



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(166)

12. posiedzenie
Komisji Samorządu Terytorialnego
i Administracji Państwowej
w dniu 22 marca 2006 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat sytuacji finansowej samorządu terytorialnego w kontekście zadłużenia służby zdrowia.

(Początek posiedzenia o godzinie 14 minut 08)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca Elżbieta Rafalska)

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Otwieram posiedzenie Komisji Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej.

Witam wszystkich zaproszonych i licznie przybyłych gości.

Tematem dzisiejszego posiedzenia jest sytuacja finansowa samorządu terytorialnego w kontekście zadłużenia służby zdrowia.

Bardzo przepraszam państwa za to kilkuminutowe opóźnienie, ale komisja miała wcześniej posiedzenie, które się przedłużyło.

Wczoraj odbyło się posiedzenie komisji, na którym odrębnie rozpatrzono sytuację finansową powiatów kompleksowo, nie tylko w powiązaniu z zobowiązaniami służby zdrowia. W związku z tym, że ta kompleksowa informacja została wczoraj przez resort finansów złożona, a dzisiaj mówimy o sytuacji finansowej samorządu w nawiązaniu do zadłużenia służby zdrowia, proszę pana dyrektora Atłasa z Ministerstwa Finansów o przedstawienie informacji, którymi dysponuje resort.

Czy pan dyrektor jest zaskoczony moją prośbą? Tym, że w takiej kolejności, Panie Dyrektorze?

Przepraszam bardzo, może w takim razie zgodnie z funkcjami.

Panie Ministrze, wobec tego pana poproszę o przedstawienie tej informacji.

Ja uważałam, że informacja Ministerstwa Finansów jest informacją najbardziej ogólną, nie tak bardzo szczegółową. Stąd wychodziłam z założenia, że ogólna informacja da podstawę do dyskusji, natomiast konkretne resorty w swoim zakresie udzielą informacji szczegółowej. Ale nic nie stoi na przeszkodzie, żeby zmienić tę kolejność.

W takim razie bardzo pana proszę o zabranie głosu.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Andrzej Wojtyła:**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Szanowna Komisjo!

Chciałbym przedstawić informację o przebiegu realizacji ustawy z 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Dysponujemy danymi na dzień 14 marca 2006 r. i takimi danymi będę operował, a na końcu przedstawię informację na temat globalnego zadłużenia placówek ochrony zdrowia.

Restrukturyzacja finansowa prowadzona jest w zakładach, dla których organem restrukturyzacyjnym jest minister zdrowia oraz w zakładach jednostek samorządu terytorialnego, dla których organem restrukturyzacyjnym, zgodnie z ustawą, jest wojewoda. Jeżeli chodzi o przebieg restrukturyzacji, to na dzień 14 marca przedstawia się on następująco: do organów restrukturyzacyjnych, zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy, wpłynęły pięćset siedemdziesiąt dwa wnioski o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego; wydano pięćset sześćdziesiąt pięć postanowień o wszczęciu postępowania; wydano siedem decyzji o odmowie wszczęcia postępowania restrukturyzacyjnego, między innymi z uwagi na złożenie wniosku przez zakłady będące w stanie likwidacji czy też nieuzyskanie pozytywnej opinii organu tworzącego dla projektu programu restrukturyzacji. Sto osiem zakładów, które mogły skorzystać z ustawy, nie złożyło wniosku o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego. Wydano pięćset cztery decyzje o warunkach restrukturyzacji. Zawieszono czterdzieści dwa postępowania restrukturyzacyjne, w tym trzydzieści pięć na mocy ustawy w związku ze złożeniem do sądu wniosku o uchylenie ugody restrukturyzacyjnej, pięć na wniosek zakładu, a dwa zawieszono z urzędu. Wydano osiemnaście decyzji o umorzeniu postępowania restrukturyzacyjnego oraz dziewięć o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego dla: Szpitala Powiatowego imienia doktora Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem, Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Lesznie, Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie, 111 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Poznaniu, Świętokrzyskiego Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego w Kielcach, Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Leżajsku, Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach i Powiatowego Szpitala imienia Władysława Biegańskiego w Iławie. Odpowiednie dane są przedstawione w tabeli nr 1 i przekazane zostały pani przewodniczącej.

Do Ministerstwa Zdrowia jako organu restrukturyzacyjnego wpłynęło pięćdziesiąt sześć wniosków o wszczęcie postępowania. Wydano pięćdziesiąt sześć postanowień o jego wszczęciu dla osiemnastu jednostek Ministerstwa Obrony Narodowej, dwunastu jednostek Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, trzech regionalnych centrów krwiodawstwa, dwudziestu szpitali klinicznych, dwóch jednostek badawczo-rozwojowych i jednej jednostki podległej ministrowi zdrowia. Dwadzieścia zakładów, dla których organem restrukturyzacyjnym jest minister zdrowia, które mogły skorzystać z ustawy, nie złożyło wniosków o wszczęcie postępowania. Wydano czterdzieści osiem decyzji o warunkach restrukturyzacji, jedną decyzję o umorzeniu postępowania i zawieszono osiem postępowań restrukturyzacyjnych. Wydano dotychczas trzy decyzje o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego dla: Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie, 111 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Poznaniu i 107 Szpitala Wojskowego z Przychodnią w Wałczu.

Zakłady biorące udział w procesie restrukturyzacji, dla których organem restrukturyzacyjnym jest minister zdrowia, korzystają z następujących źródeł finansowania: czterdzieści trzy zakłady zawarły ugody cywilnoprawne na sumę 347 milionów zł; trzydzieści dziewięć zakładów wykazało zobowiązania publicznoprawne na kwotę 172 milionów zł, które podlegają umorzeniu lub spłacie, w tym z pożyczki Skarbu Państwa; trzydzieści trzy zakłady posiadały zobowiązania wynikające z indywidualnych roszczeń pracowników; pięćdziesiąt dwa zakłady korzystają z pożyczki Skarbu Państwa na kwotę 230 milionów zł; dwa zakłady korzystają z kredytów bankowych na

kwotę 6 milionów zł; wobec dwudziestu sześciu zakładów umorzone będą zobowiązania publicznoprawne na kwotę 42 milionów zł; siedemnaście zakładów zawarło ugodę restrukturyzacyjną, polegającą między innymi na umorzeniu zobowiązań cywilnoprawnych; wobec ośmiu zakładów opieki zdrowotnej zobowiązania cywilnoprawne na łączną kwotę 15 milionów zł przejmują organy założycielskie.

Z danych, jakie uzyskaliśmy z urzędów wojewódzkich i wojewódzkich centrów zdrowia publicznego, wynika, że do organów restrukturyzacyjnych wpłynęło pięćset szesnaście wniosków o wszczęcie postępowania; wydano pięćset dziewięć postanowień o wszczęciu postępowania i dziewięć decyzji odmowy wszczęcia postępowania restrukturyzacyjnego. Osiemdziesiąt osiem zakładów, dla których organem restrukturyzacyjnym jest wojewoda, które mogły skorzystać z ustawy, nie złożyło wniosków o wszczęcie postępowania. Wydano czterysta pięćdziesiąt sześć decyzji o warunkach restrukturyzacji; zawieszono trzydzieści cztery postępowania; wydano sześć decyzji o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego.

Zakłady opieki zdrowotnej, które uczestniczą w procesie restrukturyzacji finansowej, dla których organem restrukturyzacyjnym jest wojewoda, korzystają z następujących źródeł finansowania. Czterysta trzy zakłady zawarły ugody cywilnoprawne na sumę 1 miliarda 600 milionów zł; dwieście osiemdziesiąt siedem zakładów wykazało zobowiązania publicznoprawne na kwotę 1 miliarda 100 milionów zł; trzysta dziewięćdziesiąt dziewięć zakładów posiada zobowiązania wynikające z indywidualnych roszczeń pracowników; czterysta dziewięćdziesiąt siedem zakładów, to jest 97,4% tych zakładów, które brały udział w procesie restrukturyzacji, korzysta z pożyczki Skarbu Państwa; sto czterdzieści dziewięć zakładów korzysta z kredytów bankowych na kwotę 1 miliarda zł. Wobec trzystu czterdziestu ośmiu zakładów będą umorzone zobowiązania publicznoprawne na kwotę 500 milionów zł; sto dziewięćdziesiąt sześć zakładów zawarło ugodę restrukturyzacyjną, polegającą między innymi na umorzeniu zobowiązań cywilnoprawnych; wobec pięćdziesięciu jeden zakładów opieki zdrowotnej zobowiązania cywilnoprawne na kwotę 199 milionów zł przejmują organy założycielskie; pięć zakładów ubiega się o organizację emisji obligacji na kwotę 99 milionów zł; osiemdziesiąt zakładów otrzymało dotacje od jednostek samorządu terytorialnego w wysokości 239 milionów zł.

Zgodnie z art. 40 ustawa przewiduje również możliwość uzyskania dotacji przez niezadłużone zakłady opieki zdrowotnej. Pierwotnie w ustawie na ten cel zostały zaplanowane środki w wysokości 100 milionów zł. Minister finansów, na wniosek ministra zdrowia, zwiększył tę dotację o kolejne 100 milionów zł, tak że łączna kwota wyniosła 200 milionów zł.

Złożono trzysta osiemnaście wniosków o dotacje na łączną kwotę 626 milionów 900 tysięcy zł. Piętnaście wniosków odrzucono z przyczyn formalnych. Dla trzystu trzech zakładów opieki zdrowotnej kierownictwo Ministerstwa Zdrowia zaakceptowało propozycje na kwotę 200 milionów zł. Warunkiem przekazania środków w ramach dotacji jest przedłożenie przez zakład faktur dotyczących zakwalifikowanych zadań. Do dnia 30 grudnia przekazano 145 milionów zł. Wykorzystanie środków z uwzględnieniem środków niewygasających wynosi 95,5%.

Ministerstwo Zdrowia analizuje poziom zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na podstawie danych, które uzyskujemy od wojewodów, uczelni medycznych, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw We-

wewnętrznych i Administracji i jednostek nadzorowanych przez ministra. Łączna wartość zobowiązań wymagalnych na koniec grudnia 2005 r. wyniosła niewiele ponad 5 miliardów zł. W porównaniu do poprzedniego kwartału nastąpił spadek wartości zobowiązań o 17,8% – na koniec poprzedniego kwartału 2005 r. wartość zobowiązań wymagalnych wyniosła 6 miliardów 86 milionów zł.

Z łącznej kwoty zadłużenia SP ZOZ w wysokości 5 miliardów zł największe zobowiązania dotyczą zobowiązań publicznoprawnych – ponad 2 miliardy zł, zobowiązań wobec dostawców leków i materiałów medycznych – 1 miliard zł, zobowiązań z tytułu zakupu usług obcych – 442 miliony zł i zobowiązań wobec pracowników – 394 miliony zł.

Na spadek wartości zobowiązań w porównaniu do III kwartału ubiegłego roku największy wpływ miał spadek zobowiązań publicznoprawnych o kwotę prawie 300 milionów zł oraz wobec pracowników z tytułu „ustawy 203”, gdzie odnotowano obniżenie o 61,7%, co wynosi 261 milionów 900 tysięcy zł. Obniżenie poziomu zobowiązań wobec pracowników wynika z zaciągniętej przez zakłady na mocy ustawy o pomocy publicznej pożyczki, która w pierwszej kolejności ma zaspokajać roszczenia pracowników z tytułu „ustawy 203”. Ponadto odnotowano duży spadek zobowiązań wymagalnych wobec dostawców leków i materiałów medycznych na kwotę 238 milionów 300 tysięcy zł.

Największe zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej występuje w województwach: dolnośląskim – ponad 1 miliard zł, łódzkim – 549 milionów zł, pomorskim – 511 milionów zł i mazowieckim – prawie 500 milionów zł. Najmniej zadłużone są SP ZOZ w województwach: opolskim, podkarpackim i warmińsko-mazurskim – łącznie na około 50 milionów zł. W porównaniu z III kwartałem 2005 r. zobowiązania wymagalne uległy obniżeniu we wszystkich województwach, co również pokazujemy w załączonych tabelach.

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca, to tyle z naszej strony. Jeżeli będą jakieś pytania, to prosimy. Jest tutaj pan dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, który z ramienia Ministerstwa Zdrowia nadzoruje proces restrukturyzacji wynikający z ustawy z 15 kwietnia 2005 r. Chętnie na państwa wątpliwości odpowiemy i wysłuchamy postulatów, które Wysoka Komisja nam zgłosi. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Ja proponuję przedstawianie informacji łącznie. I tu jest pytanie do kolegów senatorów...

W takim razie proszę pana Wesołowskiego z Narodowego Funduszu Zdrowia o przedstawienie opinii Funduszu dotyczącej zadłużenia jednostek.

Zastępca

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw Finansowych

Janusz Wesołowski:

Pani Przewodnicząca!

Narodowy Fundusz Zdrowia działa między innymi na podstawie ustawy o finansach publicznych i jest płatnikiem za udzielone świadczenia zdrowotne, ale tylko

te, które zamówił. Fundusz co roku kontraktuje świadczenia od świadczeniodawców. I stało się w roku 2003 – bo to był ten rok przełomu – tak, że system kas chorych i oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia został zadłużony na 1 miliard 500 milionów zł. Na to nakładała się pożyczka udzielona z budżetu państwa regionalnym kasom chorych w wysokości 1 miliarda zł. I konsekwentnie od roku 2004 poprawiamy sytuację płatnika, aby stał się on wiarygodny, aby świadczeniodawcy – myślę tutaj nie tylko o samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, ale też o niepublicznej służbie zdrowia – postrzegali Fundusz jako wiarygodnego płatnika. Aby było tak, że jeżeli płatnik zamówił świadczenia i zostały one wykonane, potwierdzone sprawozdaniem i fakturą, to płatnik nie opóźni się z zapłatą.

W roku 2004 udało się z tego olbrzymiego zadłużenia systemu spłacić kwotę około 600 milionów zł. Na rok 2005 zobowiązania zamykały się w kwocie ponad 400 milionach zł, nie licząc oczywiście pożyczki, systematycznie spłacanej, udzielonej z budżetu państwa. W roku 2006 dokonaliśmy spłaty kwoty 320 milionów zł z tytułu pożyczki. Z tego 1 miliarda zł na rok 2007, jak precyzuje umowa między Narodowym Funduszem Zdrowia jako spadkobiercą regionalnych kas chorych a ministrem finansów, zostało do spłaty 80 milionów zł. Już dzisiaj, pomimo tego, że 31 marca jest dniem zamknięcia budżetu roku poprzedniego, sporządzenia bilansu, mogę powiedzieć, że 400 milionów zł pokryjemy z wykonania w roku 2005.

Mówię to po to, aby uzmysłowić państwu sytuację, w jakiej przyszło nam działać. Proszę zwrócić uwagę na to, że zapis w rozporządzeniu ministra dotyczący ogólnych warunków kontraktowania przyspieszył termin zapłaty za świadczenia udzielone w jednym miesiącu do czternastu dni, a więc świadczeniodawca za wykonane usługi medyczne może wystawić fakturę oraz sprawozdanie medyczne i w piętnastym dniu miesiąca otrzyma pieniądze. Na to nakłada się termin spływu składki z ubezpieczenia zdrowotnego. Ta składka spływa zazwyczaj w trzech dniach: dziewiętnastego, dwudziestego lub dwudziestego pierwszego dnia miesiąca. I gdyby Fundusz nie miał płynności finansowej, nie był wiarygodnym płatnikiem, gdyby miał zobowiązania jeszcze z lat poprzednich, nie mógłby zrealizować tego zadania, które zostało umieszczone w rozporządzeniu ministra mówiącym o ogólnych warunkach kontraktowania. Gdyby wszyscy świadczeniodawcy złożyli faktury i sprawozdania pierwszego dnia następnego miesiąca, byłoby trudno utrzymać płynność finansową bez konieczności posiłkowania się kredytem.

A więc zwracam państwa uwagę na to, że chociaż Fundusz ma pieniądze, te pieniądze mogłyby przyspieszyć termin zapłaty o cztery dni. Zwracam uwagę, że poruszamy się tutaj w sferze wielkich liczb, że miesięcznie wydaje się 3 miliardy zł, że to, co państwo słyszeli w mediach o oszczędnościach w oddziałach, o niewydanych środkach w wysokości 137 milionów zł, to jest jeden dzień świadczeń. To jest jeden dzień! To jest 0,4% ogólnych nakładów na służbę zdrowia.

Pani Przewodnicząca, ja powiedziałem bardzo pokrótce, jak wygląda sytuacja finansowa płatnika, który niewątpliwie ma wpływ na sytuację finansową świadczeniodawcy. Ale jeszcze raz podkreślam, że płatnik, na podstawie ustawy o finansach publicznych, może dokonywać zobowiązań tylko do wysokości wpływów. Nie może inaczej! A więc kontraktując, bierze to pod uwagę i będzie płacił tylko za świadczenia zamówione.

I jeszcze jedna informacja. W roku 2005 stało się to, co w latach następnych będzie dotyczyło znacznie większej liczby oddziałów wojewódzkich. Mianowicie w siedmiu województwach sytuacja jest taka, że nie mamy nadwykonań – wszystkie

świadczenia zostały opłacone. Nie odnoszę się tutaj do kolejek oczekujących. Odnoszę się tutaj do zamówionych i opłaconych świadczeń. A więc wszystkie tak zwane nadwykonania w roku 2005 w siedmiu województwach zostały opłacone.

Mamy jeden tylko oddział wojewódzki, Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, który w roku 2005 odnotował straty. Niemniej jednak, co chciałbym podkreślić, z roku na rok ta wygenerowana strata jest coraz mniejsza. To jest oczywiście pokłosie regionalnej kasy chorych, która prowadziła otwarty system kontraktowania i zadłużyła płatnika. 11 milionów zł, tyle wynosi bowiem ta strata, przełożone zostało z konieczności na opłacenie pozycji z listy refundacji leków. Wszystkie inne świadczenia zostały opłacone.

Tak wygląda, Pani Przewodnicząca, sytuacja płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Dziękuję.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, jestem winna wyjaśnienie, dlaczego akurat Komisja Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej zajmuje się problemem, który można przypisać wyłącznie służbie zdrowia czy ochronie zdrowia. Otóż dzisiaj z tym problemem olbrzymich zobowiązań zmagają się wprawdzie ochrona zdrowia, ale już niedługo, nie wiem, kiedy dokładnie, stanie się to bardzo poważnym problemem samorządu terytorialnego, w niektórych samorządach już jest. Wczoraj mówiliśmy o powiatach, dzisiaj już wiemy, że jednostki samodzielnie nie poradzą sobie z tymi długami. W sprawozdaniach finansowych samorządu terytorialnego jeszcze nie widać ciężących na nim długów, ale jeśli restrukturyzacja będzie przebiegała gorzej niż przewidziano w założeniach, to z dnia na dzień ta sytuacja może się istotnie zmienić.

Państwa liczna obecność świadczy o tym, że nie jest to problem jednego resortu czy dwóch, a więc nie tylko ministra zdrowia i ministra finansów, bo tu trzeba po prostu działać wielokierunkowo. Chciałabym, żebyśmy patrzyli na ten problem nie przez szczegółowe problemy służby zdrowia, bo ich w tej komisji na pewno nie rozwiążemy, lecz z punktu widzenia sytuacji samorządu terytorialnego, który może zostać obciążony długami. Szpitale mogą sobie z tym nie poradzić, co wynika z niektórych danych finansowych, gdyż wielkość zobowiązań wymagalnych jest tak duża, że ja w ogóle się dziwię, że te jednostki w jakiś sposób funkcjonują. Czyli bardzo ważny jest też ten przebieg procesu restrukturyzacyjnego.

I teraz poproszę, żeby pan Mirosław Czekaj, który jest wiceprezesem banku udzielającego kredytu, przekazał nam kilka informacji od strony banku.

Wiceprezes Zarządu Banku Gospodarstwa Krajowego Mirosław Czekaj:

Bank występuje tutaj w dość ciekawej roli. Po pierwsze, obsługuje system pożyczek. Może przypomnę, że w lipcu podpisaliśmy pierwsze umowy pożyczek, do tej pory podpisano praktycznie wszystkie umowy – to jest pięćset pięćdziesiąt jeden umów na 1 miliard 620 milionów zł, z tego do dzisiaj fizycznie zostało wypłacone 1 miliard 468 milionów zł. Po drugie, my bierzemy udział w procesie opiniowania i przygotowania emisji obligacji. Takich wniosków złożono do banku szesnaście i gdy-

by przyjąć, że te emisje obligacji są realne, byłyby one na 255 milionów zł, ale do tej pory żadna z emisji nie została przygotowana. Oprócz tego prowadzimy obsługę rachunków Narodowego Funduszu Zdrowia. Bank Gospodarstwa Krajowego poprzez swoją sieć oddziałów, bankowość internetową, prowadzi rachunki Narodowego Funduszu Zdrowia. I po trzecie, prowadząc działalność, wykorzystując środki własne banku, kapitały własne banku i środki depozytariuszy, podjęliśmy z samorządami współpracę w celu restrukturyzacji finansów służby zdrowia. Mogę powiedzieć, że we współpracy z samorządami podpisaliśmy osiemnaście umów kredytowych na finansowanie szpitali na blisko 200 milionów zł. Samorząd jest bardzo aktywny, ponieważ gwarantuje za zobowiązania szpitali. Praktycznie żaden z tych szpitali nie miałby zdolności kredytowej do zaciągnięcia długu. Badamy programy restrukturyzacyjne i jeżeli one gwarantują odzyskanie zdolności, i mamy specjalną formę zabezpieczenia, czyli poręczenie samorządu, samorządu województwa bądź samorządów powiatowych, udzielamy takich kredytów. Z tym że to są kredyty, jakby tu powiedzieć, niesponsorowane przez państwo, czyli na warunkach rynkowych, ale takich, które zadowolają te samorzady.

Podsumowując, powiem tak: po pierwsze, przeprowadziliśmy akcję udzielania pożyczek, której efektem jest pięćset pięćdziesiąt jeden umów na 1 miliard 620 milionów zł, obecnie nadzorujemy wykonanie zapisów. Po drugie, prowadzimy obsługę Narodowego Funduszu Zdrowia. I po trzecie, ze środków własnych praktycznie, pod poręczenia samorządów, choć zdarzają się wyjątki, finansujemy restrukturyzację szpitali. Dziękuję.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z zaproszonych gości chce zabrać jeszcze głos?

Proszę, pan reprezentujący Związek Powiatów Polskich.

Dyrektor Biura Związku Powiatów Polskich Marek Wójcik:

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Rzeczywiście w dniu wczorajszym dzięki uprzejmości członków komisji można było nieco więcej powiedzieć na temat stanu finansów samorządu powiatowego i wpływu na ten stan zadań związanych z ochroną zdrowia. Do tej informacji, która została złożona, chcę dołożyć tylko kilka elementów.

Po pierwsze, wydaje mi się, iż te szacunki przedstawione przez Ministerstwo Zdrowia, dotyczące skali zobowiązań, są nieprecyzyjne. Otóż jest tak, iż na przestrzeni ostatnich lat jesteśmy wciąż informowani o skali zobowiązań, która w zależności od źródła bywa czasem dwukrotnie, trzykrotnie większa. Trzy miesiące temu mieliśmy zaszczyt przeprowadzić z kilkoma dużymi korporacjami działającymi w ochronie zdrowia konferencję, z której wynikało jasno i precyzyjnie, że te zobowiązania wynoszą 9 miliardów zł. O tym, że te szacunki Ministerstwa Zdrowia, oparte na danych, które zebrali wojewodowie, są do podważenia, świadczy chociażby kwota wynikająca ze skali zadłużeń pracowniczych z ustawy 203, jeżeli dobrze pamiętam to jest 261 milionów zł. Jest to nieprawda, ponieważ zobowiązania po prostu nie są ewidencjonowane, nie są wymagalne, dopóki pracownik nie wystąpi przeciwko pracodawcy, a na szczęście taka praktyka się też pojawia.

Po drugie, chciałbym serdecznie podziękować, przede wszystkim ministrowi zdrowia i wojewodom, za to, że w sposób wyjątkowy – proszę się nie gniewać, my z administracją rządową współpracujemy na co dzień – wszystkie służby, od Ministerstwa Zdrowia poprzez wojewodów, bardzo przychylnie podchodziły do procesu restrukturyzacji. Mówię to z pełną odpowiedzialnością. Były pewne problemy, które na gorąco były likwidowane i odczuwaliśmy nawet, widać było wyraźnie, że wojewodowie bardzo chcą ze swoimi służbami wspierać organy założycielskie. Oczywiście były i w dalszym ciągu są pewne drobne problemy, które przeszkadzały procesowi restrukturyzacji.

Jeszcze jedno słowo podziękowań, bo z reguły słyszycie państwo ze strony samorządów same utyskiwania. Chcę podziękować też Bankowi Gospodarki Krajowej, który w wielu sytuacjach wykazał się elastycznością i eliminował pewne rozwiązania niekorzystne dla organów się restrukturyzujących. Największe natomiast problemy to: po pierwsze, kwestia zobowiązań, kwestia części składki na ZUS po stronie pracodawcy i fakt, iż nawet zewidencjonowane, zaksięgowane zobowiązania z tego tytułu na 31 grudnia 2005 r. były w związku z interpretacją ministra zdrowia oraz ministra pracy i polityki społecznej traktowane jako zobowiązania, które nie mogą być poddane procesowi restrukturyzacji. Po drugie, zajęcia komornicze. Mimo że były wydawane decyzje o restrukturyzacji, komornicy czynili swoją powinność i blokowali rachunki bankowe szpitali. I to było dla mnie najdziwniejsze, a mogę wymienić kilka takich przykładów. Toczą się postępowania w tej sprawie, również sądowe, w kilku miejscach w Polsce. Trzeba powiedzieć, że taka praktyka jest nie do przyjęcia. Z tymi zobowiązaniami wiąże się też pewne zjawisko, już powszechne w tej chwili w Polsce: kiedy rozpoczęły się procesy restrukturyzacji, niejako przy tej okazji wierzyciele cywilnoprawni mieli szansę się spotkać i dogadywać, czego efektem są wystąpienia przeciwko organom założycielskim zakładu opieki zdrowotnej wierzycieli cywilnoprawnych o płatności z tytułu dostarczania towarów i usług. Już są w Polsce pierwsze rozstrzygnięcia, zresztą prawomocne, na korzyść wierzycieli. Co prawda takich rozstrzygnięć jest niewiele, przodowały Poddębice w województwie łódzkim, gdzie był pierwszy taki wyrok na dwadzieścia parę tysięcy, jeśli dobrze pamiętam. Pojawiają się następne i niektórzy wierzyciele, szczególnie ci, którzy skupowali zobowiązania ZOZ, teraz traktują te wystąpienia systemowo.

Przyznam szczerze, że w naszym mniemaniu, jeżeli chodzi o samorzady, jest to działanie absolutnie niekonstytucyjne. I dlatego zdziwieni jesteśmy wyrokami sądów, z nimi się ponoć nie dyskutuje, przyjmujemy je więc z pokorą, ale wydaje się nam, że takie postępowanie sądów jest obarczone jednak grzechem działania niekonstytucyjnego. Obciąża się bowiem organ założycielski zobowiązaniami i, co ciekawe, choć to może już drobiazg, w przypadku Poddębic po raz pierwszy się to pojawiło, proszę sobie wyobrazić, że samorząd powiatowy zapłacił te wierzytelności, natomiast one nie były wykسیęgowane w ZOZ, bo nie mogły być. W związku z tym w dalszym ciągu ten ZOZ ma zaksięgowane niezapłacone przez organ założycielski wierzytelności. Ustawa o rachunkowości jak gdyby nie nadała za pomysłami wierzycieli.

I jeszcze jedna kwestia dotycząca procesu restrukturyzacji. Chciałbym tutaj wyraźnie podkreślić, że w trakcie procesu restrukturyzacji bardzo dobrze zachowały się samorzady terytorialne, które umarzały swoje zobowiązania wobec ZOZ. Nie wiem, czy ktoś jest w stanie policzyć, ile tego było, ale według mojej analizy, która może być obciążona błędem, w granicach 200 milionów zł. Na przestrzeni ostatnich dwóch lat

takie zobowiązania zostały umorzone przez samorządy terytorialne, głównie z tytułu podatku od nieruchomości. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję bardzo.

I teraz przedstawiciel ministra finansów.

**Dyrektor Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej
w Ministerstwie Finansów Janusz Atlas:**

Janusz Atlas, Departament Finansowania Sfery Budżetowej w Ministerstwie Finansów.

Chciałbym przyjść w sukurs Ministerstwu Zdrowia. Pan minister słusznie przedstawił sytuację na koniec IV kwartału roku 2005, mówiąc o tym, że to są dane, które zaczerpnął na podstawie informacji zebranych od wojewodów, od MSWiA, od MON czy też w swoim resorcie, w którym jest organem prowadzącym.

Ministerstwo Finansów na podstawie rozporządzenia z 10 grudnia 2001 r. zbiera informacje o zadłużeniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, z tym że są one spóźnione w czasie, gdyż na dziś mamy dane z końca III kwartału roku 2005. Czyli ta tendencja, o której powiedział pan minister Wojtyła, może się utrzymać na koniec kwartału 2004 i to są kwoty rządu od 5 miliardów zł do 6 miliardów zł. W żadnych danych zbieranych przez nas oficjalnie, jakkolwiek na to patrząc, nie pojawia się kwota dwukrotnie wyższa, o której powiedział pan Marek Wójcik. To tyle, dziękuję.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Panie Dyrektorze, pojawia się, to jest łączna kwota zobowiązań, która jest zawarta w tabeli przedstawionej przez ministra zdrowia. Pan ze Związku Powiatów Polskich mówił o łącznej kwocie zobowiązań, pan minister mówił o 5 miliardach zł, które dotyczą zobowiązań chyba wymagalnych, stąd jest ta różnica. Tak czy owak długi, które teraz są niewymagalne, będą wymagalne, wszystkie długi trzeba zapłacić. Sądzę, że to jest ta rozbieżność.

Rozumiem, że mogę otworzyć dyskusję. Każdy z państwa, z gości, ma możliwość jeszcze uzupełnienia, jeżeli chce.

Proszę bardzo, pan minister zdrowia.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła:

Pani Przewodnicząca, nawiązując do tego, co powiedział pan Marek Wójcik ze Związku Powiatów Polskich, chciałbym odesłać państwa do załącznika nr 6, w którym wyraźnie mówi się o zobowiązaniach wymagalnych, które wynoszą ponad 9 miliardów zł, i o tych zobowiązaniach, które nie są wymagalne, ja o nich mówiłem, i to jest 5 miliardów zł. Generalnie jest tendencja spadkowa, jeżeli chodzi o zadłużenie, co wcale nie znaczy, że te zobowiązania wymagalne staną się niewymagalnymi. No ale menadżer rzadko kiedy płaci w pierwszym dniu, jeżeli ma, na przykład, sześćdziesiąt dni na zapłacenie faktury. Mądry menadżer płaci na końcu okresu, który ma na zapłacenie faktury. I

w związku z tym, według naszych obserwacji, naszych szacunków, te zobowiązania generalnie mają tendencję spadkową, w III kwartale 2005 r. ten spadek wynosił około 5%, w IV kwartale – 17,8%. Według naszych obserwacji, te zobowiązania będą się zmniejszały. Pan Marek Wójcik zarzucił mi, że te nasze dane są nieprecyzyjne. Myśmy zbierali je od różnych instytucji, powołujemy się na nie i na tych danych się opieramy.

Nie powiedziałem o jednej sprawie, która również została tutaj poruszona, o nowelizacji ustawy. Trzeba powiedzieć, że niecałe 600 milionów zł nie zostało przeznaczone na pożyczki, nie zostało wykorzystane. I w związku z tym myśmy przygotowali nowelizację ustawy – ona już jest po pracach komisji w Komitecie Ekonomicznym Rady Ministrów – która konsumuje te 600 milionów zł, przeznaczone w ustawie na restrukturyzację placówek publicznych zakładów opieki zdrowotnej. I tam wprowadzamy, między innymi, to, o czym przedstawiciel Związku Powiatów Polskich tutaj mówił, to znaczy możliwość pokrycia z tej pożyczki składek płaconych przez pracodawcę, to jest 20 i 41%, które dotychczas nie były uwzględniane. Myśmy mieli inne stanowisko, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej też miało inne stanowisko, chcemy załatwić to za pomocą tej nowelizacji. Przewidujemy również możliwość uzyskiwania pożyczki przez jednostki badawczo-rozwojowe, które dotychczas nie miały takiej możliwości. Mogły one bowiem wchodzić w proces restrukturyzacji, ale w związku z tym, że nie podlegały ustawie 203, nie mogły otrzymać pożyczki. Te jednostki mają bardzo duży procent zadłużenia i chcemy im również zwiększyć umorzenie z 50 do 80%. Jest propozycja Ministerstwa Zdrowia nowelizacji ustawy o pomocy publicznej i Rada Ministrów w niedługim czasie podejmie decyzję w tej sprawie.

Jeżeli chodzi o dotacje, które otrzymały zakłady opieki zdrowotnej od jednostek samorządu terytorialnego, to też jest w tych dokumentach, powiaty przeznaczyły 97 milionów 689 tysięcy zł, województwa – prawie 129 milionów zł. Jednostki samorządu przejęły też zobowiązania zakładów opieki zdrowotnej na sumę 213 milionów zł, z tego powiaty – 127 milionów zł, województwa – 62 miliony zł. Pomoc samorządów, i to różnych szczebli: i powiatowych, i wojewódzkich, jest więc ogromna. Myślę, że to, że samorzady albo udzieliły dotacji, albo przejęły zobowiązania, przyczyniło się głównie do tego, że tak naprawdę problem ustawy 203 został złagodzony, żeby nie powiedzieć, że już nie istnieje, a prawie tak jest. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącej Mariusz Witczak:

Dziękujemy, Panie Ministrze.

Dyskusja trwa i na prawach dyskutanta pozwolę sobie zadać pytanie odnośnie do planów ministerstwa likwidowania niektórych szpitali powiatowych, procesu bardzo trudnego, jak się wydaje, do technicznego przeprowadzenia i w sensie społecznym również. Pomysł, który polega na tym, że starostowie między sobą mają dogadywać, konsultować, który ze szpitali ma pozostać, a które szpitale powiatowe mają być zlikwidowane, jest bardzo trudny do zrealizowania. Rozumiem potrzebę restrukturyzowania sieci czy nawet likwidowania niektórych szpitali, ale ten pomysł wydaje się bardzo trudny do zrealizowania. Bardzo bym prosił o komentarz w tej sprawie. Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący, dotknął pan bardzo głośnego problemu, dotyczącego likwidacji szpitali, a łączy się to z niezrozumieniem tego, co nazywamy restrukturyzacją placówek ochrony zdrowia. Bo tak naprawdę Ministerstwo Zdrowia nie może zlikwidować żadnego szpitala, zwłaszcza powiatowego, może to zrobić, zgodnie z ustawą, tylko organ założycielski, czyli powiat. Ministerstwo prowadziło w przeszłości taką politykę, ażeby zmniejszyć liczbę tak zwanych łóżek ostrych, ponieważ tak naprawdę w Polsce nie są to, w rozumieniu krajów wysoko rozwiniętych, łóżka ostre, lecz się tam różnych pacjentów. Chodziło więc o to, żeby zmniejszyć tę liczbę – były nawet określone wyliczenia, że powinno być trzydzieści pięć takich łóżek na dziesięć tysięcy mieszkańców – na rzecz łóżek do leczenia przewlekłe chorych. Są to łóżka tańsze w utrzymaniu, inny rodzaj personelu obsługuje chorych leżących na łóżkach w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych czy leczniczo-pielęgnacyjnych. W związku z tym nie zakładamy, biorąc pod uwagę liczbę łóżek na dziesięć tysięcy mieszkańców, ich likwidacji, jesteśmy na średnim europejskim poziomie, jeśli chodzi o ich liczbę, w niektórych krajach tych łóżek jest mniej, w niektórych jest o wiele więcej. Przede wszystkim trzeba myśleć o zmianie profilu łóżek szpitalnych, to się łączy również z ekonomizacją i bardziej efektywnym ich wykorzystaniem, a nie z likwidacją.

I z tym łączy się również następny problem, określenia tak zwanej sieci szpitali w Polsce. Obecnie pracujemy nad tym problemem, on jest bardzo trudny, ponieważ łączy się również z całym procesem restrukturyzacji. Analizujemy, monitorujemy i dokonujemy przeglądu tego, co się działo w zakresie tworzenia sieci szpitali w poszczególnych regionach. Wiemy, że doświadczenia regionów są bardzo bogate i często podobne do siebie, w związku z tym po tej analizie jeszcze w tym roku przedstawimy metodologię tworzenia sieci polskich szpitali. Chciałbym zdementować pogłoski, które wynikają z niezrozumienia problemu, i zapewnić, że w Polsce raczej nie będziemy zamykali szpitali, chyba że nie spełniają warunków sanitarnych, mieszczą się w budynkach dwustuletnich, w których nigdy nie będzie można zapewnić warunków, w jakich powinni być leczeni chorzy. Takie placówki są, ale bardzo nieliczne. Dziękuję.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję, Panie Ministrze.
Do dyskusji zgłosił się pan senator Jaroch.

Senator Andrzej Jaroch:

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Chciałbym się włączyć do tej dyskusji, szczególnie poruszony problemem w regionie, z którego pochodzę. To jest zawarte w tym sprawozdaniu. Jestem senatorem z Wrocławia, ale przecież każdy, kto czyta to sprawozdanie, musi zauważyć, że w problemach restrukturyzacji na terenie całego kraju uwypukla się problem dolnośląski. I nie jest to chyba tak bardzo zaskakujące, bo jeśli się spojrzy na historię, na przeszłość, to w tamtym regionie przecież te wszystkie plany zależały od względów politycznych, a nie innych, były związane z niezależnymi od mieszkańców celami polityki w całym pięćdziesięcioleciu PRL. Wszystko to sprawiło, że ten problem urasta do rangi państwowego. I chciałbym, żeby tak był kwalifikowany, i żeby tak do niego podchodzono.

Muszę również zaznaczyć, że dzięki swojej obecności w samorządzie wiem, że na żadnym etapie środowiska samorządowe nie zasypiały gruszek w popiele, w zasadzie korzystały z każdej pojawiającej się możliwości. Jeśli dzisiaj zajrzemy do tego sprawozdania, tej informacji, jeżeli spojrzymy na różne elementy, które polityka państwa uruchamia w tym procesie restrukturyzacji, okaże się, że zawsze w jakimś stopniu jest widoczna obecność województwa dolnośląskiego: i ta ziemia, i te problemy. W związku z tym trudno sformułować jakiś zarzut niedostatecznej aktywności tych środowisk.

Chciałbym zapytać, czy moje przekonanie o potrzebie właśnie takiego, powiedzmy w cudzysłowie, wyróżnienia tego problemu na Dolnym Śląsku władze resortu zdrowia również dostrzegają, czy podzielają tę moją opinię. Korzystam z tego, że tutaj są również przedstawiciele resortu, bo akurat miałem ostatnio okazję usłyszeć wymianę zdań pomiędzy dyrektorem szpitala Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z innymi działaczami czy dyrektorami tego resortu. Stwierdzili oni, że odczuwają jakby brak tego resortowego zasilania, jeśli chodzi właśnie o problem restrukturyzacji. Z tych tabelk również to wynika. I to jest także drugie moje pytanie, które chciałem w tej dyskusji zadać i usłyszeć odpowiedź. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Chciałabym jeszcze się odnieść do tej kwestii długów służby zdrowia. Oczywiście jest to problem społecznie niezwykle drażliwy, ekonomicznie bardzo złożony. Na poziomie podstawowym za długi odpowiada jednostka, czyli szpital, niedługo będzie odpowiadał samorząd, a jak samorząd przekroczy dopuszczalne granice, może stać się odpowiedzialne za to państwo. A przypomnę, że w 1999 r. już raz przeżyliśmy jedno potężne zadłużenie.

Myślę, że dzisiaj, dyskutując o tych trudnych problemach, w żaden sposób nie obwiniamy tu resortów, ministra zdrowia czy Narodowego Funduszu Zdrowia. I te przyczyny może są nawet mniej ważne tutaj, na posiedzeniu tej komisji, powiedziała-bym. Ja mam tylko pytanie takie podstawowe: o szansę, o gwarancje, że proces restrukturyzacyjny się powiedzie. Poręczanie przez samorząd kredytu, mówił o tym pan prezes banku, na piętnaście lat poważnie ogranicza zdolność samorządu do zaciągania dalszych kredytów. W przypadku korzystnej restrukturyzacji, osiągnięcia sukcesu i wyjścia z długów, to bardzo dobrze, ale takiej gwarancji nigdy nie mamy. Jaką więc mamy pewność, czy i na ile te programy restrukturyzacyjne dają szansę powodzenia? Posłużę się przykładem ze swojego regionu. Jeden z bardziej zadłużonych szpitali, szpital wojewódzki w Gorzowie, ma 250 milionów zł długu, samorząd poręczył kredyt wynoszący 70 milionów zł czy sześćdziesiąt parę. Jaka jest szansa przy takim poręczeniu, że uda nam się spłacić pozostałą kwotę zobowiązań? Czy któryś z resortów ma dane dotyczące wielkości kosztów obsługi długu, bo dzisiaj, jeżeli nawet zrobimy szczegółową analizę dynamiki wzrostu zobowiązań... Trzeba przyznać, że jednostki radzą sobie już coraz lepiej i bieżące zobowiązania nie narastają, są jednak odsetki i są koszty obsługi długu z zobowiązań, które powstały i one są takim balastem, z którym szpitale naprawdę nie mogą sobie poradzić. Te koszty bardzo poważnie zaburzają płynność finansową, chociaż właściwie ja nie wiem, jaką one mają płynność finansową, jeżeli w strukturze zobowiązań 75%, 80% czy nawet 90%, jak w niektórych wypadkach, Panie Ministrze, stanowią zobowiązania wymagalne.

Jeżeli mówimy dzisiaj, że zmniejszyło się tempo przyrostu zobowiązań wymagalnych, to znaczy, że komornik każdego dnia tam jest, że są już takie egzekucje komornicze. Te zobowiązania muszą się zmniejszać, bo przecież wszyscy się dopominają o ich spłatę.

Chciałabym, żeby dzisiaj dyskusja była o tych zagrożeniach, których jeszcze może nie ma, ale trzeba o nich pamiętać i szukać rozwiązań. Czasami może lepsze są radykalne kroki na etapie, kiedy jest szansa rozwiązania problemu, niż ucieczka przed trudnymi decyzjami. Czy resort finansów ma jakąś rzetelną wizję, poza sprawozdawczością, sytuacji, która może się zdarzyć, na wypadek gdyby programy restrukturyzacyjne się nie powiodły? Samorządy zadłużyłyby wtedy się na poziomie 60%. Czy resort byłby przygotowany do... Właśnie, do czego, Panie Dyrektorze? I do resortu finansów to kieruję.

Bardzo proszę odnieść się do tego, ale nie do jakiegokolwiek współodpowiedzialności za sytuację, która powstała, tylko raczej do tego, jak z tym problemem sobie poradzić. Dzisiaj mówimy, że samorządy robią długi, my nie możemy w to ingerować, ale, proszę państwa, dopóki dług wynosi 3 miliony zł, 5 milionów zł, to jeszcze oszczędzamy, jeśli jednak ktoś ma 200 milionów zł długu, wtedy już nie ma różnicy, czy to jest 205 milionów zł, czy to jest 215 milionów zł, czy 220 milionów zł. Można się tak zadłużać, bo potem jest tak jak z długami za niezapłacony czynsz, jak w wypadku Kowalskiego czy kogoś innego, po prostu ten dług przestaje robić wrażenie. Ale on jest. I co dalej?

Pan minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodnicząca.

Może najpierw odpowiem panu senatorowi Jarochowi, który dotknął problemu Dolnego Śląska, regionu najbardziej zadłużonego. Byłem na Dolnym Śląsku i w związku z tym, że odpowiadam w resorcie za restrukturyzację, spotkałem się z dyrektorami szpitali. Trzeba powiedzieć, że mimo tej biedy zaczęto tam bardzo rozsądnie przygotowywać programy restrukturyzacji. Jeszcze parę lat temu mówiono, że na Dolnym Śląsku właściwie nie postępuje proces restrukturyzacji szpitali, teraz jest już o wiele lepiej. To jest moja ocena.

Jeżeli chodzi o powody tej sytuacji, pan senator powiedział, że była to strefa nadgraniczna i w związku z tym dużo łóżek w szpitalach było przewidzianych na wypadek godziny „W”. To prawda, ale Dolny Śląsk ma swoją specyfikę, wynikającą z tego, że to są tereny poniemieckie. Tam są małe miasta, w każdym jest szpital, który najczęściej jest z końca XIX wieku lub z początku XX wieku. Jest to baza materialna zdekapitalizowana i trudno jest te szpitale zrestrukturyzować, pozamykać, chociaż w tym regionie spotyka się, co jest ewenementem, na przykład dla Wielkopolski, takie szpitale, które mają dwa oddziały. Są również takie sytuacje, jak na przykład w Polanicy, gdzie Ministerstwo Zdrowia ma piękny szpital w Polanicy Zdroju, wybudowany za ponad 200 milionów zł. I chcemy to oddać samorządowi lokalnemu w Kłodzku, który przejmując ten szpital, musi zlikwidować chyba cztery małe szpitale: w Bystrzycy Kłodzkiej i w Dusznikach, gdzie de facto funkcjonują szpitale dwuoddziałowe, nie spełniające żadnych warunków. Te samorządy nie są jednak w stanie tego zrobić. Byłem tam, mówiłem: chcemy wam dać piękny szpital, żeby ludzie leczyli się nie w lazaretach, lecz w normalnych warunkach. Tak więc to też nie jest nasza wina, że do tych restrukturyzacji nie dochodzi, ponieważ samorządy to blokują. Zwracamy się do samo-

rządu wojewódzkiego, spotykaliśmy się kilkakrotnie z samorządami, z samorządem powiatu kłodzkiego, z dyrektorami szpitali, proponując coś, co poprawi warunki leczenia i opiekę nad pacjentami, ale te samorzady wołają, żeby pacjenci leczyli się w takich lazaretach, bo brak im świadomości, że odpowiadają również za zdrowie społeczeństwa. Kierują się partykularnymi, politycznymi interesami. Muszę powiedzieć, że takie wnioski wyciągnąłem z moich obserwacji i tutaj, na posiedzeniu Komisji Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej, trzeba to powiedzieć. Moim zdaniem, jest błąd systemowy, taki oto, że samorzady powiatowe są organami założycielskimi szpitali powiatowych, co w sposób zdecydowany hamuje restrukturyzację.

Obecnie mamy kryzys demograficzny, w każdym powiecie funkcjonuje oddział noworodkowo-położniczy, gdzie rodzi się po czterysta dzieci, a żeby utrzymać jakość opieki noworodkowo-położniczej, zgodnie ze standardami na oddziale powinno się rodzić przynajmniej tysiąc dzieci, tysiąc noworodków. I nie możemy wpłynąć na samorzady, żeby się dogadały i stworzyły jeden oddział noworodkowo-położniczy na trzy powiaty czy jeden oddział pediatryczny. Oddziały pediatryczne były budowane w latach osiemdziesiątych, kiedy w Polsce rodziło się ponad osiemset tysięcy noworodków. W tej chwili mamy trzysta tysięcy noworodków, a zespół na oddziałach dziecięcych czy noworodkowych jest taki sam, jaki był w tamtych latach. Do restrukturyzacji więc nie dochodzi.

Pan minister Religa na spotkaniu z samorządami wojewódzkimi powiedział, żeby przenieść organ założycielski do województwa. To łączy się jednak z koniecznością spłaty długów, przynajmniej tych wymagalnych. I to jest problem, który nas blokuje.

I teraz, jeżeli chodzi o Wrocław, w tym wypadku wina leży po obu stronach, trochę jest to wina samorządów, trochę też samej ustawy. Chciałbym powiedzieć, że kiedy buduje się nowe placówki szpitalne – i tak jest w całej Polsce, nie tylko we Wrocławiu – zakłada się likwidację starych placówek. Potem, jak się wybuduje nową placówkę, stara zostaje, i tak jest ze szpitalem imienia Rydygiera we Wrocławiu. Pamiętam, że kiedy byłem ministrem na początku lat dziewięćdziesiątych, ten szpital już wtedy był przewidziany do zamknięcia, a został zamknięty po dziesięciu czy dwunastu latach. Tak więc te uwarunkowania są bardzo różne.

Pani przewodnicząca dotknęła problemu województwa lubuskiego. Z tym województwem też mamy ogromny problem, który nie tylko wynika ze złego zarządzania, lecz także ma inne podłoże. Przede wszystkim chodzi o to, że tam jest nadmierna liczba łóżek, głównie psychiatrycznych. I to z tym był problem na początku lat dziewięćdziesiątych. Jest on również teraz, z tym że w ostatnich latach...

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Panie Ministrze, ponieważ ta informacja wywołała uśmiech, jestem państwu winna wyjaśnienie. Jest to województwo przygraniczne i po wojnie w związku z niepewną sytuacją, podobnie jak w województwie dolnośląskim, były tam lokalizowane potężne szpitale psychiatryczne, w których obecnie są nie pacjenci, ale rezydenci, którzy przez dziesiątki lat po wojnie w tych szpitalach dożywają.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła:

Takie są fakty. Oddłużano służbę zdrowia, Pani Przewodnicząca, jeśli pamiętam, pewno trzy razy i teraz byłby to czwarty raz. Za każdym razem po oddłużeniu znowu jest

to samo i dlatego pracujemy nad tym, żeby opracować taki sposób oddłużenia, ażeby te szpitale, głównie szpitale, nie mogły się zadłużać. Ministerstwo ma bardzo różne propozycje, pan minister Sikorski, poprzednio będąc ministrem, przedstawił propozycję, ażeby szpitale, które się restrukturyzują, przekształciły się w spółki, i to nie zwykłe spółki prawa handlowego, lecz spółki użyteczności publicznej, żeby nie musiały się zadłużać. W Sejmie nie było jednak woli, żeby taką formę organizacyjną przyjąć.

I teraz, nawet gdybyśmy znaleźli te 5 miliardów zł na oddłużenie placówek ochrony zdrowia, to i tak musimy wbudować w system jakiś wentyl bezpieczeństwa, ażeby znowu do tego nie doszło, bo za dwa, trzy lata znowu może dojść do zadłużenia placówek ochrony zdrowia, a naszego państwa nie będzie już na to stać.

Ja kilkakrotnie spotykałem się ze wszystkimi starostami województwa lubuskiego, było również spotkanie u ministra Czartoryskiego. I są takie sytuacje, o których mówiła pani przewodnicząca, są takie samorzady, które niemal upadają z tego względu, że poręczyły pożyczki dla szpitali. My mamy tego świadomość, ale trzeba mieć również świadomość tego, że ja niejednokrotnie pytałem dyrektora o jego koszty osobowe i on mi odpowiadał, że to jest 80%. Proszę państwa, to znaczy, że ten dyrektor, jeżeli chodzi o restrukturyzację, nic w tym szpitalu nie zrobił. Ja jemu też się nie dziwię, bo często jest naciskany przez starostę, który nie pozwala mu zwalniać pracowników, prowadzić restrukturyzacji, jeśli chodzi o liczbę łóżek szpitalnych, tylko z tego powodu, że to jest największy zakład pracy w danym mieście. Takie uwarunkowania również istnieją, ale ja mówię, jaki jest stan faktyczny, bywa tak, że nie jest to tylko wina samorządów czy ministerstwa. Generalnie jest to wina niskich nakładów na ochronę zdrowia. Jeżeli patrzemy na nakłady w Europie, nawet w naszej części Europy, to w Polsce te nakłady są najniższe, u naszych sąsiadów, u Węgrów, Czechów, Słowaków, te nakłady są wyższe. Dopóki owe nakłady nie będą wyższe, dopóty będziemy się borykali z zadłużeniem placówek ochrony zdrowia, bo trzeba powiedzieć, że obecnie w dużej większości placówki te są zarządzane przez dobrych menedżerów. Tak to bywa, że kiedy brakuje pieniędzy, kiedy panuje bieda, to wreszcie zaczyna się dobrze zarządzać tymi placówkami. Dziękuję.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Proszę bardzo. I proszę się nam przedstawić.

**Główny Specjalista w Departamencie Zdrowia
w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji
Krzysztof Frelich:**

Dzień dobry.

Krzysztof Frelich, Departament Zdrowia MSWiA.

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Chciałbym może w nawiązaniu do wszystkich wcześniej przekazanych informacji króciutko powiedzieć o służbie zdrowia, której organem założycielskim jest minister spraw wewnętrznych i administracji, i problemach tej służby zdrowia. To jest dwadzieścia dziewięć jednostek rozmieszczonych w całym kraju, bo znajdują się one we wszystkich obecnych miastach wojewódzkich i w Koszalinie, w sumie jest to siedemnaście w pełni profilowych szpitali, pięć szpitali specjalistycznych i sześć sanatoriów.

Jeśli chodzi o problem zadłużenia, to ta tendencja, która pojawiła się generalnie w służbie zdrowia, dotyczy również resortowej służby zdrowia. Mianowicie zobowiązania wymagalne, które na koniec III kwartału 2005 r. wynosiły około 140 milionów zł, zostały zmniejszone w procesie restrukturyzacji w IV kwartale o 11,4% i na koniec minionego roku wynoszą 124 miliony zł. Przy czym u nas sytuacja jest dość specyficzna, ponieważ połowa naszych jednostek w ogóle nie ma zobowiązań wymagalnych, a jedna z naszych jednostek, szpital łódzki, ma mniej więcej jedną trzecią całego zadłużenia.

Wracając na chwilę do ustawy kwietniowej i procesu restrukturyzacji zadłużenia, chciałbym powiedzieć, że sytuacja jednostek resortowych – w jednakowym stopniu dotyczy to jednostek, których organem założycielskim jest minister obrony narodowej, jeśli chodzi z jednej strony o możliwość, z drugiej strony o zagrożenia związane z otrzymywaniem czy ubieganiem się o kredyty bankowe z przeznaczeniem na restrukturyzację, a tak naprawdę na spłatę zobowiązań, głównie cywilnoprawnych – jest taka, że u nas takiej możliwości nie ma. O ile w samorządzie uchwała rady powiatu dopuszcza możliwość tak naprawdę poręczenia kredytu bankowego, to ani w naszym ministerstwie, ani w Ministerstwie Obrony Narodowej nie ma takiej możliwości. Zgodnie z naszą oceną oraz z oceną wynikającą z analiz prawnych, które otrzymaliśmy, a szczegółowo reguluje to ustawa o poręczeniach i gwarancjach udzielanych przez Skarb Państwa, możliwości uzyskania takiego poręczenia są praktycznie żadne.

Podobna sytuacja dotyczy kwot, o których tu mówiono, w obszarze dotacji. Kwoty, jakie otrzymujemy w ramach ustawy budżetowej z przeznaczeniem na wszystkie cele, które ma realizować organ założycielski... Proszę państwa, na przykład w ustawie budżetowej na rok 2006 to jest niecałe 10 milionów zł na dwadzieścia dziewięć jednostek. Jeśli chodzi o tak zwane możliwości przejęcia zobowiązań cywilnoprawnych, to w zeszłym roku dzięki wielkiej pracy udało się troszkę dokonać w obszarze inwestycyjnymi i sprzętowym, jednak pewnych prac, które były bardzo zaawansowane, a dotyczyły kwoty 12 milionów 600 tysięcy zł na spłatę zobowiązań cywilnoprawnych, chodziło głównie o leki i materiały medyczne, niestety, nie udało się wykonać.

Ażeby nie mówić tylko o samych złych, negatywnych aspektach, chcę państwu powiedzieć, ponieważ mamy już określone doświadczenia w tej dziedzinie, że reprezentujemy dość homogeniczny system ochrony zdrowotnej, który obejmuje cały kraj, tak jak powiedziałem, przybyło zadań, ale system jest dzisiaj otwarty dla wszystkich pacjentów. Niestety, nie do końca w ślad za tym poszły środki, a zagrożeń przybywa i to różnych, są to i epidemie, i terroryzm itd. Chcę państwu powiedzieć, że poza pewnymi uwagami systemowymi, które państwo zacie pewnie lepiej od nas, poza tym, co jeszcze wymaga zmiany, to w obszarze organizacyjnym, w obszarze kierowania jednostką przez kierownika zakładu mamy określone pozytywne doświadczenia, także w jednostkach, w których działa się bardzo źle. Przykładem jest Zielona Góra. Ta jednostka kwalifikowała się do zamknięcia, bo 100% załogi wystąpiło z wyrokami sądowymi, a komornik już siedział w zakładzie. Muszę państwu powiedzieć, że zmiana czasem bardzo zasiedziały dyrektorów z dużym doświadczeniem medycznym, wprowadzenie na ich miejsce młodych, prężnych, wykształconych menedżerów, w wielu przypadkach nie lekarzy, a może nawet głównie nie lekarzy, lecz menedżerów, w okresie dwóch, trzech lat skutkuje znakomitą zmianą sytuacji. Pojawia się coś takiego jak rachunek kosztów, pojawia się budżetowanie, pojawia się dostosowanie struktu-

ry kosztów do struktury przychodów, pojawiają się zmiany organizacyjne wewnątrz szpitala, proszę mi wierzyć, w wielu przypadkach beznakładowe, na przykład tam, gdzie udział kosztów osobowych stanowił sześćdziesiąt pięć procent, obecnie wynosi czterdzieści kilka procent, i udało się wykonać wiele, wiele innych zamierzeń.

My oczywiście czekamy na zmiany w ustawie, chcielibyśmy, żeby było dopuszczone być może prawo upadłościowe, nie tylko likwidacja, być może spółki użyteczności publicznej, być może zupełnie inna odpowiedzialność kierowników jednostek. Dzisiaj tak naprawdę można się zadłużać do oporu i nie wynika z tego wiele w obszarze odpowiedzialności z tytułu finansów publicznych, tak naprawdę to są dość iluzoryczne zapisy, zawsze można się obronić, trzykrotne wynagrodzenie to też nie jest kara, a w rezultacie, gdyby ta jednostka ulegała likwidacji, to i tak organ założycielki przejmuje te problemy, te kłopoty. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję bardzo.

Do dyskusji zgłaszali się panowie senatorowie Przemysław Alexandrowicz i Jerzy Szmit.

Proszę bardzo.

Senator Przemysław Alexandrowicz:

Pan minister wprowadził pewien dysonans poznawczy, bo najpierw powiedział, że nie zamierzamy zamykać żadnych szpitali, poza może kilkoma zabytkowymi, po czym podczas dyskusji pojawiły się zdania, które pozostają w zgodzie z naszymi obserwacjami, iż za dużo jest oddziałów szpitalnych, za dużo jest szpitali położniczych, za dużo jest oddziałów pediatrycznych, dla niektórych powiatów wystarczyłby jeden szpital zamiast trzech itd., itd. Zatem wydaje się, że restrukturyzacja sieci szpitali jest jednak potrzebna. Być może część szpitali można przekształcać, nie wiem, w jakies zakłady opiekuńcze, może w tym sensie, nie wszystkie budynki trzeba wyburzyć bądź sprzedać na cele na przykład handlowe, ale wydaje mi się, że restrukturyzacja jest potrzebna, a jeżeli jest potrzebna, to cały czas będziemy wracać do wątku organów założycielskich szpitali.

To oczywiście jest wielki problem dla małych powiatów, w których szpital jest głównym zakładem pracy i gdy on upadnie lub bardzo się zadłuży, to cały samorząd powiatowy ma kłopot, ale z troszkę innej strony jest to też pewien problem restrukturyzacyjny sieci w wielkich miastach. Jeżeli w dużych miastach jest po pięć czy siedem organów założycielskich kilkunastu bądź kilkudziesięciu szpitali, to jest to lekka aberracja. Jeżeli są szpitale marszałkowskie, prezydenckie, wojskowe, policyjne, kliniczne, a o 2 km od granicy miasta znajduje się szpital powiatowy sąsiedniego powiatu, to jak restrukturyzować tę sieć na przykład dwudziestu szpitali, mających tak różne organy założycielskie. Nie da się tego dokonać. Być może są potrzebne szpitale wojskowe, chociaż mam wątpliwość, czy w takiej liczbie, ale czy dzisiaj są potrzebne szpitale policyjne? Kiedyś był to pewien przywilej Milicji Obywatelskiej i resortu spraw wewnętrznych. Czy dzisiaj są potrzebne szpitale podlegające po kolei prawie wszystkim, nawet łącznie z gminnym, bo w miastach wydzielonych na prawach powiatu... Przecież te szpitale były miejskie, kiedy były tylko gminy, jeszcze przed statusem powiatowym.

Czy organów założycielskich szpitali musi być pięć czy sześć w jednym dużym mieście? Jeśli można byłoby ten wątek dyskusji troszeczkę rozjaśnić, to bym o to prosił, bo wydaje mi się, że to jest główna przeszkoda na drodze do podjęcia racjonalnej pracy nad restrukturyzacją sieci szpitali.

Senator Jerzy Szmit:

Pani Przewodnicząca, kontynuując wątek, który poruszył senator Alexandrowicz, chciałbym zapytać, czy wobec omawianych problemów są już jakieś przymiarki, założenia co do standaryzacji szpitali. Mówimy o restrukturyzacji, o tworzeniu standardów. Kiedy usłyszymy cokolwiek konkretnego na ten temat? Wiem, że jest to niezbędne, tak samo jak określenie roli organów założycielskich czy zmniejszenie liczby tych organów, bo jest dokładnie tak, jak mówił senator Alexandrowicz, tak to wygląda w większych miastach.

Druga sprawa, którą chciałem poruszyć, jest może nieco bardziej szczegółowa. Mianowicie jeszcze kilka lat temu mieliśmy ogromny problem z dotacjami czy z darowiznami w służbie zdrowia. Wydawałoby się, że ten problem został jakoś rozwiązany, że darowizny, które potem okazywały się nie darowiznami, lecz zakamufłowanymi różnymi zobowiązaniami służby zdrowia, przestały być problemem. Ostatnio jednak znowu to się pojawiło. Powiem może o przykładzie, z którym się zetknąłem, chodzi o leki w szpitalach psychiatrycznych. Okazało się, że są znaczne darowizny, chodziło właśnie o leki, ale potem w związku z tym były one dość powszechnie przepisywane pacjentom. Pacjenci wychodzili ze szpitala, musieli sięgać po te leki, które oczywiście już w tym momencie darowizną nie były, tylko trzeba było za nie płacić i to według bardzo wysokich stawek, powiedzmy, rynkowych.

Czy ten problem też jest dostrzegany? Jeżeli tak, to prosiłbym o jakieś wnioski czy o zastanowienie się nad tym, jak z tym problemem sobie poradzić.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję.

Pan senator Karczewski.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo pani przewodniczącej.

Szanowni Państwo!

Wczoraj mieliśmy spotkanie na temat finansów powiatów, dzisiaj spotykamy się po raz drugi. W pierwszym momencie, po zrelacjonowaniu przez Ministerstwo Finansów sytuacji finansowej powiatów, a teraz po usłyszeniu od pana ministra, iż zmniejsza się zadłużenie jednostek służby zdrowia, odniosłem wrażenie, że właściwie jest dobrze i w powiatach, i w służbie zdrowia. Tymczasem wszyscy doskonale wiemy, że i finansowanie powiatów, i finansowanie ochrony zdrowia jest niewystarczające.

Dzisiaj rozmawiamy na temat zadłużeń, zadłużeń w kontekście sytuacji jednostek samorządu terytorialnego. Mam takie pytanie do pana ministra. Czy pan minister ma informacje o tym, jakie jest zadłużenie jednostek wojewódzkich i powiatowych? Jak to wygląda w przypadku różnych jednostek?

Przyłączam się do wypowiedzi moich przedmówców, do zdania, które lansują, i do tezy, którą stawiają. Zgadzam się z tym, że za dużo jest organów założycielskich. Zresztą wczoraj dyskutowaliśmy już na ten temat. Mam pytanie do przedstawicieli Ministerstwa Finansów. Czy istnieje jakaś możliwość rozwiązania tego problemu? Ja już usłyszałem, że owszem, tak, pan minister powiedział, że ministerstwo przymierza się do tego, słyszałem też na spotkaniu z panem ministrem Religą, bo jestem również członkiem Komisji Zdrowia, o tym, że pan minister, ministerstwo przymierza się do przekazania wszystkich szpitali jednemu organowi założycielskiemu, jakim miałyby być województwo.

Czy istnieje jakaś forma pośrednia? Jeżeli zadłużenie sięga teraz około 5 miliardów zł, a z tego, co rozumiem, w budżecie nie znajdzie się nagle 5 miliardów zł na spłatę tych zadłużeń...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...nie, mówmy o 5 miliardach zł, to czy istnieje jakaś inna możliwość niż ta, o której mówimy, może w teorii, może w praktyce, nie wiem.

Mam jeszcze pytanie, czy pan minister mówił o trzydziestu pięciu łózkach na dziesięć tysięcy czy na sto tysięcy, bo niezbyt wyraźnie to zapisałem. Chodziło chyba o dziesięć tysięcy, tak?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dobrze. Dziękuję. W takim razie mam te dwa pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję.

Może państwo odpowiedzą na tę serię pytań, nie wiem, czy pan minister się do tego odniesie.

Aha, jeszcze wcześniej zgłaszał się pan...

Przewodniczący Komisji do spraw Polityki Zdrowotnej w Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej Leszek Sikorski:

Leszek Sikorski, przewodniczący Komisji do spraw Polityki Zdrowotnej w Związku Województw RP. W tej roli tu występuję...

(Przewodnicząca Elżbieta Rafalska: Przewodniczący komisji. Witamy.)

...choć oczywiście nie będę w moim głosie w dyskusji odcinał się od moich doświadczeń. Staram się zabrać głos w dyskusji, wykorzystując doświadczenia zarówno z pozycji samorządowca, którym jestem, jak i pełniącego w przeszłości funkcję ministra, a teraz również pracującego dla pana ministra. Powiem tak. Jest oczywiście bardzo kusząca propozycja, zastrzegając, że ja na szczęście mogę tylko dyskutować, a nie muszę podejmować decyzji, szczególnie istotnych politycznych, bo o takich tu w pewnym momencie mówimy, propozycja, oczekiwanie, że wprowadzenie jednego organu założycielskiego na pewno daje szansę poprawy efektywności zarządzania, podejmowania decyzji, opanowania tego problemu. Jednak daleko przestrzegałbym przed tym, bo może to doprowadzić – zresztą dyskutowamy na ten temat w Związku Województw od dłuższego czasu, ten problem pojawiał się przecież również w przeszłości – do czegoś takiego, takiego centralizmu regionalnego, który w tym momencie grozi. Mówię to na podstawie doświadczenia. Gdyby do trzydziestu dwóch szpitali, którymi miałem przyjemność

w pewnym sensie zarządzać jako dyrektor departamentu zdrowia w Wielkopolsce, dodać kolejnych trzydzieści związanych z powiatami, to nie jestem wcale pewien, czy w województwie wielkopolskim, które niestety w tej chwili spadło na piąte miejsce, jeśli chodzi o stopień najniższego zadłużenia, a w ostatnich latach trzymało się w pierwszej trójce czy dwójce, choć te różnice nie są duże i to się może dynamicznie zmieniać, efekty byłyby widoczne, czy byłoby to skuteczne. Otóż chcę powiedzieć, że wiele zależy od lokalnych układów w pozytywnym tego słowa znaczeniu, a więc wzajemnych relacji pomiędzy organem założycielskim i zarządem szpitala, od tego, czy się umie podejmować bardzo trudne wyzwania rzeczywiście w sytuacji partnerstwa i dyskusji na ten temat.

Przypomnę, że od 2000 r. wszystkie samorządy wojewódzkie, chcąc skorzystać z realizowanej wówczas ustawy i restrukturyzacji, musiały przygotowywać i przygotowywały strategie sektorowe dla ochrony zdrowia. Te strategie były wówczas wyznacznikiem działań na najbliższe dziesięć, piętnaście lat. Są na ten temat również opracowania Najwyższej Izby Kontroli, która badała, w jaki sposób cele tam zawarte były realizowane w praktyce, jak za tym szły pieniądze publiczne.

Przypomnę o jednej sprawie, ale proszę tego nie traktować, broń Boże, jako wytykania komukolwiek czegokolwiek, ale jeśli chcemy postawić diagnozę, a musimy to zrobić, żeby kontynuować proces reformy, który jest procesem ciągłym, to musimy wyciągać wnioski z przeszłości. Otóż z różnych powodów między innymi Dolny Śląsk korzystał nie do końca we właściwy sposób z programu restrukturyzacyjnego po roku 2000. Składały się na to również obiektywne czynniki, ale takie są po prostu fakty. Akurat Wielkopolska, będąc tu lokalnym patriotą, dosyć dobrze go wykorzystwała, skorzystała na tym, kilka innych regionów też. Czy to jednak oznacza, że w pełni? Myślę, że pan senator nie odbierze tego jakby był to przytyk, ale przecież jako poznaniacy zmagaliśmy się z możliwością skutecznego zrestrukturyzowania szpitali, które należały do tego samego organu założycielskiego, miasta Poznania, na terenie jednej aglomeracji, podejmowanie decyzji było tu dużo prostsze. Mówię o tym nie po to, aby rezygnować z tej koncepcji, z tej myśli. Ponieważ wszyscy chcieliby coś przejąć, ale bez długów, więc pozostaje problem, kto za te długi zapłaci. To może być jeden z kluczowych argumentów zwalniających tempo tego procesu. Zakładając jednak, że z punktu widzenia organizacji, zarządzania systemem taki proces byłby korzystny, to chyba trzeba by pozostawić pewnego rodzaju fakultatywność, szanując wolę samorządów i brak podległości, o czym na forum tej komisji nie muszę przypominać.

Tak że jestem przekonany, że potrzebne są wielotorowe działania, i to obliczone na długie nie miesiące, lecz lata, z jednej strony poprawianie strumienia finansowania systemu, co jest tylko w takim stopniu możliwe, w jakim będzie następował rozwój naszego kraju, i zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia do tej wielkości, która może nie tyle jest postulowana i oczekiwana, bo tu nie ma górnej granicy, ale tej, która jest realna w związku z naszym potencjałem gospodarczym, a z drugiej strony bardzo sumienne wykonywanie pracy przez tych, którzy za to odpowiadają, od organu założycielskiego po zarządy szpitali, i na to nie ma żadnych prostych recept ani cudownych środków. Takie próby były już czynione w przeszłości i z reguły kończyły się one niepowodzeniem. Tyle moich uwag. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, zwołując to posiedzenie, w ogóle nie przypuszczałam, że możemy wymyślić tu jakąś receptę, sądziłam raczej, że możemy przedstawić rzetelną diagnozę stanu, bardzo spokojną ocenę, bez sięgania w przeszłość i obwiniania się, rzeczywistą diagnozę stanu obecnego. Myślę, że z rzeczowej dyskusji zawsze płyną jakieś korzyści.

Proszę o zabranie głosu pana ze Związku Powiatów Polskich.

**Zastępca Dyrektora Biura Związku Powiatów Polskich
Marek Wójcik:**

Dziękuję pani przewodniczącej.

Z tego, co zrozumiałem, pani przewodnicząca chciała, aby wypowiedział się pan minister, mnie jednak zależało na tym, żeby powiedzieć kilka słów, zanim pan minister ustosunkuje się do przedstawionych tu wielu pytań.

Pierwsza sprawa. Chciałbym państwa prosić o niedemonizowanie problemu organu założycielskiego i roli powiatów, ponieważ – ośmielam się to stwierdzić bardzo zdecydowanie – jeżeli chodzi o błędy w nadzorze nad funkcjonowaniem szpitali, to ciążą one na wszystkich organach założycielskich proporcjonalnie, w taki sam sposób. I tu absolutnie zgadzam się z panem ministrem Sikorskim, z którym z racji jego funkcji w Związku Województw często się spotykamy i wspólnie dyskutujemy na temat tego, jak pomóc ochronie zdrowia prowadzonej przez samorządy. Wydaje mi się, że proces restrukturyzacji winien dotknąć wszystkich w takim samym stopniu.

Pani przewodnicząca pytała o pewne propozycje pośrednie i absolutnie przemawia tu przez panią przewodniczącą mądrość. Jest na to sposób, w moim przekonaniu, prosty, który nie spowoduje rewolucji. Jednocześnie bardzo państwa proszę, żebyście z pewnymi tematami, sprawami, tak to określe, nie wychodzili na zewnątrz. Dlaczego? Mówiłem o tym wczoraj i dzisiaj to powtórzę. Otóż, jeżeli w Polsce będzie się toczyła dyskusja nad tym, jak długo jeszcze samorządy powiatowe będą organem założycielskim szpitali, to w tym czasie będziemy te szpitale osłabiali, gdyż w tej sytuacji wola do tego, żeby wykonać pewien wysiłek, także finansowy i organizacyjny, będzie malała, to nie ulega najmniejszej wątpliwości. Jeżeli ktoś, jeżeli państwo macie w tej sprawie jakieś plany, to rozmawiajmy o tym i przesądzajmy, nie trzymajmy jednak nikogo w niepewności.

Moim zdaniem można wykonać krok pośredni. Tym krokiem pośrednim jest uporządkowanie sieci. Państwo wielokrotnie tu o tym mówiliście. Mogłoby to wyglądać w ten sposób. Na przykład w Bielsku-Białej jest jeden szpital prowadzony przez miasto i trzy prowadzone przez powiat. Po co? Są szpitale w tak zwanych powiatach zamorskich, gdy mamy szpital o charakterze, o zasięgu powiatowym, ale jego organem założycielskim jest inny powiat niż ten, na którego terenie się on mieści. Takich problemów, szczególnie w miastach na prawach powiatu, jest sporo. Można by było wykonać tu delikatny ruch, który nie spowodowałby zburzenia tego systemu, być może udałoby się znaleźć jakiś system wspomagający, prowadzący do pewnego uporządkowania. Proponuję potraktować to jako pomysł na pierwszy krok.

Sprawa druga. Wiele mówiono tu na temat historii. Otóż myślę, że nie można zapomnieć o historii. Z tysiąca różnych powodów jest tak, że regionalne różnice były i są, a ważne jest tylko to, żeby nie utrwalać tego podziału regionalnego. Mówimy o Dolnym Śląsku. Mili Państwo, trzeba wrócić do 1990 r., bo to w 1990 r. władze tego

województwa podjęły pewne kroki dotyczące ochrony zdrowia, które skutkują do dzisiaj. Między innymi z tego powodu w roku 2000, a właściwie w 1999 r. i 2000 r., o czym wspominał pan senator, to województwo nie mogło skorzystać ze środków restrukturyzacyjnych, ponieważ to już nie dotyczyło tych placówek, one dziesięć lat wcześniej zostały przekształcone w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, a potem były jeszcze dalsze zmiany. Analizowałem wspieranie przez samorządy terytorialne szpitali powiatowych i wojewódzkich i też nie są dziełem przypadku różnice między województwami, w których wsparcie było duże i małe, jest to proporcja 1:10. Na przykład w województwie dolnośląskim w pierwszej kadencji przeciętny powiat dołożył 4 miliony, ale w mazowieckim było to 400 tysięcy w ciągu czterech lat, więc ta różnica jest wyraźna, tak jak powiedziałem, 1:10.

Mnie się wydaje, że historia kładła się cieniem także w okresie finansowania po reformie ubezpieczeń zdrowotnych, szczególnie w okresie funkcjonowania kas chorych, kiedy różnice historyczne były konserwowane. Z tego wynika na przykład problem województwa łódzkiego, nie wiedzieć, dlaczego, ale województwo łódzkie wciąż ma kłopot, a przecież nie jest ono, tak jak w przypadku Dolnego Śląska, obłożone gęstszą siecią szpitali, co wynika z faktu, iż leżało ono na pograniczu. Kolejny przykład to problem województwa zachodniopomorskiego, gdzie prowadzona jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dyrektora oddziału określona polityka. Mówię to otwarcie, rozmawialiśmy z panem prezesem i cieszę się, że Narodowy Fundusz aktywnie włącza się w racjonalizację sieci świadczeniodawców. Między innymi z tego powodu nie ma zadłużeń bieżących, w tej chwili w coraz większej liczbie województw rachunek bilansuje się na bieżąco.

Dlaczego jednak szpitale powiatowe województwa zachodniopomorskiego mają problem? Otóż dlatego, że prowadzona jest taka, a nie inna polityka przez dyrektora oddziału, który preferuje szpitale wysokospecjalistyczne. Nie chcę mówić, opowiadać plotek, dlaczego tak się dzieje, ale tak to ewidentnie wygląda, mogę podać liczby. Z tego powodu szpitale powiatowe w województwie zachodniopomorskim znajdują się w głębokim kryzysie w przeciwieństwie do szpitali w innych województwach, w których nie ma tego problemu. Przykładem jest województwo podkarpackie. Myślę, że każdy dyrektor szpitala w województwie zachodniopomorskim chętnie zamieniłby się na posadę na Podkarpaciu, i to z tysiąca różnych powodów.

Chciałbym jeszcze powiedzieć o kilku propozycjach, które nie wymagają środków. Chciałbym prosić, żebyście państwo, to tak à propos historii, znaleźli formę rekompensaty dla tych wszystkich samorządów, które przekształciły swoje placówki, oddłużyły je, przejęły na siebie ciężar zobowiązań i nigdy nie otrzymały żadnej pomocy, a my wszyscy z tymi szpitalami mamy spokój. Mam prośbę o to, aby nie poprzestać na ustawie o restrukturyzacji, o pomocy publicznej i wrócić do mechanizmów, które pojawiły się na początku 2000 r., związanych z prowadzeniem restrukturyzacji. W tym przypadku mogłoby to dotyczyć rekompensaty dla tych, którzy wcześniej oddłużyli ZOZ, ale także tych, którzy chcą dochodzić do pewnych standardów. Skąd samorządy mają wziąć środki na dochodzenie do standardów? Wydaje mi się, że również taka forma wsparcia, niekoniecznie z budżetu państwa, ale poprzez odpowiednie relacje między Ministerstwem Rozwoju Regionalnego, Ministerstwem Zdrowia i funduszami strukturalnymi, które można by tu włączyć w większym zakresie, spowodowałaby to, że znalazłoby się środki na racjonalizację sieci.

Bardzo dobrym pomysłem, jeśli chodzi o racjonalizację, był pomysł łączenia ZOZ bez konieczności ich likwidacji. To jest bardzo dobry pomysł. Pamiętam, że pojawiał się on od dawna. Pozwalał on na wykonanie szybkiej operacji bez ponoszenia dodatkowych kosztów związanych z likwidacją, która i trwa, i kosztuje. Stąd też jest prośba o to, żeby uwzględnić to w procesie legislacyjnym. Na pewno do zrobienia jest również to, co sygnalizowałem już wczoraj. Cieszę się, że pan minister Wojtyła jest zaangażowany w naprawę, tak to nazwę, systemu akurat w tym miejscu, w którym moim zdaniem został on zepsuty na początku wdrażania reformy ubezpieczeń zdrowotnych, chodzi mianowicie o relacje między DPS i ZOL. Mówiłem o tym już wczoraj i przypominam dzisiaj. Jak długo jeszcze mamy płacić ze środków ochrony zdrowia za w rzeczywistości pomoc społeczną? Tak to wygląda. Powiedzmy sobie otwarcie, czy to jest pomoc społeczna, czy opieka zdrowotna, czemu służą ZOL, co się będzie działo z DPS, ponieważ trwa to bardzo długo, a w moim przekonaniu nikomu dobrze nie służy.

Jeszcze dwie sprawy, już krótko. Mianowicie, ktoś z państwa powiedział o spółkach użyteczności publicznej. Mili Państwo, ja użyję słowa „błagam”. Błagam państwa, nie wracajcie do tego pomysłu. Już mamy formułę zakładu opieki zdrowotnej, która jest kolejną formą prawną w wielu punktach bardzo ułomną. Przypomnę na przykład dyskusję o tym, czy ZOZ jest przedsiębiorcą, czy nie, i pojawiające się skutki z tego tytułu, że nie było wiadomo, a w moim przekonaniu nadal to nie jest wiadome. Dlatego w mniemaniu Związku Powiatów Polskich pomysł wprowadzenia spółki użyteczności publicznej nie powinien się już pojawiać. Nie jest to dobry pomysł na wzmocnienie systemu, który wciąż, jak pani przewodnicząca słusznie zauważyła, jest kruchy. Z matematyki, którą przedstawił pan minister Wojtyła, wydobyłem jedną informację, moim zdaniem, szokującą. Otóż szpitale restrukturyzujące się pozyskały aż 1 miliard zł z kredytów. Jeszcze rok temu byłoby to niewiarygodne, ponieważ żaden bank nie chciał udzielać kredytu, nie było żadnych szans. Oczywiście, że działo się to głównie przy udziale organów założycielskich, które poręczały, ale mimo wszystko wcześniej, nawet gdy organ założycielski chciał poręczyć, to banki nie chciały się w to angażować. Ten 1 miliard zł to jest bomba, która tyka, to trzeba będzie spłacać, to jest pewne obciążenie na wiele, wiele lat. To uzasadnia moją prośbę o to, żeby w dalszym ciągu Ministerstwo Zdrowia miało takie poczucie, że potrzebne są jeszcze jakieś środki, które będą stanowiły szansę wyrównania różnic historycznych, wsparcia tych, którym należy się pomoc.

I na koniec już drobiazg. Panie Ministrze, proszę powiedzieć, w jaki sposób zostaną zwrócone organom założycielskim i szpitalom środki, które wyasygnowały one na zapłacenie składki ZUS po stronie pracodawcy? Przecież większość tych, którzy uczestniczyli w procesie restrukturyzacji, musiała to już zrobić. Ustawa wejdzie w życie być może za dwa, trzy miesiące, ale wielu już zapłaciło. Czy mogą się poczuć rozgorzyczeni z tego powodu, że już zapłacili, czy dostaną formę rekompensaty? Dziękuję bardzo za cierpliwość.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję.

Do dyskusji zgłaszał się pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia.

Bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Janusz Wesołowski:**

Pani Przewodnicząca!

Chciałbym zwrócić uwagę na, moim zdaniem, istotny fakt. Rok 2007 będzie ostatnim rokiem, w którym wzrasta składka na ubezpieczenie zdrowotne. To jest ostatni rok. Będzie to rok szczególny. Oczywiście liczymy na nowelizację ustawy, dlatego szacowane są dodatkowe przychody Narodowego Funduszu Zdrowia między innymi z tego, że budżet państwa przejmie finansowanie ratownictwa medycznego, ale liczymy również na zmianę finansowania składki na ubezpieczenie zdrowotne od bezrobotnych i rolników, bowiem oparcie składki na cenie kwintala żyta spowodowało, że Narodowy Fundusz Zdrowia tylko w roku 2005 miał zmniejszone wpływy z KRUS o ponad 250 milionów zł. Będzie to ostatni rok, w odniesieniu do którego możemy mówić o wyższych nakładach na świadczenia medyczne, opierając się na istniejącym oraz procedowanym prawie.

Mówię o tym w tym celu, żeby zwrócić uwagę samorządom, organom założycielskim, że placówki służby zdrowia, które obecnie generują straty, ja nie mówię o garbie zadłużenia, ale o generowaniu strat na bieżąco, nie mają żadnych szans na poprawienie swojej sytuacji finansowej. W Narodowym Funduszu Zdrowia bolejemy nad tym, że nie mamy danych dotyczących sytuacji finansowej naszych świadczeniodawców, a według mnie powinniśmy je mieć, dlatego że sytuacja finansowa wpływa na zdolność udzielania świadczeń i gwarancje, że te świadczenia będą udzielane. Nie mamy takich danych, a szkoda. Poprosiliśmy o nie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej przy okazji realizacji ustawy restrukturyzacyjnej. Tam Narodowy Fundusz Zdrowia miał taki fragment zadania dotyczący opiniowania wniosków składanych w Banku Gospodarstwa Krajowego na gwarancje bankowe i obligacje. Chcieliśmy się jak najlepiej do tego przygotować, nie wiedzieliśmy, jaka to będzie skala, a termin opiniowania był bardzo krótki. Współpracowaliśmy w tej sprawie z panem prezesem Czekajem. Zwróciliśmy się z taką prośbą do wszystkich zakładów publicznych. Niestety, niewiele z nich odpowiedziało, zasłaniając się tym, że nie mają takiego obowiązku, a Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma prawa ściągania takich danych. Chcieliśmy wyłonić te podmioty, tych świadczeniodawców, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia bezwzględnie powinien kontraktować świadczenia, ale również te, u których będziemy zamawiali świadczenia, lecz nie wszystkie. Kierowaliśmy się obowiązkiem wyrównania dostępności do świadczeń, tym, aby na terenie całego kraju była ona w miarę zrównoważona. Niestety, ciężą na tym zaszłości historyczne i jednym ruchem w ciągu jednego roku nie da się tego zrobić, ale systematycznie do tego dążymy.

Jest taka grupa szpitali, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia nie powinien kontraktować świadczeń, dlatego że dostępność do świadczeń gwarantują inne istniejące placówki, które są bardziej wiarygodne ze względu na lepszą sytuację finansową. Nie możemy przechodzić obojętnie obok faktu, że w takim mieście jak Ełk są dwa potężne szpitale, w takim powiecie jak Żory są cztery szpitale. A w związku z tym, że pula finansowa przeznaczona na realizowanie dostępności do świadczeń jest ograniczona, to ani jeden, ani drugi, a może i ten czwarty, nigdy nie będzie w dobrej sytuacji, dlatego że nie pokryje się finansowo możliwości świadczeniodawcy do udzielania świadczeń. Przy tym w służbie zdrowia nie jak tak, jak w gospodarce rynkowej. Tu akurat podaż świadczeń generuje popyt. Dzisiaj praktycznie każdy szpital chciałby

mieć u siebie hemodynamikę, dializy, które są świadczeniami ewidentnie ratującymi życie. I tu Narodowy Fundusz Zdrowia ma kontrakty otwarte i jest płatnikiem. Zatem jest wiele elementów, o których trzeba pamiętać.

Trzeba również pamiętać o tym, że jest rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie podziału środków pomiędzy centralę a oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia, zatem są przejrzyste reguły podziału środków. Nie będę wracał do początku systemu, czyli do systemu kontraktowania świadczeń zakładów publicznych od roku 1999, ale są jasne reguły gry i tych pieniędzy jest tyle, ile jest.

Chciałbym powiedzieć o jeszcze jednej sprawie. Otóż jest zobowiązanie pana premiera, pana ministra do tego, że 4 miliardy zł, a więc cała pula dodatkowych pieniędzy, oczywiście przy założeniu przeprowadzenia całego procesu legislacyjnego nowelizacji ustawy, będzie przeznaczona na wzrost wynagrodzeń w służbie zdrowia. Są to 4 miliardy zł. Oczywiście spowoduje to wzrost ceny produktu kontraktowego, używając języka ekonomicznego, po prostu zostanie podniesiona cena świadczenia. Mówię o tych 4 miliardach zł. Oczywiście Narodowy Fundusz Zdrowia jest tu tylko instrumentem polityki państwa w ochronie zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia to wykona, zakładając naturalnie, że nie zmieni się dostępność do świadczeń, a więc nie zmniejszą się kolejki oczekujących. Tak może wyglądać sytuacja przynajmniej w przyszłym roku, tak jak mówię, dlatego że to jest proces legislacyjny.

Na podstawie istniejącego prawa od roku 2008 nie będzie więcej pieniędzy w systemie z tytułu wzrostu składki na ubezpieczenie zdrowotne, zatem nie ma perspektyw finansowych, które zaspokoilyby oczekiwania świadczeniodawców. Nie. Już dzisiaj należy mówić o głębokiej restrukturyzacji. Oczywiście ja to rozumiem, z panem prezesem Wójcikiem rozmawialiśmy o tym, że jeżeli szpital jest największym pracodawcą w powiecie, to trudno jest staroście restrukturyzować, w podtekście: zwalniać personel, bo to się odbije na wyniku wyborczym. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję.

Ktoś jeszcze zgłaszał się do dyskusji.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła:

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Zgłaszam się, ponieważ pojawiły się pytania skierowane również do mnie. Pan senator Alexandrowicz mówił o restrukturyzacji i o tym, że nieunikniony jest proces zamykania szpitali czy likwidacji łóżek szpitalnych. Mówiąc o restrukturyzacji, ja nie miałem na myśli likwidacji łóżek szpitalnych, bo gdy popatrzymy na statystyki, to w Polsce łóżek szpitalnych nie jest za dużo. Te informacje trzeba dementować, bo niejednokrotnie mówi się, że w Polsce jest zbyt dużo łóżek szpitalnych, zbyt dużo bazy ludzkiej na dziesięć tysięcy mieszkańców itd., itd. Jeśli porównamy to z innymi krajami, to wcale tak nie jest. Jeżeli zaś chodzi o strukturę łóżek szpitalnych, to można się z tym zgodzić.

Nasze działania zmierzają w tym kierunku, ażeby zmienić strukturę łóżek szpitalnych i wyraźnie określić, które łóżka są przeznaczone dla przypadków ostrych, gdy pobyt pacjenta jest krótki i wymaga większego zaangażowania białego personelu czy leka-

rzy, którzy kosztują system więcej aniżeli personel pomocniczy. I wszędzie na świecie tak się dzieje, że te łóżka dla przewlekle chorych, owe ZOL czy zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze w naszym rozumieniu, tam to są *nursing home*, czyli łóżka obsługiwane głównie przez pielęgniarki, są tańsze, dlatego trzeba to oddzielać. Służy to również poprawie jakości opieki nad pacjentami, bo u nas często bywa tak, że pacjent z chorobą układu sercowo-naczyniowego leży z kimś, kto choruje na chorobę przewlekłą.

W Polsce są niedobory pewnego rodzaju łóżek szpitalnych oraz bazy ludzkiej w poszczególnych specjalnościach. Na przykład istnieje niedobór łóżek geriatrycznych, onkologicznych, rehabilitacyjnych czy psychiatrycznych, nie mówiąc o tym, że są województwa, w których jest ich zbyt dużo, ale są takie regiony kraju, w których prawie nie ma łóżek psychiatrycznych. Obecnie panuje tendencja do tego, żeby nie budować gett leczenia psychiatrycznego, lecz umieszczać chorego psychicznie w normalnym wieloprofilowym szpitalu na oddziale psychiatrycznym, bo to jest normalny chory, tak jak każdy inny chory. Widoczny jest nadmiar łóżek pediatrycznych, położniczo-neonatologicznych. Łączy się to z procesami demograficznymi i przewidywania wcale nie są obiecujące. Nie wskazują na to, że na przykład obecnie wchodzi w wiek rozrodczy pokolenie lat 1983–1985, kiedy notowano najwięcej urodzeń, więc teraz też będzie osiemset tysięcy urodzeń. Nie będzie, bo teraz przypada 1,2 dziecka na kobietę w wieku rozrodczym, a wtedy było to 2,5 dziecka na kobietę w wieku rozrodczym, więc zapomnijmy o tym, że będzie osiemset tysięcy urodzeń, o tym należy zapomnieć.

Ja mówiłem o zmianie organu założycielskiego tylko z tego względu, żeby ułatwić restrukturyzację placówek ochrony zdrowia. To nie jest tylko nasz, polski ból. W Stanach Zjednoczonych też były szpitale publiczne prowadzone przez powiaty do kryzysu naftowego. Gdy nastąpił kryzys naftowy, to po prostu część szpitali zlikwidowano czy zmieniono ich profil, a rozwiązano to procesem prywatyzacji tych szpitali. U nas to jest niemożliwe, w związku z tym może warto pomyśleć o zmianie organów założycielskich. Ja bym jednak przestrzegał przed pozostawieniem jednego organu założycielskiego, bo jakość, tak jak bywa w ekonomii, poprawia się poprzez konkurencję. Jeżeli będzie istniał jeden organ założycielski, nie będzie konkurencji, to nie wiem, czy wyjdzie to na dobre służbie zdrowia. W Gorzowie połączono trzy szpitale i wcale nie zmniejszyła się dynamika narastania zadłużenia, z tego, co widzę, to nawet się zwiększyła.

Pan senator pytał o to, czy są przymiarki do standaryzacji szpitali. Otóż, tworzenie sieci szpitali to jest nic innego jak standaryzacja. Chcemy określić nie to, który szpital ma się znajdować w sieci, lecz wskazać, jakie kryteria, jakie standardy musi spełniać, ażeby mógł się znaleźć w sieci. To jest standaryzacja.

(Głos z sali: A coś konkretniejszego, Panie Ministrze?)

To jest konkretne. Jeżeli określimy, ilu musi być specjalistów II stopnia, jaki sprzęt musi się znajdować na danym oddziale, jakie wymagania muszą być spełnione w odniesieniu do bazy materialnej, to są to standardy. Czy mamy określać coś jeszcze? Zresztą, tak wyglądają standardy na całym świecie, jeżeli chodzi o leczenie szpitalne.

Dotknął pan ważnej sprawy. Ja byłem sprawozdawcą ustawy o świadczeniach zdrowotnych i wtedy gdy uchwalaliśmy tę ustawę, próbowaliśmy wprowadzać tam różnego rodzaju regulacje antykorupcyjne, ale to wyszło w trakcie realizacji tej ustawy i obecna nowelizacja ustawy o świadczeniach zdrowotnych, która została przygotowana w Ministerstwie Zdrowia, próbuje te sprawy korygować, są tam odpowiednie zapisy. Mamy jednak świadomość, że jest to dynamiczne i jak to w życiu bywa, przepisy,

które się uchwała, są w jakiś sposób obchodzone, omijane i będziemy musieli poprawiać tę ustawę, bo na tym to polega.

Jeśli chodzi o pytanie pana senatora Karczewskiego, to odpowiedziałby na nie, jeżeli można, Panie Senatorze, pan dyrektor, ponieważ on zna dokładnie poziom zadłużenia z podziałem na województwa i powiaty. A ja chciałbym jeszcze odpowiedzieć panu Markowi Wójcikowi, który mówił niejako, że powiaty sprawują nadzór prawidłowo. Bywa tak, że...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Chciałbym powiedzieć, że to, o czym mówiłem, nie jest tylko naszym polskim... W teorii zarządzania ochroną zdrowia inne interesy reprezentuje menedżer ochrony zdrowia, który zawsze dąży do tego, żeby zarządzać szpitalem najlepiej wyposażonym, nie bacząc często na koszty, i inne interesy ma organ założycielski. Jeżeli organ założycielski byłby faktycznie odpowiedzialny i świadom tego, że ponosi odpowiedzialność finansową za zadłużenie placówki, to powinien tak pilnować menedżera, żeby on nie rozbudowywał na przykład wysokich technologii, które są głównym eskalatorem kosztów. A obecnie interes starosty jest taki sam, jak menedżera, bo on, w sytuacji gdy jest wybierany co cztery lata, chciałby oferować swoim mieszkańcom jak najwyższy poziom świadczeń, niejednokrotnie z wykorzystaniem sprzętu o wysokich technologiach, który jest używany przez dwie, trzy godziny, a powinien być przez szesnaście godzin. Pan Marek mówił też o łączeniu ZOZ. Obecna nowelizacja, która znajduje się już w podkomisji sejmowej, zawiera takie zapisy, w tej chwili nad tym pracujemy.

Jeżeli chodzi o spółki użyteczności publicznej, to dałem przykład tego, że bardzo trudno jest politycznie przeprowadzić zmiany organizacyjne placówek ochrony zdrowia, które w sposób zdecydowany chroniłyby przed ponownym zadłużaniem. Ja nie mówiłem o tym, czy popieram spółki, była to próba stworzenia jakiejś formy organizacyjnej, która zablokowałaby zadłużanie. I nie udało się przeprowadzić tego w parlamencie. Był to przykład trudności, jakie się z tym wiążą.

Pożyczki, które uzyskały powiaty, są oprocentowane niżej aniżeli rynkowo, czyli na poziomie 3%. I chciałbym przypomnieć o tym, że już w tej chwili po spełnieniu pewnych warunków będą one umorzone w 50%. W związku z tym one nie są tak dotkliwe, jak komercyjny kredyt, udzielany tym podmiotom. Pan mówił o tym, że niektóre samorządy już spłaciły to, co my przewidujemy w nowelizacji ustawy o pomocy publicznej. Jeżeli one będą się tu kwalifikowały, to mogą przeznaczyć te pieniądze, które już zapłaciły, na inne cele, a na pewno takie cele... One biorą kredyt, zatem nie muszą spłacić akurat tego, wystarczy tylko udowodnić, że musiały spłacić te 20% i 41%.

Pani Przewodnicząca, myślę, że odpowiedziałem na większość pytań. Jeszcze prosiłbym pana dyrektora o uzupełnienie.

Zastępca

**Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia Włodzimierz Pisarski:**

Zobowiązania publicznoprawne powiatów wynosiły 470 milionów zł, ja zaokrąglam te kwoty, województw – 516 milionów zł. Zobowiązania cywilnoprawne powiatów wynosiły 369 milionów zł, a województw – 787 milionów zł. Zobowiązania z tytułu ustawy 203 w przypadku powiatów wynosiły 397 milionów zł, a województw – 276 milionów zł. Chciałbym jeszcze zwrócić państwu uwagę na jedną sprawę. Jeśli

chodzi o restrukturyzację i przekształcenie zakładów, unowocześnienie, to są z tym związane określone programy unijne i myślę, że też powinno się pamiętać o tym, że programy unijne mogą na to pozwolić. Dziękuję.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję.

Ja mam taką uwagę do pana Marka Wójcika. Otóż odpowiedzialność samorządu za kontrolę i nadzór nad bieżącą działalnością i sytuacją finansową jednostek jest znacznie większa niż wojewody czy resortu w jakimś wąskim zakresie. Czy mógłby mi pan powiedzieć, czy samorządy powiatowe korzystają z uprawnień i nakazują składanie comiesięcznej informacji w sytuacji, gdy na przykład zagrożona jest sytuacja finansowa jednostki? Czy one korzystają ze swoich uprawnień? Pytam, bo jest wiele przykładów nieudolnego zarządzania, słabszego nadzoru, a tak naprawdę, jak mówię, dziś odpowiedzialność spoczywa na samorządach, za chwileczkę będzie spoczywała na państwie, a odpowiedzialność za nadzór nie jest jednak tak równa, jak pan próbował to przedstawić.

**Zastępca Dyrektora Biura Związku Powiatów Polskich
Marek Wójcik:**

Szanowni Państwo!

Ja przede wszystkim bronię mądrych i odpowiedzialnych ludzi, będących starostami, prezydentami i członkami zarządów powiatów, którzy sprawują nadzór prawidłowo. Tych, którzy tego nie robią, jest tyle samo, co zarządzających placówkami szczebla wojewódzkiego, klinicznego, monowskiego, MSWiA. Statystycznie nie jest tak, że akurat w samorządach powiatowych nabierało się ludzi, którzy traktują to w sposób nieprawidłowy, nie jest tak, że jest ich tu więcej niż gdzie indziej. To moja pierwsza uwaga. Jednocześnie z całą pewnością, i tutaj prostuję, nie powiedziałem o tym, że wszędzie tam, gdzie samorząd powiatowy prowadzi nadzór, jest wspaniale i że wszędzie jest on prawidłowy. Byłbym nieuczciwy, gdybym mówił w ten sposób. Zdarzają się niestety przypadki nie najlepszego prowadzenia nadzoru. Wierzę, bo bez przerwy jeżdżę po Polsce, że jest ich coraz mniej.

Chcę także państwu powiedzieć, że tak naprawdę jest to działanie przeciwko sobie. Tego typu próby przenoszenia odpowiedzialności z roku na rok, odsuwanie od siebie decyzji, to są działania przeciwko sobie.

Pani przewodnicząca zapytała mnie konkretnie, więc konkretnie odpowiadam. W wielu powiatach, także z tego powodu, o którym powiedziałem w pierwszym wystąpieniu, z tego powodu, że wierzyciele cywilnoprawni występują przeciwko organom założycielskim, prowadzona jest bardzo precyzyjna forma nadzorowania działalności zakładów opieki zdrowotnej. Standardem są na przykład okresowe spotkania w dyrekcji szpitala z zarządami powiatów. To już się stało normą. Praktycznie dyrektor szpitala jest chyba tą osobą, która najczęściej pojawia się w gabinecie starosty czy na posiedzeniach zarządu. Wypracowane są pewne formy kooperacji także z tego powodu, że około 2/3 samorządów, nie mam danych, ale śmiem twierdzić, że tak jest, mniej więcej około 2/3 samorządów powiatowych jest dzisiaj powiązanych finansowo z ZOZ. Mili Państwo, zatem sprawa jest tu niejako oczywista, także z punktu widzenia sprawozdawczości, kontroli, bo albo jest poręczenie albo wręcz kredyt związany z ochroną

zdrowia, zaciągnięty przez samorząd powiatowy. Jest jeszcze kwestia majątku, bo przecież w ogóle nie mówiliśmy majątku, nie chciałem wywoływać nowego tematu, ale też są pewne więzi wynikające z tego, że wciąż właścicielem majątku jest samorząd powiatowy. Dlatego twierdzę, że są metody kontroli, są metody nadzoru, czasem bardzo dobre, czasem gorsze, i miałbym niejako prośbę o to, żeby nie traktować szpitali powiatowych i starostów jako tych, którzy działają mniej odpowiedzialnie i, tak to nazwę, nie potrafią wyegzekwować od dyrektorów szpitali prawidłowego zarządzania. Absolutnie proszę się nie gniewać, ale użyję tu słowa „protestuję” przeciwko takiemu myśleniu, według mnie jest ono niewłaściwe.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję bardzo.

Pan reprezentuje tu niejako wszystkie samorządy, stąd może skierowane do pana pytanie, ale absolutnie taki wniosek się nie pojawił.

Panie Ministrze, ja mam jeszcze taką uwagę. Wydaje mi się, że gdy mówimy o sytuacji służby zdrowia, to zawsze patrzymy na to przez pryzmat szpitali, wyłącznie tych szpitali, które są w trudnej sytuacji, ale jest też wiele szpitali, które radzą sobie znakomicie, rozwiązują problemy, na bieżąco regulują zobowiązania. Myślę, że trzeba promować te jednostki, które świetnie odnalazły się w sytuacji zreformowanej służby zdrowia, i mówić o tych, które mają problemy. O tym również mówiliśmy. Ta korespondencja, która tu leży, to jest korespondencja docierająca do komisji z samorządu. I jeżeli nawet długi narastają mniej dynamicznie niż to było przed laty, są coraz mniejsze czy w ogóle nie narastają, to mamy, jak słusznie któryś z panów powiedział, garb dotychczasowego zadłużenia. A w jaki sposób za ten garb płacimy, to pokażę na pewnym przykładzie.

Przez dwa lata restrukturyzacji działaniami komornika objętych będzie 50 milionów zł. Odsetki naliczone przez ZUS to 6 milionów 800 tysięcy zł. W latach 2003–2005 koszty finansowe i pozostałe koszty operacyjne wyniosły 54 miliony zł. Po prostu są to pieniądze wpuszczane w system w związku z obsługą istniejącego długu, a właściwie wydane na nic, nie na usługę, nie na pacjenta, nie na sprzęt dla szpitala, wydatki inwestycyjne, lecz na to, co nam do tej pory ciąży. Z tego wynikało moje pytanie, czy któryś z resortów zna łączną kwotę obsługi długów w Polsce, uwzględniającą kompleksowo wszystkie długi wszystkich jednostek. Resort MSWiA mówi o tym wybiórczo, każdy ma informację cząstkową. Czy moglibyśmy dzisiaj powiedzieć, że tyle i tyle musimy oddać na obsługę długów, za które płacą teraz samorządy? Czy ktoś z państwa ma taką informację? Może resort finansów?

Dyrektor Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej w Ministerstwie Finansów Dariusz Atlas:

Nie, my takiej informacji nie mamy. Mamy informację o tym, ile kosztowała obsługa długu Skarbu Państwa przed reformą, czyli na przełomie lat 1998 i 1999. Dług na koniec 1998 r. wynosił 7 miliardów 800 milionów zł. Po dwóch latach obsługi tego długu przez Bank Handlowy kwota urosła wraz z odsetkami do 8 miliardów 400 milionów zł. Trzeba zaznaczyć, że pieniądze na spłatę długu to nie była żywa gotówka, lecz skarbowe papiery wartościowe, które bank dostał w formie zamiany i które Skarb Państwa musi wykupić i opłacić w ramach pieniędzy przeznaczonych na obsługę długu.

Jeżeli w ogóle mówimy o restrukturyzacji, to rząd wielokrotnie podchodził do tej sprawy. To nie jest element istniejący jedynie dziś, bo przez całe lata dziewięćdziesiąte pojawiały się fale oddłużeniowe ówczesnych państwowych jednostek budżetowych. I tak w roku 1994 budżet państwa wyasygnował 658 milionów zł, w 1995 r. – 750 milionów zł, a już w 1996 r. – 1 miliard 750 milionów zł. Ustawa z 13 października 1998 r. wprowadzająca nowy podział administracji publicznej przez niefortunny zapis art. 80 spowodowała lawinowe narastanie zadłużenia jednostek, które z dniem 1 stycznia 1999 r. ulegały przekształceniu w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. To jest właśnie ów dług w wysokości 8 miliardów 400 milionów zł, który przejął Skarb Państwa i z czystą kartą oddał te jednostki samorządom.

Jeżeli mówimy o art. 60 ustawy o ZOZ, to on istnieje cały czas w okresie funkcjonowania zreformowanej służby zdrowia, także reguły gry nie zostały w tym zakresie w żaden sposób zmienione. Dodatkowo budżet państwa przekazywał środki na tak zwaną restrukturyzację i programy osłonowe. Łącznie w latach 1999–2004 wydano 870 milionów zł. Chodziło o to, żeby część pracowników odeszła z istniejących zakładów opieki zdrowotnej i przeszła do innych sektorów. Efekt był taki, że w większości, tak jak pokazują to kontrole NIK, ludzie ci pojawili się w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, które również mogą być beneficjentami dzisiejszych środków z Narodowego Funduszu Zdrowia, bowiem wszystkim przysługują te same prawa ubiegania się o kontrakt.

Jeżeli mówimy o tym z punktu widzenia Ministerstwa Finansów, to my nie patrzymy na statystykę sucho. Również boli nas kwestia, o której mówił pan senator Jaroch i którą wyjaśniał pan minister Wojtyła, właśnie sprawa Polanicy. W zeszłym roku w czerwcu zamysł był taki, aby Polanica, która została wybudowana kosztem 200 milionów zł, była po prostu jednym szpitalem dla okolicznych powiatów, a od 1 stycznia 2006 r. inne szpitale, zlokalizowane w starych budynkach, których już nie opłaca się remontować, ani nie spełniają standardów, zostały zlikwidowane. Efekt końcowy w grudniu 2005 r. był taki, że samorzady nie chciały na to przystać i w rezultacie powstał dodatkowy szpital finansowany czy to z kontraktu, czy też przez ministra zdrowia. Mamy także problem w Ełku. Tu jest kwestia tego, że jest zbyt duża podaż jednostek w stosunku do usług, które można zrealizować i za które można zapłacić. Rząd przez wiele lat próbował rozwiązać ten problem. Przykładem była między innymi, pan minister Sikorski pamięta, to była chyba jesień 2003 r., ustawa wprowadzająca zamysł spółek użyteczności publicznej. Procedowano nad nią w formie projektu przez cały rok 2004 i projekt upadł na początku 2005 r. Później pojawiła się już jako projekt prezydencki i to jest właśnie ta, którą mamy i o której dzisiaj pan minister Wojtyła mówił, że będzie nowelizowana, tak aby wykorzystać pełnię środków, jaka została wtedy zapewniona, czyli 2 miliardy 200 milionów zł.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję.

Zgłasza się pan minister Sikorski do zabrania głosu, może do uzupełnienia.

**Przewodniczący Komisji do spraw Polityki Zdrowotnej
w Związku Województw Rzeczypospolitej Polskiej Leszek Sikorski:**

Pani Senator! Szanowni Państwo!

Istotnie jest tak, że przykład Polanicy to nie jest kwestia ostatniego roku, to się ciągnie. Dyskusje nad tym, który samorząd miałby to ewentualnie przejąć, prowadzone są od 2003 r. Jeszcze w moim gabinecie oraz u moich następców odbyło się kilka spotkań z przedstawicielami samorządów różnych szczebli, wojewódzkich, powiatowych, były pomysły przejmowania tego w różnych konfiguracjach. Jednak barierą we wszystkich tych sytuacjach była i jest ciągle istniejąca niespójność pomiędzy oczekiwaniami i potrzebami zdrowotnymi, które my jako środowisko medyczne możemy kreować niemal bez ograniczeń, a które dodatkowo są kreowane tym, do czego my namawiamy społeczeństwo poprzez promocję zdrowia, profilaktykę zdrowotną, dbałość o własne zdrowie, większą dostępność, poprawę jakości itd., itd., a nakładami finansowymi, które za tym nie nadążają. Pan dyrektor wspominał o tym, pokazując, jak na przestrzeni ostatnich lat wzrastały nakłady na pewne procesy restrukturyzacji, ale przecież doskonale wiemy na podstawie tych samych wykresów, że w pewnych obszarach one malały. Proszę sobie przypomnieć, że dla systemu 2003 r., a właściwie druga połowa 2002 r. i 2003 r. to był najgorszy okres finansowy. Dopiero poprawa efektu wzrostu gospodarczego i przenoszenie tego na poziom składki zaczęły przynosić efekty pod koniec 2004 r. Proszę przypomnieć sobie również pewne tendencje, wtedy na przykład po raz pierwszy został zahamowany trend wzrostu nakładów na refundację leków, proces, który w roku 2004 udało się utrzymać na pewnym poziomie. Mówię o tym tylko dlatego, że w rzeczywistości moglibyśmy tu spędzić wiele godzin, aby pokazać szczegółowe aspekty problemu.

Odniosę się jeszcze do pomysłu spółek użyteczności publicznej. Oczywiście, nie wchodzi się dwa razy do tej samej rzeki, ale przypomnę, że pomysł przekształcenia w spółki określane mianem użyteczności publicznej był podyktowany poszukiwaniem kapitału, który byłby w stanie dofinansować te podmioty w rzeczywistości niedofinansowane. Przecież nie był to jakiś nadzwyczajny pomysł, wiele samorządów, i pan Marek to potwierdzi, niezależnie od tej ustawy, godząc się czy korzystając z obecnego prawa, przekształcało szpitale nie w spółki użyteczności publicznej, lecz w spółki, w podmioty niepubliczne, zresztą z różnym efektem, bo zależy to, jak wszędzie, i od ludzi, i od okoliczności, i od finansów, i od wielu innych kwestii.

Myślę, że jeżeli chcemy w jakiejś określonej perspektywie czasowej doprowadzić do zrównoważenia tego, co jest po stronie obciążeń sektora ochrony zdrowia i co przekłada się na obciążenia samorządu, to musimy patrzeć na wszystkie pozostające do dyspozycji środki finansowe. Przypomnę, że w latach 2000–2003 przeciętne województwo, samorząd wojewódzki nie przeznaczal na system swoich szpitali więcej środków niż w granicach około 800 tysięcy zł, z czego przynajmniej połowa przeznaczana była na programy profilaktyczne, a na faktyczne rzeczowe wsparcie zostawało kilkaset tysięcy złotych dzielone na kilkanaście do kilkudziesięciu szpitali. Zatem w skali budżetu, nie można już tego odnosić do niczego innego, w skali budżetu, który finansowały kiedyś kasy, a teraz Narodowy Fundusz Zdrowia, weźmy przykład jednego województwa: 2 miliardy zł nakładów z tytułu finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia i 400–500 tysięcy zł ze strony samorządu wojewódzkiego i pewnie tyleż samo ze strony samorządu powiatowego, jest to niewspółmierność nakładów w stosunku do potrzeb. To jest jedna strona medalu. Druga strona medalu jest taka, sam uczestniczyłem w spotkaniach w takich powiatach, otóż bywało, że zadłużenie jednostki w ciągu jednego roku sięgało wielkością budżetu starostwa. Zatem proszę zważyć

również na to, że chyba wiele się nie zmieniło, pan dyrektor może mnie poprawić, iż nadal chyba 50% jednostek generuje około 40% długu w systemie. Tak można dotykać poszczególnych elementów tego problemu. Istnieją duże jednostki, które mają olbrzymie długi, został tu wspomniany przykład szpitala, ale są też instytuty, które mają potężne zadłużenie, do tego trzeba pamiętać o sumie małych, drobnych długów, które gdzieś tam się generują.

Chcę wyraźnie na koniec podkreślić, że istnieje szansa i resort pracuje z partnerami z samorządów nad przygotowaniem i przyjęciem projektów do nowej perspektywy finansowej na lata 2007–2013, będę zresztą prosił, żeby w odpowiednim momencie taka informacja mogła być również państwu przedstawiona, bo jest szansa uzyskania środków finansowych właśnie na dostosowanie placówek ochrony zdrowia do standardów, o których mówił pan senator i o które państwo pytaliście. Jest pewien przedział finansowy. Przypomnę, że w projekcie z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na zdrowie i sprawy społeczne przeznaczony jest do 7% planowanych wydatków. Zatem od samorządu i złożonych projektów zależy, jak ta kwota zostanie wykorzystana. Dobrze by było, żeby pewne sprawy od razu zostały pomyślane we właściwych proporcjach. Przypomnę, że gdy w 2002 r. pojawiła się tylko w formie sygnałnej informacja, że aby dostać się do sieci, szpitale muszą spełnić określone kryteria i te kryteria zostały luźno zaproponowane, w formie koncepcyjnej, pewnego pomysłu, zaowocowało to tym, że wiele placówek natychmiast ruszyło, aby spełnić te kryteria. Nie było ważne, czy one były już ustalone, czy były mądre, czy nie, chodziło o to, żeby opanować pewną... żeby pewne fakty stały się dokonane. To są bardzo niepokojące zjawiska. My jako samorządowcy musimy sobie z tego zdawać sprawę, że takie reakcje, takie zachowania mają miejsce.

Przewodnicząca Elżbieta Rafalska:

Dziękuję.

Myślę, że pomału będziemy kończyli naszą dyskusję.

Panie Ministrze, mam taką prośbę. Czy byłoby możliwe, ja nie określam czasu, ale gdy państwo jako resort będziecie składać jakieś ogólne informacje, żeby rzeczywiście te informacje dotyczące kosztów obsługi długu do nas dotarły? Ja w żaden sposób nie określam czasu, nie wiem, czy to będzie na koniec półrocza, ale myślę, że dobrze byłoby mieć taką wiedzę, po prostu wiedzieć, ile ze środków, które są przewidziane na restrukturyzację, przeznaczane jest na rzeczywistą restrukturyzację, a ile stanowi koszt, z którego dla jednostek zupełnie nic nie wynika.

Dziękuję państwu bardzo za udział w posiedzeniu i za wszystkie głosy w dyskusji.

Zamykam posiedzenie Komisji Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej.

(Koniec posiedzenia o godzinie 16 minut 24)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851