVID-19 w innych krajach. Na podstawie istniejącej infrastruktury szpitali wyodrębniono placówki w taki sposób, aby nie utrudnić pacjentom dostępu do innych świadczeń z pozostałych obszarów lecznictwa szpitalnego.

Na początkowym etapie działań, mających na celu zapewnienie właściwego przygotowania podmiotów leczniczych do zapewnienia odpowiedniego poziomu udzielania świadczeń zdrowotnych, we wszystkich województwach, na podstawie art. 11 ust. 1 i 4 ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 i innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, zostało uruchomionych 19 jednoimiennych szpitali zakaźnych, a następnie 3, czyli łącznie 22 szpitale przeznaczone zostały wyłącznie dla pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2. Ogólna liczba łóżek przewidzianych dla pacjentów z COVID-19 w wyżej wymienionych szpitalach do końca maja br., według danych od wojewodów, wynosiła 7836, w tym 683 łóżka intensywnej terapii medycznej. Ponadto w szpitalach zakaźnych oraz w szpitalach innych niż zakaźne możliwe jest do zabezpieczenia ponad 4 tys. łóżek dla pacjentów z COVID-19.

Szpitale, które zostały wyznaczone do udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2, otrzymały na to dodatkowe środki finansowe. Poza zwiększonym ryczałtem szpitale przekształcone w szpitale jednoimienne otrzymywały dodatkowe środki za gotowość do leczenia, leczenie, transport pacjentów z COVID-19 oraz opłatę kompensacyjną za utracone przychody. Zgodnie z danymi NFZ wzrost finansowania szpitali jednoimiennych w kwietniu, w porównaniu ze średnią ze stycznia i lutego br., to wzrost o blisko 74%. NFZ na bieżąco monitoruje sytuację finansową szpitali jednoimiennych. Za okres marzec–kwiecień łączny zysk szpitali jednoimiennych to w przybliżeniu 168 mln zł.

Uwzględniając szacowany wynik za 3 miesiące pandemii, tj. za okres obejmujący również maj, po częściowej korekcie przychodów z ryczałtu, łączny zysk 22 szpitali jednoimiennych to ponad 200 mln zł. Sprawozdania finansowe pokazały, że koszty działalności operacyjnej szpitali jednoimiennych spadły średnio w okresie pandemii do około 98% poziomu sprzed pandemii, gdy spadek kosztów zmiennych spowodowany brakiem leczenia innych pacjentów niż non-COVID – czyli brak wydatków na leki, opatrunki, materiały jednorazowe, implanty, posiłki itd. – był większy niż wzrost wydatków związanych z pacjentami COVID-19. Chodzi głównie o środki ochrony osobistej, bo na wzrost wynagrodzeń fundusze były przekazywane odrębnym strumieniem.

Podczas przygotowania szpitali jednoimiennych do funkcjonowania w czasie epidemii szpitale otrzymywały również wsparcie finansowe z przeznaczeniem na zakup niezbędnego sprzętu diagnostycznego oraz wyrobów medycznych, w tym przede wszystkim na zakup infrastruktury do odbudowy infrastruktury tlenu medycznego. W okresie od marca do kwietnia zaplanowano i niemal w 100% przeprowadzono prace modernizacyjne przystosowujące szpitale do leczenia pacjentów z COVID-19 z zastosowaniem intensywnej, wysokoprzepływowej tlenoterapii. Na inwestycje związane z modernizacją infrastruktury tlenowej zostały przeznaczone środki z rezerwy celowej budżetu państwa w wysokości ponad 7 mln zł. Ponadto do szpitali jednoimiennych od początku trwania pandemii przekazywany był sprzęt z rezerw strategicznych oraz zasobów Centralnej

Bazy Rezerw Sanitarno-Przeciwepidemicznych w Porębach. W marcu i kwietniu z Agencji Rezerw Materiałowych i CBR-u udostępniono 227 respiratorów i 95 kardiomonitorów na potrzeby tych szpitali.

Zgodnie z dyspozycjami ministra zdrowia na potrzeby szpitali jednoimiennych regularnie wydawano środki ochrony indywidualnej. Łącznie Ministerstwo Zdrowia przekazało około 174 tys. kombinezonów ochronnych, 87 tys. fartuchów ochronnych, 1 mln rękawic jednorazowych, 523 tys. maseczek chirurgicznych, 212 tys. maseczek filtrujących klasy II i III, 45 tys. gogli lub przyłbic ochronnych, 67 tys. par osłon i ochroniaczy na obuwiu, 38 tys. czepków ochronnych. Jednocześnie dodatkowe środki ochrony były udostępniane przez wojewodów, którzy w razie potrzeby również przekazywali niezbędny asortyment szpitalom jednoimiennym.

Podjęcie powyższych działań skutkowało ograniczeniem transmisji SARS-CoV-2 oraz doprowadziło do nieporównywalnie mniejszych skutków społecznych i zdrowotnych pandemii w porównaniu z innymi krajami Europy Zachodniej. Okazało się to systemem sprawdzonym i skutecznym. Obecnie prawie wszystkie szpitale jednoimienne, z wyłączeniem szpitali w województwach mazowieckim, łódzkim oraz śląskim, poza obowiązkiem leczenia pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 w wydzielonych do tego rodzaju działalności komórkach organizacyjnych, zostały zobowiązane przez wojewodów do realizacji świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia dla pacjentów innych niż z podejrzeniem zakażenia lub zakażonych wirusem SARS-CoV-2.

Dwa szpitale przestały pełnić funkcję szpitali jednoimiennych. Są to: Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy oraz Szpital Marynarki Wojennej w Gdańsku. Według danych NFZ na dzień 9 lipca pozostałych 20 szpitali jednoimiennych dla pacjentów z COVID-19 ma w tej chwili zabezpieczone 3867 łóżek. Ponadto w szpitalach zakaźnych oraz w szpitalach innych niż zakaźne, zgodnie z wykazem NFZ-et, w 69 podmiotach leczniczych zabezpieczonych jest w tej chwili łącznie 2625 łóżek dla pacjentów z koronawirusem. Łącznie w kraju, w 89 podmiotach dla pacjentów z COVID-19, zabezpieczone są 6492 łóżka.

Należy również wskazać, że wojewodowie, na podstawie art. 47 ust. 1, 2 i 4 ustawy z 5 grudnia 2008 r., wydawali decyzje o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii, szczególnie dla osób wykonujących zawód medyczny. Osoby te są skierowane do szpitali jednoimiennych zakaźnych. Ponadto decyzje te są wydawane również innym osobom nieposiadającym wykształcenia medycznego. Osoby takie były kierowane także do pracy w domach pomocy społecznej. Do 3 lipca 2020 r. liczba decyzji wynosiła 877. Najwyższą ich liczbą była w województwach: łódzkim – 262, mazowieckim – 217, śląskim – 118. Z drugiej strony, w województwach kujawsko-pomorskim, podkarpackim, podlaskim oraz zachodniopomorskim nie wydano żadnej decyzji. Od wyżej wymienionych decyzji zostało wniesionych 238 odwołań, z czego 79 przekazano do ministra zdrowia. Minister zdrowia uchylił 29 decyzji wojewodów, a 47 utrzymał w mocy.

Od początku trwania epidemii odnotowano łącznie 13 141 hospitalizacji. Ocenie i ciągłej analizie poddawane są dane dotyczące przebiegu choroby, w tym przede wszystkim liczby i przebiegu hospitalizacji pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2, uwzględniającej świadczenia medyczne, jakie były niezbędne do właściwego leczenia, uzyskane od początku trwania epidemii. Po uzyskaniu dokładnych danych zostaną wdrożone działania umożliwiające zabezpieczenie niezbędnej bazy łóżkowej dla pacjentów z COVID-19, przy jednoczesnym zabezpieczeniu świadczeń zdrowotnych dla pacjentów innych niż zakażeni wirusem SARS-CoV-2.

Jak wynika z opracowanych danych ze szpitali jednoimiennych, liczba zajętych respiratorów w szpitalach jednoimiennych, według miesięcy, w kwietniu wyniosła 13%, w maju – 9%, w czerwcu – 10%, w lipcu – 9%. Liczba zajętych łóżek w szpitalach jednoimiennych w stosunku do ogólnej liczby łóżek przeznaczonych na COVID-19, według miesięcy, wynosiła w kwietniu 21%, w maju – 24%, w czerwcu – 23%, w lipcu – 25%. Średni czas pobytu pacjenta w szpitalu jednoimiennym wahał się od 5 do 23 dni.

Trudno byłoby bez kartki, pani poseł... Dziękuję.

Pod względem rozwiązań organizacyjnych oraz prawnych poczynionych od początku trwania epidemii wywołanej SARS-CoV-2 obecny model działań jest sprawdzony. Jednocześnie informujemy, że od 7 lipca 2020 r. prezes NFZ powołał zespół roboczy do spraw opracowania planu przywracania pełnej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ograniczonej w związku z wprowadzeniem stanu zagrożenia epidemicznego i stanu epidemii. W gronie ekspertów znajdują się także dyrektorzy szpitali jednoimiennych.

I jeszcze, panie przewodniczący, jeśli pan pozwoli, odpowiem od razu na pytanie pani poseł, która mówiła o kadrach w szpitalach jednoimiennych i sytuacji rezydentów. W tej chwili procedujemy rozporządzenie ministra zdrowia, które zniesie nakaz pracy tylko i wyłącznie w szpitalu jednoimiennym. Chcemy, aby to kierownik podmiotu leczniczego mógł zwolnić pracownika z tego obowiązku i ten pracownik mógłby także świadczyć pracę w innym podmiocie leczniczym. Myślę, że w ciągu kilkunastu dni takie rozporządzenie się ukaże. Jeżeli chodzi o sposoby finansowania rekompensaty, to myślę, że pan dyrektor z NFZ odpowie w tej chwili na te pytania.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę bardzo, panie dyrektorze.

Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Bernard Waśko:

Dzień dobry państwu. Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, chciałbym wyjaśnić, na czym polega pewna niespójność informacji, które dostają się do przestrzeni publicznej, kierowanych ze szpitali imiennych, dotyczących zmiany sposobu finansowania, która nastąpiła od maja, jak również wyjaśnić, jaka jest podstawa do takiego działania, która związana jest ściśle z mechanizmem, jaki został wprowadzony zarządzeniem prezesa nr 32 z marca br. w związku z przekształceniem tych szpitali w szpitale jednoimienne.

Szpitaly te zostały przekształcone w szpitale jednoimienne w całości, czyli w zakresie pełnej liczby łóżek lub części – z różnymi sytuacjami mieliśmy do czynienia. W związku z tym na mocy decyzji o całkowitym przekształceniu traciły całkowicie możliwość realizacji umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, która dotychczas je wiązała, czyli wykonywania świadczeń na rzecz wszystkich pacjentów i otrzymywania środków zarówno w formie ryczałtu, jak i w formie umów finansowanych pozaryczałtowo. Tam, gdzie to przekształcenie było częściowe, to oczywiście szpitale traciły taką zdolność również częściowo, ponieważ na pozostałej części łóżek mogły kontynuować działalność związaną z leczeniem pozostałych pacjentów i realizacją umowy z NFZ.

Istotą mechanizmu, który wprowadził specjalne metody finansowania dla tych szpitali właśnie zarządzeniem nr 32, było to, żeby wszystkie szpitale pozbawione możliwości realizacji umowy na podstawie szczegółowych obowiązków, które zostały na nie nałożone, otrzymały w tej samej wysokości niezmienione przychody, tak jakby kontynuowały realizację umów z NFZ. Na tym polega ekwiwalentność ustalania tej kwoty, tzw. ryczałtu covidowego czy też opłaty kompensacyjnej, która była indywidualnie ustalana przez dyrektora każdego oddziału wojewódzkiego NFZ w odniesieniu do każdego szpitala z osobna, z uwzględnieniem tych czynników, o których mówiłem. To znaczy, czy były przekształcone w całości, czy w części, a punkt odniesienia stanowiły przychody tych szpitali z okresu sprzed COVID-u. Jako okres referencyjny brano pod uwagę styczeń–luty br. Zatem istotą wprowadzenia tego mechanizmu były, po pierwsze, ekwiwalentność, czyli zachowanie tego samego poziomu przychodów, jaki szpitale otrzymywały wcześniej, a po drugie, oprócz ekwiwalentności, warunek – bo tak jest literalnie zapisane w uzasadnieniu do zarządzenia, o którym mówiłem – odniesienia się do utraconych przychodów. To znaczy takich, których, nie mogąc realizować umowy, te szpitale nie są w stanie wygenerować.

W związku ze spełnieniem tych warunków – a to jest kluczowe – została naliczona opłata „covidowa”, w przypadku której, poza tym, że jest w identycznej wysokości, co istotne, zmienia się tylko źródło finansowania. Źródłem finansowania jest budżet państwa i środki przeznaczone na to są w dyspozycji ministra zdrowia, który z kolei

przekazuje je NFZ-etowi. Natomiast nie pochodzą one z planu finansowego NFZ na ten rok, z kwot przeznaczonych na koszty świadczeń zdrowotnych.

Oprócz opłaty kompensacyjnej szpitale z chwilą przekształcenia w jednoimienne dodatkowo otrzymywały wynagrodzenie uzależnione od liczby łóżek pozostałych w gotowości do leczenia pacjentów. W przypadku, kiedy te łóżka były nieobsadzone, czyli były puste, było to za osobodzień, za każde łóżko zgłoszone do wykazu. W sytuacji, kiedy to łóżko było zajęte, opłata była uzależniona od tego, czy był to pacjent podejrzany o infekcję COVID, czy pacjent, u którego już ją rozpoznano, a następnie, czy był to pacjent pod respiratorem, czy nie. W zależności od tego, jakiej pacjent wymagał opieki, tak była skalkulowana opłata. I to jest również w zarządzeniu prezesa.

Krótko mówiąc, wszystkie te źródła finansowania zsumowane powodowały, że właśnie jest tak, jak mówimy. To znaczy po przeanalizowaniu skutków wprowadzenia tej zmiany, poprosiliśmy pod koniec maja o sprawozdania finansowe, ponieważ docierały różne informacje. Na polecenie ministra szpitale zostały zobowiązane do przedstawienia oddziałom wojewódzkim NFZ sprawozdań finansowych F-01 obejmujących okres od początku roku, czyli zarówno sprzed COVID-u, jak i pierwsze miesiące, czyli marzec i kwiecień.

Na podstawie analiz sprawozdań finansowych stwierdziliśmy to, o czym informował pan minister Kraska, czyli generalnie znaczący wzrost poziomu finansowania. W porównaniu z poprzednim okresem, sprzed COVID-u, wzrost był kilkudziesięcioprocentowy. Ten wzrost przychodów połączony ze spadkiem kosztów – bo tak było w istocie, ten spadek wynosił 98–99% poziomu kosztów sprzed COVID-u... Pan minister wyjaśniał, jak do tego spadku doszło. Ja tylko przypomnę, że nominalnie ten spadek jest skutkiem tego, że niewątpliwie wzrost wydatków związanych z leczeniem pacjentów „covidowych”, głównie w zakresie środków ochrony osobistej, był mniejszy niż spadek kosztów związanych z brakiem wykonywania umowy na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli leczeniem wszystkich pozostałych pacjentów. Zatem saldo tych dwóch mechanizmów dało nam właśnie taką wartość. Dlatego też mówiąc o wzroście kosztów funkcjonowania szpitali „covidowych”, należy pamiętać, że rzeczywiście w jednym segmencie nastąpił wzrost, natomiast w innym segmencie kosztów nastąpił spadek.

Generalnie, podsumowując, w tej chwili sytuacja finansowa szpitali „covidowych” jest doskonała. Nie była nigdy tak dobra. Jeżeli popatrzymy na zysk z działalności operacyjnej za maj, to jest to około 200 mln zł na 22 szpitale. Łatwo sobie policzyć, jaki średnio osiągnął zysk szpital „covidowy” i czy uprawnione jest mówienie o tym, że mamy do czynienia z jakąś finansową katastrofą czy też odebraniem jakichś należnych jeszcze dodatkowo pieniędzy.

Odnośnie do informacji, że szpitale dowiedziały się wstecz i takiego zarzutu, chciałbym poinformować, szanowni państwo, że szpitale jednoimienne za marzec i za kwiecień otrzymały ryczałt NFZ w pełnej wysokości. Natomiast odnośnie do informacji o tym, że korekta ryczałtu, tego dodatkowego NFZ, który nie powinien być wypłacany, nastąpi w maju, to ta korekta rzeczywiście nastąpiła na dzień 30 i 31 maja. Taka informacja formalnie została przekazana, jeśli chodzi o naliczenie dodatkowej kwoty ryczałtu, natomiast na początku maja wszyscy dyrektorzy oddziałów wojewódzkich, na polecenie prezesa, zostali zobowiązani do poinformowania na początku maja dyrektorów szpitali jednoimiennych, że taka sytuacja nastąpi. Według mojej wiedzy wszyscy dyrektorzy oddziałów wojewódzkich takie polecenie wykonali i taką informację przekazali. W czerwcu była oczywiście kontynuacja tej samej sytuacji, więc nie wymagało to już jakiegoś specjalnego, dodatkowego informowania. Tak więc, jeśli chodzi o te mechanizmy finansowania, to na razie tyle. Jeżeli będą dodatkowe pytania, chętnie wyjaśnię.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Rozumiem, że jeszcze pan minister chciałby dopowiedzieć parę rzeczy. Później będzie otwarcie dyskusji.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Tak. Dziękuję, panie przewodniczący. Padło też pytanie na temat planu odmrażania szpitali jednoimiennych. My ten proces rozpoczęliśmy już 1 czerwca. Jest to stopniowe

wygaszanie szpitali w całym kraju. Oczywiście jest to uzależnione od stanu epidemiologicznego i różnie w poszczególnych województwach w tej chwili się to odbywa. Tak jak powołanie szpitala jednoimiennego, tak i wygaszanie jest decyzją wojewody. Taką decyzję także podejmują wojewodowie. To wygaszanie jest różne w poszczególnych województwach właśnie ze względu na sytuację epidemiczną. Przykładem jest województwo śląskie.

Było też pytanie na temat ubezpieczeń pracowników w szpitalach jednoimiennych. Te ubezpieczenia, które zaoferowało PZU i którym są objęci pracownicy szpitali jednoimiennych, obowiązuje do 31 marca 2021 r. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Szanowni państwo, otwieram dyskusję. Bardzo proszę, w kolejności zgłoszeń, pani poseł Hennig-Kłoska. Widzę państwa również.

Poseł Paulina Hennig-Kłoska (KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, ja chciałabym zapytać pana ministra, bo myślę, że Ministerstwo Zdrowia powinno dokonać takiej głębokiej analizy. Może postawię pytanie dość ogólne, czy ten system, który wdrożyliście w ramach COVID-u, się sprawdził? Czy przekształcenie często najlepszych szpitali wojewódzkich w szpitale jednoimienne nie dało efektu odwrotnego od zamierzonego? Z jednej strony najlepsze szpitale specjalistyczne przestały leczyć ludzi i zaczęły się zajmować wyłącznie COVID-em. W ten sposób tak naprawdę tylko wydłużyliśmy kolejkę do lekarzy specjalistów, których tak bardzo w Polsce brakuje. A z drugiej strony, jak słyszymy, obciążenie w tych szpitalach jest dość ograniczone. Jeżeli bowiem pan minister mówił o użyciu respiratorów – oczywiście, dobrze, że tak się stało – na poziomie 9–10% i maksymalnie 25%, chyba w lipcu, jeśli chodzi o łóżka, to widać, że te moce przerobowe nie były wykorzystywane.

Zadaję to pytanie nie po to, żeby krytykować, a po to, żeby zapytać o strategię na ewentualną drugą falę. Czy w drugiej fali COVID dalej będziecie chcieli utrzymywać szpitale jednoimienne? Czy raczej będziecie chcieli w inny sposób obsługiwać pacjentów chorych na koronawirusa? Myślę, że to jest odpowiedź, na którą te szpitale czekają. To jest ważne, ponieważ, jeśli obserwowaliśmy cały rozwój sytuacji, rozwój epidemii w naszym kraju, to dobrze wiemy, że to, iż utworzyliśmy szpitale jednoimienne nie sprawiło, że szpitale pozostałe, które nie były dedykowane do leczenia pacjentów, były wolne od epidemii. Tam również trafiali pacjenci niezidentyfikowani, którzy okazywali się chorzy na COVID-19. Tam również dochodziło do zachorowań personelu, a może tam przede wszystkim brakowało środków ochrony indywidualnej.

Sytuacja tych szpitali często jest odmienna od sytuacji szpitali jednoimiennych, ponieważ te szpitale, które nie zostały przekształcone, również miały zamrożony czas na realizację kontraktu NFZ. Również był taki okres, w którym nie mogły w swobodny sposób realizować kontraktu, realizując planowe zabiegi. Tam ryczałty nie zostały wydane, a dodatkowe koszty związane z zakupem środków ochrony indywidualnej szpitale musiały ponosić, jak też oczywiście koszty stałe związane z utrzymaniem personelu i infrastruktury. Sytuacja tych szpitali często jest taka, że dzisiaj są w dużym „niedoróbku”, jeśli chodzi o wykonanie kontraktu z NFZ. Zwykle na poziomie połowy roku jest on niższy, ale w tym roku jest szczególnie niski.

Jeżeli jest pan dyrektor z NFZ, to może mógłby nam powiedzieć, jak to wygląda średnio na szpitale powiatowe i wojewódzkie niejednoimienne? I jak wygląda sytuacja finansowa tych szpitali? Mieliśmy tam spory wzrost zadłużenia, wydłużania się terminów płatności oraz wzrost środków, które musiały zaangażować jednostki samorządu terytorialnego w ramach poniesionych strat już w zeszłym roku. W tym roku wydaje się, że sytuacja, chociażby z powodu tej epidemii, może być gorsza, jeżeli te kontrakty nie będą przez nie wykonane na odpowiednim poziomie. Tak więc takie ogólne, globalne pytanie – czy system, który wprowadziliście, sprawdził się? Czy też nie jest tak, że jednak na drugą falę powinniśmy wprowadzić inny? Czy ministerstwo przygotowało jakieś systemowe rozwiązanie na drugą falę epidemii, czy będziemy działać tak jak dotychczas?

Chciałabym też zapytać... Często dochodzą do nas głosy – można przeczytać o tym w prasie i usłyszeć od przedstawicieli szpitali jednoimiennych – o dużym odpływie kadry

z tych szpitali, ponieważ lekarze specjaliści często musieli wybierać, gdzie chcą leczyć. W szpitalach jednoimiennych nie mieli możliwości realizowania swoich zaplanowanych zabiegów specjalistycznych, często bardzo wysokospecjalistycznych. Zresztą sprzęt, który tam stał przez wiele miesięcy, też kłuje w oczy. Słyszymy o masowych odejściach ze szpitali jednoimiennych specjalistów o wysokich kwalifikacjach – tych, których w Polsce brakuje najbardziej. Rozumiem, że to do wojewody będzie należała decyzja, kiedy takie szpitale będzie przekształcał z powrotem w szpitale specjalistyczne, natomiast pytam, czy macie globalne informacje o problemach kadrowych? Czy ministerstwo zebrało te informacje i czy w jakiś sposób systemowo chcecie wesprzeć te szpitale, by mogły wznowić zabiegi specjalistyczne?

Przy okazji takie pytanie: na ile wydłużyły się nam kolejki do zabiegów specjalistycznych, które w czasie COVID-u nie zostały zrealizowane? Tak jak mówię, nie tylko szpitale specjalistyczne nie funkcjonowały. Generalnie, patrząc na cały system, wydaje się, że to, czego zabrakło w tarczy antykryzysowej, to właśnie pomocy dla jednostek służby zdrowia, które obok szpitali jednoimiennych często ratowały nam życie, a nie mogły w pełnym zakresie realizować swojej działalności leczniczej. To tyle. Może jeszcze w dalszej kolejności...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie, nie. Wystarczy na razie, pani poseł, bo naprawdę chodzi też o to, żebyśmy za długo nie zadawali pytań. Pewne treści się powtarzają. Pan poseł Sowa, bardzo proszę.

Poseł Marek Sowa (KO) – spoza składu Komisji:

Panie przewodniczący, panie ministrze, ja też będę ten wątek kontynuował, a generalnie będę pytał w dwóch zakresach. Pierwszy zakres dotyczy szpitali, które nie są szpitalami jednoimiennymi, ale mają oddziały zakaźne i na mocy decyzji wojewody nałożone na nie dodatkowe obowiązki. Te szpitale od marca też dysponowały 20-procentowym dodatkiem „covidowym”. Ten dodatek i w maju, i w czerwcu jest chyba utrzymany, natomiast obcięto im 20% ryczałtu na wykonywanie świadczeń.

Ja przypomnę, że zgodnie z sytuacją epidemiologiczną w kraju chyba wszystkie szpitale miały, przynajmniej w kwietniu, w marcu–kwietniu, ograniczone możliwości działalności. Wiem, że nie było planowych zabiegów i ta sytuacja związała się z sytuacją epidemiologiczną w kraju. Niemniej jednak ta decyzja dyrektora oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w moim przekonaniu i w przekonaniu również dyrektorów szpitali jest po prostu decyzją bezprawną. Te szpitale mają przyznawany ryczałt na cały rok, są rocznie „obliczane”.

Ja przypominam sobie tę dyskusję, która toczyła się w Sejmie, kiedy państwo wprowadzali sieć szpitali. Wówczas była jednoznaczna deklaracja z waszej strony – to dyrektor będzie wiedział, jaką kwotę dysponuje na cały rok, będzie zamiast tego świadczył świadczenia zdrowotne, ta kwota nie zostanie mu zabrana. Daje to szpitalom gwarancję, że wiedzą, czym dysponują, nie tylko w miesiącu, ale w każdym roku, skończą się dyskusje o nadwykonaniach etc. Tutaj po prostu państwo doprowadziliście do takiej sytuacji, że obcinając 20% ryczałtu...

No nie, panie ministrze. Naprawdę nie tylko dyrektorzy, ale i pracownicy tych szpitali czują się dzisiaj przez was oszukani. Oszukani się czują, bo w marcu publicznie mówiliście, że dokładacie 20% dodatku „covidowego” dla tych, którzy się zwalczaniem...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, naprawdę, spokojnie. Bardzo bym prosił, żeby pan kontynuował zadawanie pytania...

Poseł Marek Sowa (KO) – spoza składu Komisji:

Ja będę kontynuował...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

...bo pan powtarza w tej chwili te argumenty, a wydaje się, że nie ma pan racji i zaraz pan minister odpowie.

Poseł Marek Sowa (KO) – spoza składu Komisji:

Panie przewodniczący, jeśli między sobą nie będziecie dyskutowali i komentowali mojego wystąpienia, to ja będę kontynuował bez odnoszenia się do waszych stawek. Dobrze?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, nie jest pan członkiem Komisji, dlatego wydaje mi się, że...

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Ma takie samo prawo...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ma takie samo prawa, ale pewnych rzeczy, o których rozmawialiśmy...

Poseł Marek Sowa (KO) – spoza składu Komisji:

Mogę nie wiedzieć...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

...może z tego powodu nie wiedzieć, ale pan minister odpowie i wyjaśni, oczywiście.

Poseł Marek Sowa (KO) – spoza składu Komisji:

Dobrze. Żeby nie było wątpliwości, ja odnoszę się również do stanowiska choćby dyrektora szpitala w Myślenicach, które zostało przekazane do Narodowego Funduszu Zdrowia, oddział w Krakowie. Były również wystąpienia do ministra Szumowskiego w tym zakresie i wiem, że stanowisko jest podtrzymane – jednostronnie NFZ obniżył ryczałt dla szpitala o 20%. W przypadku szpitala w Myślenicach jest to ponad 300 tys. zł, a dyrektor precyzyjnie mi wykazuje, że koszty związane z utrzymaniem tego rygoru przekraczają 320 tys. zł. Po prostu taka jest sytuacja.

I druga sprawa, o którą chcę zapytać, to sytuacja szpitala jednoimiennego, Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Jak wiadomo, od początku jest on podzielony niejako na dwie części. Z jednej strony jest szpitalem jednoimiennym, a z drugiej strony wykonuje najważniejsze procedury medyczne. Jest to nowo otwarty szpital – w listopadzie ub.r. – który z punktu widzenia nie tylko województwa małopolskiego, ale, jak myślę, południowej Polski, spełnia bardzo ważną funkcję. Stamtąd też jest wystąpienie dyrektora szpitala w zakresie dodatku „covidowego” dla części oddziału ratunkowego, oddziału intensywnej terapii, które też, decyzją dyrektora NFZ, zostały pozbawione tego dodatku „covidowego” od maja. W związku z powyższym, ponieważ w pierwszym i drugim przypadku są to wystąpienia oficjalne, chciałbym, aby pan minister do tego się odniósł. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Pani poseł Rosa, bardzo proszę.

Poseł Monika Rosa (KO):

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, ja chciałabym zwrócić uwagę na szpital w Tychach. Jest to oczywiście szpital jednoimienny, który dla pacjentów z COVID-em ma przeznaczonych 280 miejsc. Wykorzystanych jest około 60–70 miejsc.

W trakcie trwania epidemii z tego szpitala odeszło nawet do 50% kadry lekarskiej. Jest zawieszony oddział ginekologiczny, ale odeszło także wielu innych specjalistów. Teraz szpital dowiedział się, że otrzyma zmniejszony ryczałt, chociaż – jak wszyscy powtarzają – pieniądze na walkę z COVID-em miały być środkami dodatkowymi, nie kosztem ryczałtu. Zlikwidowano także w szpitalu... NFZ odebrał kontrakt na izbę przyjęć. Jest problem z rezydentami, na których spoczywa teraz odpowiedzialność za funkcjonowanie szpitala, a którzy nie mogą teraz realizować swoich specjalizacji z racji braku lekarzy. Z powodu pacjentów, którzy tam leżą i są w stanie ciężkim, nie odbywa się wiele zabiegów, czy też nie są leczone pacjentki i pacjenci, którzy odpowiadają specjalizacji tych rezydentów. I tak naprawdę, nie wiadomo, co dalej, jaki jest plan na przyszłość. Czy nie można rozdysponować tych pacjentów do szpitala zakaźnego i próbować na nowo uruchomić działalność szpitala?

Dodam, że teraz tysiąki muszą rodzić w zupełnie innych szpitalach, poza miejscem swojego zamieszkania, bo nie ma takiej możliwości, żeby odbyło się to w Tychach. Tych

problemów jest coraz więcej, a jak wiemy doskonale, przywrócenie funkcjonowania szpitala, znalezienie kadry będzie szalenie trudne, szczególnie przy zmniejszonym ryczałcie, co było dużym zaskoczeniem także dla personelu i dyrekcji szpitala.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Dziękuję też za treściwe pytania i wypowiedź. Pani poseł Skowrońska, bardzo proszę.

Posel Krystyna Skowrońska (KO):

Dziękuję bardzo. Pierwsze moje pytanie. Szanowny panie przewodniczący, dzisiaj na godzinę 15:00 miało być zwołane posiedzenie Komisji, podczas którego miał być omawiany projekt zgłoszony przez prezydenta, dotyczący Funduszu Medycznego. Odwołała je pani marszałek w uzgodnieniu z panem. W związku z tym my dostajemy SMS, ale warto nam uzasadnić, dlaczego pan się na to zgodził, bo na ten projekt prezydencki, na tę zapowiedź dotyczącą uruchomienia Funduszu Medycznego – jak myślę – Polacy czekali. Takie wyjaśnienie nam, członkom tej Komisji, ale i Polakom, się należy, dlatego że chodzi o projekt prezydencki. Państwo go trzymacie. Czy prezydent napisał taki projekt, który nie nadaje się do procedowania, czy po prostu nie ma pieniędzy? To jest pierwsze moje pytanie.

A teraz już dotyczące szpitali jednoimiennych zakaźnych. Ja oczekuję, że w tym przypadku otrzymamy rzetelną, pełną informację. Nie będziemy się upominać, czy to o szpital w Tychach, czy o szpitale w Małopolsce, czy ja będę pytała o szpital w Łańcucie na Podkarpaciu, czy o oddział zakaźny w szpitalu w Mielcu. Ja chciałabym zadać kilka konkretnych pytań.

Zwróciła się do pana również w tej sprawie – w sprawie zmniejszenia ryczałtów na szpitale jednoimienne zakaźne – między innymi marszałek województwa lubuskiego, o czym w prasie było głośno. Po pierwsze, jakie środki państwo przewidzieli i jakie wynegocjowali w pierwszej transzy, w pierwszym ruchu, dla szpitali jednoimiennych zakaźnych? Ten montaż finansowy z pieniędzy Narodowego Funduszu Zdrowia i pieniędzy budżetowych był na początku i państwo obiecywali tym szpitalom pieniądze. Jakie były powody tego, że państwo zmniejszyli środki, i o ile, na szpitale jednoimienne zakaźne? Jakie były konsekwencje wprowadzenia szpitali jednoimiennych zakaźnych i jak to wpłynęło na zmniejszenie realizacji kontraktów przez szpitale z sieci? Jaki nowy projekt dotyczący przyznawania ryczałtów w szpitalach jest przygotowywany, tak aby Narodowy Fundusz Zdrowia o tym poinformował?

Ja jestem członkiem dwóch Komisji. Jeżeli zmieniamy plan Narodowego Funduszu Zdrowia, to powinny wypowiedzieć się dwie komisje – Komisja Zdrowia i Komisja Finansów Publicznych. Dotąd państwo o żadną opinię nie wystąpili odnośnie do takiego projektu, takiej propozycji. A myślę, że to czas najwyższy, żebyśmy wiedzieli, jak ma wyglądać plan finansowy NFZ, a również, jak będzie wyglądał spływ składki do NFZ, abyśmy się nie budzili i nie robili w trybie specjalnym posiedzeń Komisji. To wszystko, po prostu, trzeba zaplanować.

Chciałabym powiedzieć, że jeśli chodzi o szpitale jednoimienne i ich wpływ na sytuację ogólnie szpitali w sieci, tych z kontraktami, to państwo się tym nie zajmujecie. Ja rozumiem, że z jednej strony jest walka z koronawirusem, ale z drugiej strony państwo powinni wreszcie powiedzieć, jaka jest sytuacja szpitali.

Chcę powiedzieć o rzeczy skandalicznej w okresie kampanii wyborczej, o tych czekach bez pokrycia, tekturkach, na których były zapisane jakieś liczby, bo tak to trzeba nazwać. Państwo wpisali się w rzecz karygodną – pieniędzy nie ma, ustawy nie ma, niczego nie ma, a karteczki – o, takie jakieś – noszone, rozdawane są raz, dwa razy. Dobrze, że nie trzy razy. Stwierdzono, że niektórym tylko dwa razy wręczono. Dlaczego mówię o ogromnym problemie? Państwo próbujecie ustalić jakiś algorytm, do którego – jak donoszą, pod stołem są takie głosy – dajecie państwo z jednej strony... Mówicie, że dacie jakiemuś samorządowi – a konkretnie mogę powiedzieć, że powiatowi mieleckiemu – około 5 mln pieniędzy zapisanych na tekturce. Ale z drugiej strony strata szpitala za 2020 r. może wynosić około 12 mln zł. Nieprzekazane środki z funduszu na oświatę – subwencji oświatowej – to kwota około 5 mln zł. Co państwo chcecie powiedzieć? To, że ta tekturka

z 5 mln zł ma rozwiązać problem, kiedy w Sejmie leży ustawa o finansowaniu jednostek samorządu terytorialnego? To do państwa kolegów, posłów z Prawa i Sprawiedliwości, że jeżeli mamy się poważnie zająć tymi problemami, to nie jednym wycinkiem.

I w tym przypadku jeszcze jedna sprawa do pana ministra. W listopadzie br. będą miały 2 lata od wydania wyroku Trybunału Konstytucyjnego, który powiedział, że za świadczenia zdrowotne odpowiada państwo. A zatem, czy państwo przygotowali rozwiązanie? Ja nie chcę o COVID-zie. Ja chcę powiedzieć tak: mamy problem, rozwiązujemy go. Tu są pieniądze związane z COVID-em, z ryczałtami. Tu są pieniądze, które będą na to, tu jest ustawa, która będzie rozwiązywała określony problem. Jeżeli będzie państwo... To dobrze, że wam dzisiaj jeszcze nikt nie powiedział o maseczkach, że do tego kosztu waszego COVID-u, do tego zamieszania ze szpitalami jednoimiennymi zakaźnymi dochodzą jeszcze maseczki i inny sprzęt sprowadzony – w jakiej formie, nie mówię. Państwo powinni sobie na to odpowiedzieć. A zatem widzę chaos i państwo nie rozwiązują żadnego problemu.

Po pierwsze, że szpitalami jednoimiennymi zakaźnymi wprowadzacie wszystkich w błąd. Po co to zamieszanie? Trzeba było powiedzieć: dajemy wam tyle, będzie uzupełniane, tworzymy specjalny fundusz, jakie będziecie mieli koszty. A państwo dali ryczałt, a dzisiaj odbieracie część i pozostawiacie problem. To pewnie takie dziecięce przysłowie z podwórka „Kto daje i odbiera, ten się w piekle poniewiera”. Państwo doprowadzili do takiego chaosu i państwo za ten chaos odpowiadacie. I odpowiadając za ten chaos, powinien tutaj przyjść minister Szumowski. Na całą kampanię go schowaliście, po maseczkach. A dzisiaj, co, chcecie nam powiedzieć, że jest dobrze?

A do pana przewodniczącego – to jest skandaliczne, że państwo zawiadamiacie nas o Funduszu Medycznym, a pan potem się umawia z panią marszałek. Pan może się umówić prywatnie, ale jeżeli jest projekt prezydencki, to pokażcie go. Chyba że go nie ma.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Pani poseł skończyła. Czy tak?

Posel Krystyna Skowrońska (KO):

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo się cieszę. Pani poseł, szanowni państwo, odpowiem. Zanim zadam pytania i ustosunkuję się do tego, o czym dzisiaj dyskutujemy, to dla państwa parę słów wyjaśnienia. Po pierwsze, projekt prezydencki oczywiście jest. Myślę, że każdy z państwa może się z nim zapoznać. Druk sejmowy ma swój numer, więc nikt się z niczego nie wycofał. To po pierwsze.

Po drugie, ten projekt pierwotnie – tak mnie informowano – był przewidywany wstępnie na posiedzenie Sejmu, które rozpoczyna się w dniu jutrzejszym. Z tego wynika projekt zwołania posiedzenia Komisji w tej sprawie na dzień dzisiejszy, mimo dwóch innych posiedzeń Komisji. Czyli mielibyśmy dzisiaj do nocy trzy posiedzenia Komisji. Dowiedziałem się... Pani poseł, ja cierpliwie słuchałem. Bardzo bym prosił. Dowiedziałem się, że nie ma go na posiedzeniu Sejmu, dlatego informuję państwa, że w przyszłym tygodniu spotkamy się i będziemy na temat tego projektu rozmawiać.

Rozumiem, że entuzjazm pani poseł jest taki, że on jest prosty, łatwy, do przyjęcia i nie będziemy musieli powoływać podkomisji. Państwo chętnie popracują nad nim przez kilka godzin, przyjmiemy go od razu i damy pod głosowanie. Chyba że mają państwo inne zdanie i uważają, że musimy się nad nim jednak dość szeroko pochylić, ponieważ ja osobiście – i myślę, że członkowie prezydium to potwierdzą – otrzymuję kilka czy kilkanaście różnego rodzaju maili, w których jestem proszony o wyjaśnienie różnych spraw związanych chociażby z refundacją leków. Wydaje mi się więc, że ta ustawa jest jednak dość trudna, ale spotkamy się i będziemy wtedy decydować, czy z tymi trudnościami zmierzmy się od razu, czy będziemy nad nimi pracować nieco dłużej. Jednak tak czy inaczej tę pracę na początku przyszłego tygodnia rozpoczniemy. To pierwsza sprawa.

I oczywiście nie ma, szanowni państwo, żadnego drugiego dna, skoro – tak jak powiedziałem – jest druk sejmowy, a teraz, zgodnie z procedurami, to pani marszałek zwołuje posiedzenia Sejmu i ewentualnie dokonuje korekty w tych posiedzeniach Sejmu. Takie

przyjeliśmy rozwiązania regulaminowe. Zresztą zgodnie z rozwiązaniami, które przyjęliśmy w ustawie „covidowej”, to Komisja Zdrowia – przynajmniej w tej chwili, dopóki ta specustawa obowiązuje – nie opiniuje zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia. Myślę, że osoby, zwłaszcza zajmujące się finansami publicznymi, z pewnością o tym wiedzą, co przez Sejm zostało przyjęte. Taką więc mamy sytuację na tę chwilę taką, że zmiana planu czy plan na przyszły rok będzie przyjmowany poza opinią Komisji Zdrowia.

A jeżeli chodzi o kwestie merytoryczne, związane z dzisiejszym posiedzeniem, szanowni państwo, to nie jest tak, że ktoś coś dał i później odebrał albo w ogóle odebrał. To zwiększenie – pewnie pan minister będzie zaraz o tym mówił – dano na marzec i kwiecień. Nie jest więc prawdą, że zmniejszono ryczałt, tylko prawdą jest to, że na dwa miesiące zwiększono ryczałt. Jest to pewna różnica, jeżeli mówimy o zwiększeniu ryczałtu na dwa miesiące.

Następna sprawa. Podzielam zdanie części z państwa, że podstawowym problemem jest pytanie o tempo wychodzenia i moment wychodzenia oraz koszty związane z wychodzeniem z pewnych obostrzeń związanych z pandemią, które dotyczyły różnych szpitali, nie tylko szpitali jednoimiennych. Chcę tu państwu powiedzieć, że jest bodaj 880 mln zł dodatkowych pieniędzy, które są przeznaczone na proces wychodzenia z ograniczeń, które zostały przyjęte przez placówki medyczne w związku z COVID-19.

Z tego co wiem, o 3%, będą też zwiększone faktury, jeżeli chodzi o koszty wychodzenia z różnych obostrzeń związanych z COVID-19. To wszystko jest oczywiście do zweryfikowania, być może nie tylko z ministrem Kraską. Tymi sprawami, pewnie w większym stopniu, zajmuje się minister Gadomski. Przyjdzie zapewne na posiedzenie Komisji, chociażby to związane z funduszem. Będzie można go o to dodatkowo dopytać.

Kwestie szpitali jednoimiennych. Ja uważam, w przeciwieństwie do państwa, że to było dobre rozwiązanie. Wydaje się, że najbezpieczniejsze. Pewnie nie idealne, ale najbezpieczniejsze, jeżeli chodziło o oddzielenie pacjentów chorych od tych, którzy trafiali do szpitali z innymi schorzeniami. Tak jak powiedziałem – pewnie nie jest to rozwiązanie idealne, ale wydaje się optymalne z punktu widzenia funkcjonowania innych placówek służby zdrowia. Proszę sobie wyobrazić, co by się działo w służbie zdrowia, gdyby pacjenci COVID-19 trafiali do różnych szpitali, jakie by to przyniosło reperkusje – zamykanie części szpitali, całych szpitali, kwarantannę wielu pracowników i tak naprawdę paraliż ochrony zdrowia. Zakładam, że nikt z państwa – na szczęście jesteśmy dzisiaj po kampanii – tego nie chce. W związku z tym należało ograniczyć się do pewnej niewielkiej liczby szpitali dedykowanych właśnie pandemii COVID-19. To jest rozwiązanie dobre.

Inną sprawą są oczywiście kwestie związane z personelem. Z tego wynikały dodatkowe wynagrodzenia dla tego personelu. Nie była to niewątpliwie sytuacja komfortowa dla osób, które często były aktywne zawodowo więcej niż w jednym miejscu, ale wydaje się to jedynym możliwym rozwiązaniem. Przyznam szczerze, że – tu nawiązuję do wypowiedzi pani poseł Zawiszy – widzę pewną sprzeczność nawet u pani poseł, która z jednej strony mówiła o tym, że personel odchodził z tych szpitali, a z drugiej strony o zwolnieniach. I to wszystko w sytuacji, kiedy – państwo o tym też mówili wielokrotnie przy okazji różnych posiedzeń Komisji – personel medyczny jest poszukiwany, są jego braki na rynku. Zatem tutaj, przyznam, jest pewna sprzeczność.

Mogę zgodzić się odnośnie do pewnych utrudnień i niedogodności dla personelu, bo to prawda. Natomiast wydaje mi się, że jeśli chodzi o inne tezy, które były postawione odnośnie do zatrudnienia personelu, to jednak wydaje się, że nasze doświadczenia są nieco inne. Pozostaje oczywiście otwarte również pytanie, na które, jak rozumiem, odpowie zaraz pan minister. Zakładamy, że prawdopodobnie będzie kolejna fala epidemii. Jaki jest plan ewentualnego wychodzenia szpitali jednoimiennych z tego przeznaczenia ich tylko dla COVID-19? W niektórych przypadkach rzeczywiście jest to problem.

Wreszcie ostatnia sprawa, panie ministrze, o którą ja zapytam, a która moim zdaniem jest warta rozważenia. To jest kwestia poprawy funkcjonowania i dostępu innych pacjentów, bo rzeczywiście – mówię teraz jako radiolog – było ograniczenie, jeżeli chodzi o dostęp do diagnostyki również w szpitalach „niecovidowych”. W moim przekonaniu

– wiem, że pierwsza ustawa „covidowa” dała ograniczenia, może przy kolejnej ustawie „covidowej”, którą niedługo będziemy rozpatrywać – warto do tego wrócić, żeby otworzyć możliwości diagnostyki na inne podmioty. Chodzi o to, aby nie było takiej sytuacji, że w sposób naturalny ograniczyliśmy diagnostykę, co spowodowało pewne zaległości w tym zakresie, zwłaszcza jeżeli chodzi o rezonans magnetyczny, a pewnie w mniejszym stopniu, jeżeli chodzi o tomografię komputerową. Moim zdaniem warto, przynajmniej do końca roku, szerzej otworzyć się na różne placówki medyczne ambulatoryjne – zwłaszcza, że tu nie ma przecież limitów – które wykonują diagnostykę w tym zakresie, aby nadrobić zaległości, które mamy. Wydaje mi się, że jest to zasadne, ponieważ doszło do pewnych opóźnień niezależnych od nikogo, związanych wyłącznie z pandemią. Ja osobiście o to pytam i to postuluję, wiedząc, jaka jest sytuacja. Również pacjenci zwracają się do mnie w tej sprawie. To tyle z mojej strony.

Wiem, że były jeszcze zgłoszenia dwóch panów przewodniczących. Pan przewodniczący Miller. Panowie też. Tak, bardzo proszę.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Panie ministrze, panie przewodniczący, szanowni państwo, myślę, że gromadzi nas tutaj nie kwestia krytykowania tego, co zrobiło ministerstwo, tylko kwestia troski o to, jak będzie wyglądał system opieki zdrowotnej. Niewątpliwie był COVID. Ja dzisiaj nie będę odnosił się do tego, czy państwo zrobiliście dobrze, tworząc szpitale jednoimienne, czy źle, dlatego że były różne modele. W Niemczech tworzone oddziały przy zwykłych szpitalach. Nie tworzone specjalistycznych szpitali jednoimiennych i nie zamieniano szpitali wielospecjalistycznych w jednoimienne, co – przyznacie panowie – przyniosło też nieoczekiwane negatywne skutki. Ja bym chciał uzyskać od panów odpowiedź przede wszystkim na to, bo nasze obawy są uzasadnione, ponieważ one płyną z informacji, które uzyskujemy od szefów placówek.

Ja z pełnym uznaniem mówię o tym, o czym pan mówił, że zwiększyła się liczba sprzętu, że były pieniądze przeznaczone dla szpitali. Wiemy jednak, że system, który niestety – teraz niepolitycznie – wprowadził poprzedni minister, okazał się systemem złym. Mówię o sieci szpitali, która doprowadziła do 14-miliardowego zadłużenia szpitali powiatowych już przed COVID-em... Wszystkich szpitali. Tak, zadłużenie 14 mld zł wszystkich szpitali, a więc to potężne zadłużenie jeszcze zanim pojawił się COVID. W związku z tym chciałbym uzyskać od pana ministra odpowiedź na pytanie, czy mamy się obawiać zapaści finansowej polskich szpitali. Jeżeli tak, to jakie działania mają państwo zamiar podjąć. Jeżeli nie, to proszę nam dzisiaj powiedzieć, że nie, że macie tyle środków i tej zapaści nie musimy się obawiać.

Pytanie drugie: czy NFZ wypłaci wszystkie świadczenia związane z podpisanymi kontraktami? Skutkiem COVID-19 było bowiem nie tylko powołanie szpitali jednoimiennych i ograniczenie w nich działań wielospecjalistycznych, ale też to, że inne szpitale również nie mogły tych działań wykonywać w związku z pewnym reżimem. W związku z tym zmniejszyła się ilość i te szpitale nie będą w stanie wykonać tego, co zostało podpisane... W ryczałcie, bo tak ustaliły ministerstwo i ten rząd, że szpitale będą miały płacone świadczenia ryczałtowe.

Nie we wszystkim z panem ministrem się zgadzam. Należy bowiem pamiętać, iż to, że szpitale wykonują mniej świadczeń, nie świadczy o tym, że one o tyle mają mniejsze koszty. Jeżeli mówię niezgodnie z prawdą, to proszę mnie sprostować. Z informacji wiem, że koszty świadczeń medycznych to jest *facto* tylko 20% kosztów utrzymania szpitala, a reszta to jest koszt utrzymania budynku, płace personelu, które niestety również decyzją rządu zostały zrzucone na barki menadżerów szpitali. Ci menadżerowie nie dostali dodatkowych środków... Ale nie w takiej sumie, nie w takiej wysokości. Może ostatnio, ale wcześniej nie otrzymywali tego, panie ministrze. W związku z tym koszty nie są jednoznaczne z tym, że jeżeli przyjdzie do szpitala dziesięciu pacjentów mniej, to te koszty będą adekwatnie mniejsze.

Chciałbym się dowiedzieć, czy napisaliście państwo odpowiedź na 11 zapytań dyrektorów szpitali. Jeżeli tak, to chciałbym, żebyśmy zobaczyli, jak to wygląda, dlatego że w tych odpowiedziach będą zawarte państwa plany odnośnie do dalszego działania.

Jakie państwo podejmiecie działania, żeby zabezpieczyć świadczenia medyczne, a zwłaszcza specjalistyczne dla pacjentów polskich, przynajmniej na poziomie sprzed COVID-19?

I ostatnie pytanie: czy nie myślicie państwo, zanim będzie następna fala epidemii, żeby odnośnie do tych szpitali, które dalej nie są jednoimienne, pójść w innym kierunku? Żeby jednak otworzyć oddziały przy szpitalach – nie wiem – powiatowych? Państwo będą znali sieci, które będą przyjmowały pacjentów zakażonych COVID-19. Może to jest rozwiązanie, które spowoduje, że takie szpitale będą prawidłowo pracowały? Nie jak szpitale, które tu państwo podają – w Tychach czy inne – w których było wielu specjalistów, ale nie mogli oni wykonywać swoich czynności. To nie są pytania złośliwe, bo myślę, że wszystkich nas tutaj gromadzi troska o stan opieki zdrowotnej w Polsce. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan poseł Rutka.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, panie ministrze, ja mam takie pytanie. Proszę oczywiście nie brać tego osobiście, ale temat dzisiejszego posiedzenia Komisji brzmi: „Informacja ministra zdrowia, pana Łukasza Szumowskiego...”. No, pan nie jest podobny do pana ministra. Tak więc dlaczego pana ministra nie ma z nami?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, powiem panu w ten sposób. Minister może zawsze delegować każdego ze swoich zastępców...

Poseł Marek Rutka (Lewica):

To prawda, ale...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Natomiast zawsze pytanie czy informacja są kierowane do szefa. I w każdej innej sprawie, gdy pan zadaje pytanie w sprawach bieżących, to też pan nie kieruje ich do wiceministra, tylko do ministra, a odpowiadają wiceministrowie. Taka jest zasada i taka była również w czasach, kiedy państwo jako lewica rządziście.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Tylko chodzi mi o to, kto udziela odpowiedzi. Jeśli pytanie jest kierowane do pana ministra...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę pamiętać, że pan minister ma pełnomocnictwo ministra zdrowia do udzielania dopowiedzi. To nie jest tak, że pan minister przyszedł na posiedzenie Komisji bez pełnomocnictwa. To jest tak, jakby odpowiadał pan minister Szumowski. Bardzo proszę, pan...

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Ewentualnie pan minister Szumowski może się wycofać z tego...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, pan...

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Ale przepraszam, jeszcze nie skończyłem.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę bardzo.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

To w takim razie przepraszam, może popsuję humor panu ministrowi, a nie panu ministrowi Szumowskiemu. Chodzi mi o kwestie finansowe. Tak to zabrzmiało, że bodajże 230 mln zł zysku, jak pan powiedział, jest korzystne w tej przykłej sytuacji z pandemią. Jednak te pieniądze nie są takie duże, bo gdybyśmy podzielili je na województwa, czyli na 16 województw, to wychodzi około 15 mln zł na województwo. Ja jestem posem z ziemi

pomorskiej. Natomiast marszałek województwa pomorskiego na funkcjonowanie szpitali w warunkach pandemii wydał dodatkowo 21 mln zł. W związku z tym nie jest tak dobrze, że nagle pojawiły się jakieś zyski, ponieważ były też – jak można powiedzieć – zrzutki narodowe po to, aby te jednostki, te placówki funkcjonowały. Funkcjonariusze w województwie pomorskim miesięcznie szyli ponad 70 tys. maseczek. Za te maseczki ministerstwo i szpitale nie musiały płacić. W związku z tym to nie prezentuje się aż tak doskonale, jak usłyszeliśmy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardo dziękuję. Pan poseł Szopiński, proszę.

Poseł Jan Szopiński (Lewica):

Szanowni panie ministrze, poinformował nas pan, że prezes Narodowego Funduszu Zdrowia powołał zespół do spraw opracowania planu przywracania pełnej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zadaniem tego zespołu jest między innymi płynne przywrócenie możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, z umów, które zostały już zawarte. Natomiast zgodnie z założeniami dotyczącymi prac tego zespołu ma on opracować założenia odnośnie do sposobu rozliczania wykonania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ja bym uprzejmie prosił – nie oczekuję nawet odpowiedzi ze strony pana ministra – żeby pan minister zainteresował się jedną sprawą. Mianowicie, rzeczywiście zgodnie z tym, co pan minister powiedział, w zespole mogą brać udział przedstawiciele szpitali jednoimiennych, ale powiem, że problemy, z jakimi oni się stykają, są różne od tych, jakie mają i będą miały oddziały zakaźne. Moja prośba do pana ministra jest otóż taka, aby pan zainteresował się kwestią, dlaczego nie ma w tym zespole reprezentantów i specjalistów w zakresie chorób zakaźnych. To oni będą mieli wiedzę o głównych elementach dotyczących przywracania opieki nad osobami zakażonymi, jak i o pacjentach z innymi chorobami.

Aktualnie moim zdaniem sytuacja jest taka, że niektóre oddziały chorób zakaźnych są całkowicie sparaliżowane ze względu na to, że zajmowały się jednym segmentem chorób, a powiedziałbym, że poszczególne oddziały NFZ nie do końca wiedzą, jak ten problem rozwiązać. Natomiast sam pan minister przyzna, że sprawne funkcjonowanie oddziałów zakaźnych ma kluczowe znaczenie dla profilaktyki z jednej strony, jak również tego, w jaki sposób nasza służba zdrowia będzie funkcjonowała. Zaniechania, do których może dojść, będą nie do odrobienia w latach następnych. Dlatego tylko prośba o to, żeby pan się zainteresował, dlaczego w tym zespole nie ma takich specjalistów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. I pan przewodniczący Piecha.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja chciałbym krótko, bo już dużo zostało powiedziane. Część wypowiedzi była na poziomie tego, co jako młody lekarz przeżywałem w słusznie minionej epoce. Przyszła inspekcja robotniczo-chłopska, w naszym szpitalu wyszukała dwa defibrylatory i zadała pytanie, dlaczego są tak rzadko używane. Zatem zostawmy to jednak fachowcom.

Dla mnie pytanie, czy ta decyzja o szpitalach jednoimiennych była słuszna, czy nie... Wynikała z przyjęcia pewnego modelu. Każdy kraj Unii Europejskiej przygotował swoje własne rozwiązanie. Szwedzi niczego nie przygotowali, Brytyjczycy na początku też nic, Niemcy poszli w kierunku wzmocnienia, Włosi stawiali namioty, Hiszpanie nawet zajmowali różnego rodzaju obiekty sportowe. Taki więc był zakres wiedzy.

Dla mnie oczywiście dzisiaj jest czas, żeby podjąć decyzje wynikające z pewnych doświadczeń – i tych europejskich, i tych światowych, i tych polskich. Ja uważam, że w Polsce epidemia – nikt nie wiedział, jak ona będzie przebiegać – przebiegała i przebiega bardzo łagodnie. Mamy w 38-milionowym społeczeństwie bodajże 35–36 tys. zakażonych. Mamy w tym naszym społeczeństwie 1500–1600 zgonów bezpośrednio związa-

nych z wirusem COVID-19. Tak się obszedł z nami, lepiej lub gorzej, natomiast przygotowaliśmy różne scenariusze.

Nie wiem, czy na świecie jest jakikolwiek specjalista epidemiolog, który jest w stanie dzisiaj stworzyć jakiś model rozwoju tej epidemii w przyszłości. Wiemy – i to wiemy z różnych doświadczeń – że wirus z nami zamieszka. My go nie witamy serdecznie, boimy się go, ale musimy z nim żyć. Czy on zniknie, czy nie? Są przypadki, że wirus nagle wyparował, ale są też takie wirusy, które zwalczyliśmy szczepionkami po wielodziesięcioletniej kampanii, typu ospa prawdziwa, albo nigdy ich nie zwalczymy. Wirus grypy od potężnej epidemii hiszpanki jest z nami. Oczywiście postęp medyczny, szczepienia spowodowały, że śmiertelność jest mniejsza.

Dla mnie na dzisiaj są takie dwa pytania. Pierwsze do NFZ-etu. Czy NFZ zaobserwował zmniejszenie przychodów w związku z lockdownem gospodarki? To jest pierwszy ważny element. Przypomnę, że NFZ, zgodnie z ustawą, może dostawać dotacje z budżetu państwa na określone zadania. Jeżeli utrzyma środki, przychody w granicach, jakie zawarte były w planie, z pewnymi zmianami, to pewnie nie grozi nam katastrofa. Druga sprawa to jest kwestia, co zrobić – i pan przewodniczący Miller już o to pytał – ze szpitalami jednoimiennymi. Ten model na dzisiaj się sprawdził. Czy on jest efektywny ekonomicznie? Nie bardzo, jeżeli w porywach mamy zajętych 20–25% łóżek, czyli mamy ogromny nadmiar. A powiem, że respiratory to jest 10–15%.

Nakupiliśmy tych respiratorów dużo. Kupowały je różne jednostki, również ze zbiórek, panie pośle. Trzeba te respiratory również w jakiś sposób zagospodarować. Oczywiście to wymaga analizy pięciomiesięcznego przebiegu epidemii, stworzenia jakiegoś modelu i przyłożenia się do tego modelu na przyszłość, jak ta epidemia może przebiegać. Możemy bowiem jednoznacznie powiedzieć, że leku w najbliższym czasie nie będzie – zresztą na powikłania grypy dotyczące powinowactwa wirusa grypy do płuc też nie ma. I to mimo iż grypa jest z nami setki lat. Czy też będziemy w stanie wyszczepić kogoś w jakichś planach szczepiennych? Póki co szczepionki nie ma. W tym roku pewnie też nie będzie. A jeśli będzie w przyszłym roku, to zaszczepi się, jak znam życie, 10%, może 15% Polaków. Takie też mamy tradycje.

Zatem pierwsza sprawa: czy ten model trzeba zweryfikować? Druga: czy Narodowy Fundusz Zdrowia ma zasoby finansowe, żeby jakoś to zakopać? I po trzecie: trzeba jednak w dalszym ciągu myśleć o tym, co się dzieje w naszym społeczeństwie. Ja nie jestem pewny, bo nie mam wszystkich danych. Myślę, że śmiertelność w miesiącach pandemii spadła. Wynika ona z różnych względów. Złośliwi mówią, że spadła jatrogenna sytuacja w ochronie zdrowia, czyli nie przyczyniliśmy się jako lekarze do określonych, bardzo niekorzystnych... W związku z tym to jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie: jak przywrócić zaufanie i zmniejszyć obawy pacjentów przed szpitalem w Tychach? To jest problem. Jeśli ktoś jest napiętnowany, to piętno to gdzieś pozostaje. I to jest duże zadanie zarówno dla nas jako polityków, jak również tych, którzy zajmują się opieką i profilaktyką zdrowotną w poszczególnych województwach czy miejscowościach. Ja mam szpital raciborski, z którego pacjenci nie bardzo chcą korzystać – jest to szpital wielospecjalistyczny. Natomiast część utyskuje tylko na jedno, że mają dalej do szpitala, ale jakoś nie zgłaszają się z innymi problemami. Odmrożenie tego szpitala jednoimiennego, panie ministrze, może być pewnym problemem. Sądzę więc, że trzeba stworzyć jakiś model postępowania, żeby z jednej strony zachować finansowanie, a z drugiej strony przywrócić to, co jest.

Problem z kadrami medycznymi również będzie, ale sądzą, że wędrująca po polskich szpitalach kadra medyczna była jednak ogromna. Panie pośle – mówię do przewodniczącego Millera – akurat zawsze się zdarzało, że jakaś ekipa zwalniała się w jednym szpitalu i przechodziła do drugiego. Natomiast ja nie obawiam się, że w Polsce będą bezrobotni lekarze. Jakoś nie mam takiego przekonania, żeby w najbliższych dziesięciu latach było w Polsce za dużo lekarzy, bo na pewno będzie ich mało. Jak zachęcić, jak rewitalizować szpitale jednoimienne, również w tym aspekcie finansowym? To też nie będzie za darmo. I trzecie: jaki ministerstwo planuje wybrać model rozwoju epidemii w tym tak zwanym, hipotetycznym, drugim rzucie jesienno-wiosennym? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. I na koniec o zabranie głosu prosiła jeszcze pani poseł Zawisza, ponownie. Tylko, pani poseł, krótko proszę, bo miała pani bardzo długie wystąpienie na początku.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Tak, ja postaram się bardzo krótko. Chciałam podkreślić to, że nie krytykowałam decyzji o powołaniu szpitali jednoimiennych, ponieważ doskonale rozumiem, że po prostu ministerstwo przyjęło pewną strategię i ją realizowało. Patrząc na to, jak wygląda w Polsce sytuacja epidemiczna, to nie była zła decyzja. Problem jest w tym, że potrzebujemy systemowych rozwiązań, jeżeli chodzi o systemowe wychodzenie, po pierwsze, ze szpitali jednoimiennych i powrót do normalnej pracy, a po drugie, o odpowiedź na pytanie, jaki model przyjmujemy, jeżeli pojawi się druga fala zakażeń. Jak również, jaki model przyjmujemy w chwili, w której zakażenia – zresztą, tak jak państwo powiedzieli – będą z nami jeszcze przez długie lata.

W związku z tym potrzebujemy systemowych rozwiązań – i o systemowe rozważania pytałam. Niestety nie otrzymałam odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia, w związku z czym chciałabym uzyskać od Ministerstwa Zdrowia odpowiedź na moje pytania ze wstępu na piśmie, żebym mogła pójść do osób, które się do mnie zwracały, i odpowiedzieć im na te pytania. Na pytania o to, w jaki sposób planują państwo rozwiązać problem rezydentów i rezydentek tracących swoich lekarzy, którzy prowadzili ich rezydentury...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, ja przyjmuję to, że chce pani odpowiedzi na piśmie, więc niech pani nie powtarza tych pytań. Dobrze? Bardzo bym o to prosił. Pan minister odpowie na piśmie.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Dobrze. Ja nie będę powtarzać. Tylko na sam koniec, ostatnie zdanie. Naprawdę bardzo bym prosiła o odpowiedź na to pytanie jeszcze dzisiaj, jeżeli jest to możliwe, a jeżeli nie, to oczywiście na piśmie. Chodzi o systemowe rozwiązania. Ja nie usłyszałam niczego o systemowych rozwiązaniach oraz o tym, jaki jest plan na przyszłość. Jeżeli ministerstwo tego teraz nie ma, to kiedy będzie miało? Nie może być tak, że 22 szpitale są wyłączone, nie ma wobec nich żadnego planu i nie wiadomo, w jaki sposób będzie się to rozwijało, jeżeli chodzi o wychodzenie tych szpitali z bycia jednoimiennymi i powrót do normalnego życia oraz przygotowania na drugą falę. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Kilka osób pytało o to samo – również pan przewodniczący, ja, pan przewodniczący Miller, pan przewodniczący Piecha. Panie ministrze, bardzo proszę o odpowiedź na pytania. Na co nie będzie pan w stanie odpowiedzieć teraz, to oczywiście poprosimy o odpowiedź na piśmie.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Jasne. Dziękuję, panie przewodniczący. Szanowni państwo, zacznę od pytań pani poseł Hennig-Kłoski. Analiza systemu jest w tej chwili prowadzona, pani poseł. Bowiemy oczywiście kilka dni po pamiętnym 4 marca, kiedy to pojawił się w Polsce pierwszy pacjent z koronawirusem, spotkaliśmy się w gronie ekspertów i konsultantów krajowych. Zapadła wtedy decyzja, aby powstały w Polsce szpitale jednoimienne. Przypomnę tylko państwu, że w tym momencie w Europie codziennie było kilkanaście tysięcy nowych zachorowań, a także codziennie umierało ponad 1000 osób, a nawet więcej. Podjęliśmy więc taką decyzję, aby początkowo powołać 19, a potem 23 szpitale jednoimienne, czyli szpitale, które będą świadczyły cały zakres usług specjalistycznych dla pacjentów z koronawirusem.

Ja też pamiętam moment, kiedy tydzień przed świętami Wielkiej Nocy spotkaliśmy się w Ministerstwie Zdrowia w podobnym gronie i usłyszeliśmy od ekspertów, że tydzień po świętach w Polsce zabraknie wolnych respiratorów. Dla nas była to dość przerażająca informacja, ponieważ wszyscy eksperci dowodzili, że imigracja Polaków z okazji świąt Wielkiej Nocy doprowadzi do tego, że tych zakażeń, a szczególnie pacjentów ciężkich, drastycznie przybędzie. Na szczęście to się nie sprawdziło i respiratorów w Polsce

wystarczyło dla wszystkich pacjentów. Nie było potrzeby, aby wybierać między pacjentem, któremu możemy zaoferować podłączenie do respiratora, a któremu musimy tego odmówić.

W tych szpitalach jednoimiennych rzeczywiście na szczęście – jak pokazują statystyki – wykorzystano około ¼ miejsc. Dlatego w tej chwili prowadzimy analizę i rzeczywiście chcemy, aby na ewentualną drugą falę, która pojawi się na jesieni, tymi szpitalami jednoimiennymi, ale w troszeczkę zmodyfikowanej formie, zaspokoić potrzeby pacjentów z ewentualnym koronawirusem. Widzimy, że nie wszystkie szpitale jednoimienne mają wykorzystaną bazę, jeżeli chodzi o leczenie specjalistyczne. Dlatego chcemy pewne dziedziny z tych szpitali jakby skonsolidować w jednym miejscu, żeby wszystko nie było w szpitalu jednoimiennym, ale żeby szpital jednoimienno, na przykład jeżeli chodzi o kardiologię, mógł obsłużyć dwa lub trzy województwa. Myślę, że to zmniejszy środki wydawane na szpitale jednoimienne, ale także jest racjonalnym podejściem do tego.

W jednym ze szpitali było na przykład 1300 pacjentów, wykonano 32 zabiegi operacyjne. Czyli widzimy, że na pewno w tych szpitalach jednoimiennych będą potrzeby usług wysokospecjalistycznych, ale musimy je w jakiś sposób skoncentrować. I w tej chwili zespół, który został powołany, właśnie nad tym pracuje. Nie ma w tym zespole akurat zakaźników, ale są przedstawiciele głównego inspektora sanitarnego i Państwowego Zakładu Higieny. Myślę więc, że ten zespół jest otwarty. Dlatego wypracujemy w najbliższych tygodniach takie rozwiązanie, które by troszeczkę przemodelowało szpitale jednoimienne. Jednak w dalszym ciągu uważam, że decyzja o powołaniu szpitali jednoimiennych w takiej formie, jaka była na początku, była dobra. Była jedynym sposobem na zabezpieczenie Polaków w tym długim okresie epidemii.

Jeżeli chodzi o kadry medyczne, rzeczywiście to dość często pada na naszych spotkaniach z dyrektorami szpitali jednoimiennych, z którymi w ciągu ostatnich dwóch tygodni spotykaliśmy się dwukrotnie i rozmawialiśmy. Rzeczywiście ci dyrektorzy podnoszą fakt, że widać odpływ kadry medycznej. To jest jakby ich główny postulat w tej chwili. Nie postulat finansowy, tylko właśnie taki, abyśmy złagodzili tę decyzję, że można pracować tylko w szpitalu jednoimiennym.

Tak jak mówiłem na początku, w tej chwili kończymy już rozporządzenie, które złagodzi możliwość pracy tylko i wyłącznie w szpitalu jednoimiennym. Będzie to oczywiście decyzja kierownika szpitala jednoimiennego. Ale także na wniosek innego podmiotu, który zwróci się do kierownika szpitala jednoimiennego, ten zakaz pracy w innych jednostkach może zostać uchylony. Oczywiście dla tych, którzy chcą pracować tylko i wyłącznie w szpitalach jednoimiennych, rekompensaty finansowe w dalszym ciągu będą utrzymane. To samo dotyczy rezydentów. Myślę, że jeżeli szpital jednoimienno – a to się w tej chwili dzieje – będzie rozszerzał swoją działalność, bo tak wynika z potrzeb, które nam zgłaszają dyrektorzy szpitali jednoimiennych, to i rezydenci w tych szpitalach pozostaną.

Padło też pytanie, dlaczego nie było tarczy dla szpitali. Ja myślę, że przed pojawieniem się tarczy antykryzysowych dla różnych przedsiębiorców już pojawiła się i była wdrożona tarcza, która była skierowana do szpitali. Szpitale nie miały pacjentów, nie wykonywały swojego ryczałtu, ale miały płaconą co miesiąc 1/12 swojego ryczałtu, mimo że pacjentów nie było. Myślę jednak, że o tym ryczałcie powie jeszcze pan dyrektor NFZ-et.

Słyszałem też tutaj na temat bardzo kiepskiej sytuacji finansowej, szczególnie Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Ja posiłkę się twardymi danymi. W ciągu dwóch miesięcy działania jako szpital jednoimienno Szpital Uniwersytecki w Krakowie dodatkowo otrzymał 24 mln zł. Myślę, że to nie są małe pieniądze. Szpital na Śląsku – Megrez sp. – ponad 3 mln zł, szczególnie że to tylko pieniądze, które zostały przekazane dodatkowo. Tak więc w tym szpitalu została wykonana...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Szanowni państwo, naprawdę, proszę o powagę. Pan minister odpowiada, cierpliwie słuchał. Nie przeszkadzajcie państwo, nie przerywajcie. Nie wypada. Panie ministrze, bardzo proszę odpowiadać.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Proszę państwa, jak widać, do szpitali jednoimiennych poszły bardzo duże pieniądze. Naprawdę, jeżeli państwo spojrzycie na szpital dość zadłużony, jakim jest szpital w Grudziądzu... Wszyscy wiedzą, jaki dług ma ten szpital. W ciągu dwóch miesięcy uzyskał on ponad 16 699 000 zł zysku. Czyli może odbił się od dna, aczkolwiek wiemy, że jego zadłużenie jest bardzo, bardzo duże.

Szanowni państwo, jaki jest w tej chwili nasz plan dotyczący wychodzenia i ewentualnej drugiej fali? Musimy zachować pewną liczbę łóżek w szpitalach jednoimiennych na ewentualną drugą falę epidemii koronawirusa, aczkolwiek to jest w sferze domysłów, czy taka fala rzeczywiście się pojawi. Musimy być na to przygotowani, mimo że to niestety niesie za sobą dość spore koszty. Jednak na pewno nikt by nam nie wybaczył, gdybyśmy zlikwidowali w tej chwili szpitale jednoimienne i zaczęli je od nowa wskrzeszać we wrześniu albo w październiku, kiedy pojawi się druga fala. Dlatego chcemy te łóżka częściowo wygasić, ale jednocześnie zachować pewną bazę w gotowości, aby te szpitale ewentualnie bardzo szybko wróciły do swojej pełnej mocy. Myślę, że będzie to dość proste, ponieważ szpitale jednoimienne już wdrożyły się w te procedury, jeżeli chodzi o oddziały zakaźne.

W Polsce mamy także dość dużo oddziałów zakaźnych czy też szpitali zakaźnych, ale to są typowe łóżka zakaźne. Jeżeli mamy pacjenta zakażonego koronawirusem, a on czasem wymaga czy zabiegu ortopedycznego, czy zabiegu chirurgicznego, czy położniczego, to chcieliśmy, aby te szpitale były przygotowane właśnie dla tych pacjentów i te świadczenia udostępniały.

Rzeczywiście okres pandemii koronawirusa spowodował, że pacjenci bardzo ograniczyli swoją bytność w szpitalach czy pracowniach diagnostyki. To niestety może skutkować tym, że pewne choroby mogą się ujawnić w następnych miesiącach. Zatem chcemy – tak jak mówił pan przewodniczący Latos – aby diagnostyka była już bardziej przyjazna, oczywiście pod pełnym rygiem sanitarnym. Aby pacjenci już nie bali się i dość łatwo się dostawali do pracowni tomografii czy rezonansu magnetycznego, bo wiem, że w tej chwili to wszystko już jakby powraca do normalności.

Tak więc w tej chwili pracujemy już nad tym, aby tzw. pobyty planowe w szpitalach – chodzi głównie o zabiegi operacyjne – były poprzedzone testami na obecność koronawirusa. Obecnie konsultant do spraw chorób zakaźnych przygotowuje takie wytyczne razem z głównym inspektorem sanitarnym. Myślę więc, że to też będzie jasny przekaz do szpitali, jak przygotowywać tych pacjentów do ewentualnych zabiegów operacyjnych, szczególnie tych, które wymagają intubacji, czyli narażają personel medyczny na ewentualne zakażenie w zdecydowanie większym stopniu niż pacjenci, którzy przychodzą na jakąś diagnostykę do danego szpitala.

Jeśli chodzi o pytania, które zostały skierowane przez dyrektorów, to myślę, że pan minister Cieszyński na te pytania pisemnie dyrektorom odpowie. I może jeszcze o finansach pan prezes NFZ kilka zdań, a jeżeli coś zapomniałem, to zaraz oczywiście uzupełnię.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Dziękuję bardzo. Ja mam też informację techniczną dla państwa. Już następna Komisja czeka, więc prosiłbym o zwięzłą odpowiedź. Bardzo proszę. Niestety nie mogę już nikogo... Odpowiedzi, które nie padły, będą na piśmie, dlatego że zostało nam 5 minut. Koledzy i koleżanki z innej Komisji czekają. Bardzo proszę, w takim razie, panie prezesie...

Poseł Paulina Hennig-Kłoska (KO):

Tak, ale zostało, panie przewodniczący, bardzo ważne pytanie...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Odpowiedź na piśmie została zadeklarowana przez pana ministra.

Zastępca prezesa NFZ Bernard Waśko:

Postaram się bardzo krótko, panie przewodniczący, szanowni państwo. Odnośnie do konkretnych kwot, które padały, chciałbym podkreślić, że właśnie w takim celu, żeby zwerfikować różne informacje, które zaczęły krążyć w pewnym momencie w domenie

publicznej, były przekazywane poprzez media, zebraliśmy wiarygodne i obiektywne dane ze sprawozdań finansowych szpitali. Te dane, które tu państwu zostały zaprezentowane, w tym przez pana ministra zacytowane, dotyczą sprawozdań finansowych przekazanych za okres do kwietnia włącznie. Natomiast w odniesieniu do maja – bo te kwoty, które pan minister podawał, obejmują również maj – dotyczą przychodów na podstawie faktur wypłacanych przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Są to więc zweryfikowane dane, do których mamy pełne zaufanie i bierzemy za nie odpowiedzialność. Jeśli chodzi o konkretne kwoty, myślę, że nie ma czasu na to, żeby je podawać w odniesieniu do konkretnych szpitali. Udzielimy takiej odpowiedzi, jeżeli takie zestawienie będzie potrzebne.

Jedną kwestię, którą pan przewodniczący Piecha poruszył, dotyczącą strony przychodowej Narodowego Funduszu Zdrowia. Chodzi o to, w jaki sposób sytuacja gospodarcza wpływa na przychody ze składki NFZ. Rzeczywiście zaobserwowaliśmy ubytek miesięczny, począwszy od marca, w stosunku do planu finansowego na poziomie mniej więcej 1,2 mld zł miesięcznie. Ten ubytek w kwietniu był większy, bo wynosił prawie 2 mld zł, ale został złagodzony pewnym jednorazowym zdarzeniem, które związane było z prawie miliardem dodatkowej składki zdrowotnej od wypłaconej trzynastej emerytury. Natomiast to jednorazowe zdarzenie w kolejnych miesiącach już się nie powtórzy, więc również na mocy przepisów, które albo zwalniają część przedsiębiorców z zapłaty składek ZUS-owskich, albo odraczają tę zapłatę, mamy w tej chwili do czynienia również z wpływem tego mechanizmu. Jednak tu akurat działa taki mechanizm kompensacyjny, że to, co na mocy decyzji ZUS zostało wydane, co prawda z opóźnieniem, ale ma być Narodowemu Funduszowi Zdrowia zrekompensowane ze środków budżetowych.

Tak naprawdę zależnie od tego, jak długo będzie trwała recesja w gospodarce i jak głęboko gospodarka „zanurkuje”, jeśli tak można powiedzieć, takie będą skutki dla przychodów. To, o czym w tej chwili mówimy, ma charakter bardzo wstępny. Myślę, że dokonanie jakichś długoterminowych ekstrapolacji na podstawie tych trzech miesięcy byłoby obarczone dużym błędem. Zresztą za to odpowiedzialne jest Ministerstwo Finansów, które przygotowuje prognozy długoterminowe w tym zakresie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji.