



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(113)

6. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 14 lutego 2006 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat aktualnego stanu i przebiegu realizacji ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.
2. Sprawy bieżące.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 01)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Witam serdecznie wszystkich państwa, witam przybyłych gości.

Witam pana ministra Wojtyłę, panią Agnieszkę Salwowską z Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, pana Piotra Warczyńskiego – dyrektora tegoż departamentu, pana Włodzimierza Pisarskiego... nie ma go... i pana Jacka Bębenka z departamentu budżetu.

Witam państwa serdecznie. Jak widzę, prasa też jest z nami, witam zatem wszystkich.

W rozesłanym programie posiedzenia komisji przewidziałem dwa punkty porządku dziennego: aktualny stan i przebieg realizacji ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz sprawy bieżące.

Czy w sprawie porządku posiedzenia komisji są jakieś propozycje? Przepraszam, ale gdzieś jest włączony mikrofon, prosiłbym o wyłączenie go, bo inaczej będzie pogłos. Dziękuję bardzo. Jeśli nie ma żadnych uwag, to uważam, że porządek posiedzenia komisji został przyjęty.

Proszę państwa, jeśli chodzi o bieżące posiedzenie Senatu, to nie napłynęły ustawy, które dotyczyłyby bezpośrednio naszej sfery. W związku z tym, realizując plan pracy Komisji Zdrowia, pomyślałem, że trzeba zobaczyć, w jakiej jesteśmy fazie w sprawie dla ochrony zdrowia kluczowej. Z jednej bowiem strony są tu i ówdzie dramatyczne negocjacje z Narodowym Funduszem Zdrowia różnych instytucji, które bronią się przed, ich zdaniem, za niskim kontraktem, z drugiej strony jest duże, drastyczne zadłużenie ochrony zdrowia. I wreszcie mamy coś w rodzaju próby systemowego wyjścia z impasu zadłużeniowego w postaci ustawy o restrukturyzacji. Wydawało mi się zatem, że będzie bardzo pożyteczne, jeśli usłyszemy, jak radzimy sobie z tą procedurą, i dlatego zwróciłem się do Ministerstwa Zdrowia o przygotowanie dla nas informacji na ten temat.

Bardzo się cieszę, że jest z nami pan minister. Proponuję, żeby w pierwszej części oddać głos państwu, a potem podyskutujemy.

Bardzo proszę zatem pana ministra o przejęcie pałeczki i dowodzenie swoim silnym zespołem.

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

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.
Szanowni Państwo!

Przesłaliśmy państwu informację o przebiegu realizacji ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej na dzień 13 lutego 2006 r., bo takie najnowsze dane zebraliśmy i takie dane mamy.

Chciałbym również przypomnieć, że w Sejmie odbyło się już drugie czytanie sprawozdania, które było przedstawiane zarówno na posiedzeniu komisji, jak i na posiedzeniu plenarnym Sejmu. To sprawozdanie wpłynęło do parlamentu wcześniej i miało wcześniejszą datę, z grudnia ubiegłego roku. I takie sprawozdanie do państwa też wpłynie. My przedstawiamy najnowszą informację.

Na początek powiem trochę o samej ustawie. Restrukturyzacja finansowa jest przeprowadzana w zakładach, dla których organem restrukturyzacyjnym jest minister zdrowia, lub w zakładach jednostek samorządu terytorialnego, dla których tak zwanym organem restrukturyzacyjnym, zgodnie z ustawą, jest wojewoda.

Z danych, które uzyskaliśmy z wojewódzkich centrów zdrowia publicznego i z urzędów wojewódzkich, wynika, że do organów restrukturyzacyjnych wpłynęło pięćset szesnaście wniosków o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego. To jest ostateczna liczba wniosków, ponieważ ustawowy termin ich składania upłynął zgodnie z ustawą 22 sierpnia 2005 r. Wydano pięćset dziewięć postanowień o wszczęciu postępowania oraz siedem decyzji o odmowie postępowania restrukturyzacyjnego, między innymi dlatego, że wnioski złożyły zakłady, które były w stanie likwidacji, czy też zakłady, których projekt programu restrukturyzacji nie uzyskał pozytywnej opinii organu tworzącego. Osiemdziesiąt osiem zakładów, dla których organem restrukturyzacyjnym jest wojewoda i które mogły skorzystać z ustawy, nie złożyło wniosku o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego.

Do 13 lutego bieżącego roku wydano czterysta czterdzieści cztery decyzje o warunkach restrukturyzacji. Zawieszono trzydzieści siedem postępowań na mocy ustawy w związku ze złożeniem wniosku do sądu o uchylenie ugody restrukturyzacyjnej, bo to również zakłada ustawa. Wydano dziewiętnaście decyzji o umorzeniu postępowania do dnia 13 lutego i dwie decyzje o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego – dotyczy to dwóch szpitali: szpitala powiatowego w Zakopanem, w województwie małopolskim, i Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Lesznie, w województwie wielkopolskim.

Zakłady opieki zdrowotnej uczestniczące w procesie restrukturyzacji, dla których organem założycielskim jest wojewoda, mogą korzystać – i skorzystały – z następujących źródeł finansowania: czterysta trzy zakłady zawarły ugody cywilnoprawne obejmujące zobowiązania na sumę około 1 miliarda 600 milionów zł; dwieście osiemdziesiąt sześć zakładów wykazało zobowiązania publicznoprawne na kwotę 1 miliarda 100 milionów zł, podlegające umorzeniu lub spłacie, w tym z pożyczki Skarbu Państwa; trzysta dziewięćdziesiąt osiem zakładów miało zobowiązania wynikające z indywidualnych roszczeń pracowników – na podstawie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz zmianie niektórych ustaw – na kwotę 725 milionów zł, podlegające spłacie z pożyczki Skarbu Państwa. Czterysta dziewięćdziesiąt siedem zakładów, czyli 97%, 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 sześciu zakładów będą umorzone zobowiązania publicznoprawne na kwotę 498 milionów zł; sto dziewięćdziesiąt siedem zakładów zawarło ugodę re-

strukturyzacyjną; wobec pięćdziesięciu jeden zakładów zobowiązania cywilnoprawne – na kwotę prawie 200 milionów zł – przejmą organy założycielskie; pięć zakładów ubiega się o organizację emisji obligacji na kwotę 100 milionów zł, a osiemdziesiąt zakładów otrzymało dotacje od jednostek samorządu terytorialnego na sumę 239 milionów zł.

Do ministerstwa wpłynęło pięćdziesiąt sześć wniosków o wszczęcie postępowania i wydano pięćdziesiąt sześć postanowień o jego wszczęciu.

Zakłady biorące udział w restrukturyzacji, dla których organem restrukturyzacyjnym jest minister zdrowia, korzystały z następujących źródeł finansowania: trzydzieści cztery zakłady zawarły ugody cywilnoprawne obejmujące zobowiązania na sumę 288 milionów zł; dwadzieścia siedem zakładów wykazało zobowiązania publicznoprawne na kwotę 143 milionów zł; dwadzieścia trzy miały zobowiązania wynikające z indywidualnych roszczeń pracowników; czterdzieści dwa korzystają z pożyczki Skarbu Państwa; dwa z kredytów bankowych, a wobec dwudziestu zakładów umorzone będą zobowiązania na kwotę 39 milionów zł.

Jeżeli chodzi o dotacje, to zgodnie z art. 40 ustawa przewiduje możliwość uzyskania dotacji przez niezadłużone zakłady opieki zdrowotnej. Na ten cel w ustawie budżetowej na poprzedni rok zostały zaplanowane środki w wysokości 100 milionów zł. Na wniosek ministra zdrowia, po pozytywnym zaopiniowaniu przez Komisję Finansów Publicznych, minister finansów zwiększył dotacje o kolejne 100 milionów zł. Łączna kwota przeznaczona na wsparcie działań restrukturyzacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej, które nie były zadłużone, wynosiła więc 200 milionów zł. Jeżeli chodzi o potrzeby, które wynikały z napływających wniosków, są one około trzykrotnie wyższe. Do dnia 21 lipca wpłynęło bowiem trzysta osiemnaście wniosków na łączną kwotę 626 milionów zł. Piętnaście wniosków odrzucono z przyczyn formalnych.

Teraz chciałbym również poruszyć problem zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, bo ustawa po części załatwia, mówiąc kolokwialnie, problem zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej, gdyż zadłużenie to wynikało w części z tak zwanej ustawy 203.

Ministerstwo Zdrowia cały czas analizuje poziom zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – na podstawie danych od wojewodów, uczelni medycznych, MON, MSWiA i jednostek nadzorowanych przez ministra zdrowia.

Mamy najbardziej aktualne informacje, jeżeli chodzi o całkowite zadłużenie placówek służby zdrowia na koniec roku 2005, jednak do 13 grudnia sześć jednostek nie przekazało danych, dane te mogą ulec również zmianie, gdyż zależy to od ustawowego terminu zamykania ksiąg rachunkowych, a termin ten przypada na koniec marca.

Chciałbym powiedzieć, że łączna wartość zobowiązań wymagalnych w kraju wyniosła na koniec grudnia 5 miliardów, konkretnie 4 miliardy 800 milionów zł, a więc w stosunku do poprzedniego kwartału, kiedy wartość zobowiązań wymagalnych wynosiła ponad 6 miliardów 86 milionów zł, nastąpił spadek wartości zobowiązań o 17,8%.

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 – niewiele ponad 1 miliard zł; zobowiązań z tytułu zakupu usług obcych – 442 miliony zł, i wobec pracowników – 394 miliony zł.

Na spadek wartości zobowiązań, w porównaniu do III kwartału, największy wpływ miało zmniejszenie się zobowiązań publicznoprawnych o kwotę prawie 300 milionów zł oraz zobowiązań wobec pracowników z tytułu tak zwanej ustawy 203, gdzie odnotowano obniżenie o 261 milionów 900 tysięcy zł, czyli o 61,7%. Obniżenie poziomu zobowiązań wynika z zaciągniętej przez zakłady pożyczki, która w pierwszej kolejności miała zaspokoić roszczenia pracowników z tytułu ustawy 203. Ponadto odnotowano też duży spadek zobowiązań wymagalnych wobec dostawców leków i materiałów medycznych, który wyniósł 238 milionów zł.

Największe zadłużenie publicznych zakładów opieki zdrowotnej występuje w województwach dolnośląskim, łódzkim, pomorskim i mazowieckim, najmniej zadłużone są SP ZOZ w województwach opolskim, podkarpackim i warmińsko-mazurskim.

Jeżeli chodzi o spadek zobowiązań wymagalnych, to między trzecim a czwartym kwartałem 2005 r. spadek ten, jak już powiedziałem, wynosi około 1 miliarda zł, a dynamika zobowiązań wymagalnych w procentach w stosunku do poprzedniego kwartału to 82%.

Chciałbym powiedzieć, że ustawa o restrukturyzacji tylko w części – jeszcze raz to podkreślam – załatwia problem zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Mamy już mniej więcej obraz, jak to wygląda w skali całego kraju. Cały czas monitorujemy, jak przebiega ta restrukturyzacja. I pracujemy nad tym, ażeby umożliwić wykorzystanie pozostałych 550 milionów zł, które nie zostały jeszcze wykorzystane – z tych 2 miliardów 200 milionów zł przeznaczonych ustawą na restrukturyzację placówek ochrony zdrowia.

Na etapie uzgodnień zewnętrznych znajduje się obecnie nowelizacja tej ustawy, która próbuje przede wszystkim zlikwidować zobowiązania publicznoprawne w stosunku do ZUS, to jest połowa tej sumy 550 milionów zł. Jeśli chodzi o drugą jej połowę, to istnieje możliwość uzyskania pomocy w postaci pożyczki przez jednostki badawczo-rozwojowe, które w związku z tym, że nie wypłacały podwyżek związanych z tak zwaną ustawą 203, nie mogły otrzymać pomocy finansowej wynikającej z ustawy. Proponujemy tam także zwiększenie odsetka umorzeń z 50% do 80%. Myślę, że ta nowelizacja będzie w najbliższym czasie przedstawiona Radzie Ministrów, potem Sejmowi, a także Wysokiej Izbie senackiej.

To by było na tyle. Są tu z nami dyrektorzy, którzy bezpośrednio zajmują się tymi problemami, i jeżeli ja nie będę umiał odpowiedzieć na pytania, to są do państwa dyspozycji.

Chciałbym jeszcze tylko powiedzieć, że w związku z tym, iż zajmuję się tymi problemami, staram się przyglądać im z bliska. Byłem więc w szpitalu powiatowym w Zakopanem, który pierwszy w Polsce zakończył proces restrukturyzacji, i przekonałem się, że bardzo wiele zależy od managementu i zarządzania szpitalem. Kiedy cztery lata temu przypadkowo znalazłem się w tym szpitalu, był on kompletnie podupadły, w tej chwili wyszedł już z zadłużenia, między innymi nie tylko dzięki naszej pomocy, ale przede wszystkim dzięki dobrej współpracy z samorządem, który pomógł temu szpitalowi, i teraz jest już on w bardzo dobrej sytuacji finansowej. Innym szpitalem jest szpital w Lesznie, szpital duży, wojewódzki, który od wielu lat miał problemy finansowe i też ku mojemu zdziwieniu proces restrukturyzacji został tam zakończony, w najbliższym tygodniu odwiedzę również ten szpital.

Jeżeli chodzi o województwa, o których istnieje opinia, że nie radzą sobie z zadłużeniem, to takim bardzo mocno zadłużonym województwem jest między innymi województwo dolnośląskie. W ostatni piątek spotkałem się z tak zwanym Konsorcjum Szpitali Dolnośląskich, mam materiały na ten temat, i chciałbym powiedzieć, że to, co dzieje się na Dolnym Śląsku, ma również pozytywne strony. Myślę, że kierunki, jakie przyjął samorząd województwa, łącznie z akademią medyczną i z władzami wojewódzkimi, są bardzo obiecujące. I jeżeli takie procesy odbywają się w skali całego kraju, to myślę, że najgorsze czasy, jeżeli chodzi o zadłużenie placówek ochrony zdrowia, mamy za sobą. My pracujemy nad tym, ażeby problem zadłużenia powoli pokonywać, ażeby dać jeszcze impuls tym jednostkom ochrony zdrowia i tym regionom, które są najbardziej zadłużone.

Trzeba mieć świadomość, że budżetu państwa nie stać na to, żeby w jednym momencie wydać 6 miliardów zł, myślę, że to trzeba rozłożyć na dłuższy okres i musi to być powiązane z restrukturyzacją placówek ochrony zdrowia i takimi rozwiązaniami, które nie doprowadzą, po oddłużeniu, do ponownego zadłużenia się tych placówek – bo takie mamy doświadczenia w Polsce w ostatnim piętnastoleciu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Przystępujemy do serii pytań, tak? A potem dyskusja. Zgoda?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No to bardzo proszę, pan senator Ślusarz.

Senator Rafał Ślusarz:

Panie Ministrze, materiał jest świeży, gorący, ale to nas też stawia w trudnej sytuacji, bo z pewnością wymagałby lepszego przeanalizowania. W związku z tym, jeżeli moje pytanie wyda się dziwne, to też może wynika z tego, że nie było czasu, żeby wejść w to głębiej. Ale takie trzy pytania... Bo ja optymizmu nie podzielam, wręcz przeciwnie, ten optymizm jeszcze dodatkowo mnie martwi.

Ale w części pierwszej jest taki punkt: zawieszono trzydzieści siedem postępowań restrukturyzacyjnych. Ponieważ właśnie otarłem się o sprawę zawieszenia postępowania restrukturyzacyjnego, a w tabeli województw nie zostało wyszczególnione, w których województwach to nastąpiło, to chciałbym prosić o taką informację – jeżeli państwo macie w tej chwili dane, to teraz, jeżeli nie, to może być później.

Wydaje mi się dość ciekawe, dlaczego niektórzy wierzyciele nie chcą podpisywać... Czy nie jest to jakaś zmowa, czy to pewni konkretni wierzyciele tak właśnie się układają w związku z ustawą restrukturyzacyjną? Bo wydawałoby się, że z punktu widzenia wierzyciela jest to postępowanie nieracjonalne, kiedy on swojego dłużnika jakby blokuje przy uzyskaniu pieniędzy. Tak że proszę o rozbudowaną informację na ten temat.

Druga sprawa. W tekście pada takie zdanie, że wszystkich nas chyba bardzo ucieszyła ta obniżka z 6 miliardów na 5 miliardów, no z kwartału na kwartał, prawda, przy takim tempie to my w ciągu roku sobie poradzimy. Jeżeli jednak jest taki zapis, że obniżenie poziomu zobowiązań wynika z pożyczki, czyli to jest zamiana zobowiązań wymagalnych na niewymagalne, to zapytam, czy mamy jakąś orientację, jak to w sumie wygląda, to znaczy całe to zadłużenie wymagalne i niewymagalne. Czy my po

prostu nie zmniejszamy tego salda tylko w pozycji: obecnie wymagalne, przez to, że ustawą restrukturyzacyjną jakieś wymuszamy dłuższe ugody, ale te długi muszą być spłacone? Proszę państwa, bieżące finansowanie służby zdrowia jest nadal niewystarczające, co można było usłyszeć na konferencji Koalicji „Teraz zdrowie” od wszystkich jej uczestników. To jest ta druga sprawa – pokazać to w takim ogólnym bilansie, bo być może rzeczywiście są powody do optymizmu.

I już na koniec pytanie w związku z Zakopanem. Prawdę mówiąc, zawsze, kiedy słyszę, że to management, takie spektakularne sukcesy... Czy można otrzymać informację, ile środków spoza Narodowego Funduszu Zdrowia uzyskał szpital w Zakopanem w ciągu tych czterech lat? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Czy od razu poprosimy o odpowiedź, czy po serii pytań? Jak państwo wolą – od razu? (*Senator Rafał Ślusarz: Jak rozumiem, te pytania wymagają zebrania informacji, tak że może odpowiedzi nie będą teraz możliwe.*)

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Ale co będzie możliwe, to prosimy.

Bardzo proszę.

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

Dziękuję bardzo.

Dziękuję za pytania. Pierwsze pytanie dotyczyło zawieszenia postępowań restrukturyzacyjnych. Zawieszenie postępowań restrukturyzacyjnych wynika najczęściej z tego, że toczą się sprawy sądowe...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak, przez wierzycieli... I my czasami nie umarzamy postępowania restrukturyzacyjnego, toczą się sprawy sądowe, w związku z tym sprawa jest zawieszona. My w tej chwili nie mamy dokładnych danych – chyba że pan dyrektor – ile jest tych postępowań restrukturyzacyjnych i z jakiego powodu...

(*Głos z sali: Trzydzieści siedem.*)

Trzydzieści siedem postępowań restrukturyzacyjnych. Ale ile postępowań restrukturyzacyjnych jest zawieszonych i z jakiego powodu, bo każda taka sprawa ma swoją...

(*Senator Rafał Ślusarz: Mnie interesuje województwo dolnośląskie, gdyby można było złapać ten parametr, dobrze?*)

My damy panu senatorowi dokładne pisemne dane. Ja gdzieś je mam, bo byłem na spotkaniu na Dolnym Śląsku i tam mi to przedstawiano, mamy to nawet na slajdach, ale w tej chwili nie pamiętam.

Jeżeli chodzi o całe zadłużenie i o to, że powiedziałem, iż to jest optymistyczne... No to nie znaczy, że ja się cieszę, że w ogóle nie będzie zadłużenia placówek ochrony zdrowia. Ale my od wielu lat, właściwie od połowy lat dziewięćdziesiątych, szczególnie po 1999 r., obserwowaliśmy wzrost zadłużenia placówek ochrony zdrowia, generalnie służby zdrowia, i nie zdarzyło się, żebyśmy zaobserwowali spadek poza

tymi okresami, kiedy oddłużaliśmy placówki ochrony zdrowia. Było tak, że w momencie, kiedy oddłużyliśmy placówki ochrony zdrowia, od razu następowała spirala zadłużania się.

W tej chwili, jeżeli chodzi o ogólne zobowiązania wymagalne i niewymagalne, w tym te kredyty, które zostały uruchomione, to zostało to rozłożone na dłuższy czas, a w grudniu 2005 r. w stosunku do września tego roku obserwujemy spadek o 2% całkowitego zadłużenia placówek ochrony zdrowia.

Jeżeli chodzi o...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...2%. Jeżeli chodzi o zobowiązania wymagalne, to jest 18%. Przy czym chciałbym powiedzieć, że sprawozdając w Sejmie, podawałem stan na listopad 2005 r. Na początku to też był spadek tylko o 4%, a potem doszło do jego zwiększenia do 18%. I dlatego też tak obiecujące jest to, że istnieje tendencja spadkowa. Myślę, że w miarę jak będziemy otrzymywali coraz to nowe dane, ta tendencja się utrzyma, podobnie jak było w przypadku zobowiązań wymagalnych.

Ale ja jeszcze raz chciałbym powiedzieć, że problem zadłużenia to nie jest tylko problem tej ustawy. Dzięki tej ustawie w dużej części załatwiliśmy problem zobowiązań wynikających z tak zwanej ustawy 203 i doszło do stworzenia planów restrukturyzacyjnych placówek ochrony zdrowia, i to jest pozytywne, ale to nie załatwia całego problemu zadłużenia placówek ochrony zdrowia.

Jeżeli chodzi o szpital imienia Chałubińskiego w Zakopanem, ja tam byłem, w pomocy partycypował powiat podhalański, okoliczne gminy, jak również gmina Zakopane. Tak naprawdę, to ja się nie dowiedziałem, bo to po prostu jest ich prywatna sprawa, w jaki sposób oni pomogli, i ja się nie dowiedziałem, jaka ilość środków finansowych wpłynęła do szpitala w Zakopanem. Podkreślam, że jeżeli jest dobra współpraca między samorządami a szpitalem, to można przy dobrym zarządzaniu wyjść z zadłużenia i, tak jak w przypadku Zakopanego, zakończyć proces restrukturyzacji, remontować poszczególne oddziały, dostosowywać do warunków określonych ustawowymi regulacjami. Tylko to chciałem powiedzieć, ja nie mam prawa domagać się ujawnienia, ile pieniędzy dały samorzady na szpital, bo być może jest to ich tajemnica. Tak że dokładnie nie wiem.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dyskusja czy jeszcze pytanie?

(Senator Rafał Ślusarz: Ad vocem, ad vocem.)

Ad vocem.

Senator Rafał Ślusarz:

Nie, bo ja chcę usłyszeć tę kwotę, Panie Ministrze.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie o Zakopanem, nie o Zakopanem. Chodzi mi o kwotę zobowiązań wymagalnych i niewymagalnych, tę, co – jak pan mówi – spadła o 2%, chcę ją poznać. Te kwoty w Zakopanem to ja oczywiście znajdę sobie w Internecie, bo przecież nie można dawać jakichś lewych pieniędzy, to są zaznaczone pieniądze, na bieżącą działalność, prawda, na inwestycje, to wszystko będzie w protokołach. Ja myślałem, że pan zna tę kwotę.

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

Pomoc polegała nie tylko na pomocy finansowej, ale ...

(*Senator Rafał Ślusarz: Nie, ja znam te zasady.*)

Jeżeli chodzi o zobowiązania ogółem, to na dzień 30 września 2005 r. było to ponad 9 miliardów 900 tysięcy zł...

(*Głos z sali: 900 milionów.*)

900 milionów zł... 908 milionów zł. Obecnie jest 9 miliardów 720 milionów zł, czyli dokładnie jest spadek o 2% w stosunku do poprzedniego kwartału.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Senator Jadwiga Rudnicka:

Panie Ministrze, ja mam zapytanie w sprawie lokalnej. Chodzi mi o miasto Gliwice, które ma trzy szpitale i od dwóch lata stara się je jakoś naprawiać, naprawiać w ten sposób, że wszystkie trzy zostały dane do likwidacji, nie ma dyrektorów, są likwidatorzy. Docelowo ma to być spółka pracownicza, organem założycielskim jest miasto, ma użyczać budynki oraz aparaturę spółkom, które się tam potworzą.

Czy ten rodzaj restrukturyzacji... Jakie jest zdanie pana ministra na ten temat? To jedno pytanie. I drugie. Czy mają jakąś szansę na skorzystanie z tej ustawy, z której wynika, że mogą otrzymywać kredyty i oddłużania? Ja osobiście mam duże wątpliwości, ale może nie mam racji. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

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

Nie znam dokładnie lokalnej sytuacji w Gliwicach, ale mamy siedemdziesiąt placówek, które głównie samorzady przekształciły w spółki. I chciałbym odpowiedzieć pani senator, że ustawa wyraźnie mówi, że zakłady, które znajdują się w stanie likwidacji, nie mogą otrzymać takich środków. Ustawa dotyczy tylko publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a spółki są zakładami niepublicznymi, tak że nie ma żadnej możliwości skorzystania z zapisów tej ustawy.

Senator Jadwiga Rudnicka:

Przepraszam, chciałabym dodać tylko jedno. Nawet wówczas, gdy miasto jest właścicielem budynku, aparatury i miasto występuje... Wtedy też nie można? No też tak uważałam. Czyli jeżeli chce się oddłużać, to trzeba się wycofać z tego pomysłu. Dziękuję bardzo.

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

Pani senator teraz to już nic nie da, bo wszelkie terminy już minęły.
(*Senator Jadwiga Rudnicka: Aha. Nawet wycofać się już nie można.*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Michał Okła, bardzo proszę.

Senator Michał Okła:

Panie Ministrze, usłyszałem stwierdzenie, że problem ustawy 203 został załatwiony. Ale został on załatwiony przez szpitale jakim kosztem – kosztem zadłużenia się, kosztem odsetek, kosztem komorników. I rząd w tej sprawie nam nic nie pomógł. A jednym z głównych elementów kampanii wyborczej układu obecnie rządzącego było przekształcenie tej pożyczki w dotacje, bo to jest, mówiąc słowami mojego poprzednika, pana doktora Ślusarza... On ma rację, że zobowiązania niewymagalne, jakie zaciągnęliśmy w postaci pożyczki, po pewnym czasie staną się wymagalnymi. Ja też uważam, że powinno to zostać przekształcone w dotacje, ponieważ szpitale w tej chwili nie mają możliwości odnawiania swojego sprzętu, nie mają możliwości dania podwyżek pracownikom, co powoduje ucieczkę pracowników. Informacje o takich problemach już do mnie napływają od wielu związków pracodawców poszczególnych województw. To są stałe problemy.

A więc co rząd ma zamiar zrobić w celu przekształcenia tej pożyczki w dotację i jak faktycznie zamierza załatwić problem ustawy 203?

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję bardzo.

Chciałbym panu senatorowi odpowiedzieć w ten sposób, że mówiąc o restrukturyzacji, mówiłem o realizacji ustawy, która obecnie obowiązuje. Takie są zapisy i my realizujemy tę ustawę zgodnie z jej zapisami. Ja uczestniczyłem w jej tworzeniu i wiem, że nie jest to ustawa optymalna, że nawet rząd przedstawił ją Sejmowi w zupełnie innej formie, ale takie były układy, że trzeba było osiągnąć pewne kompromisy, no i mamy taką ustawę, jaką mamy.

Powiem tylko, że ta ustawa jednak w jakimś stopniu pomaga załatwić przynajmniej problem ustawy 203, nie jest ustawą, która w niczym nie pomogła placówkom ochrony zdrowia czy nie wpłynęła w żaden sposób na problem ustawy 203, bo wpłynęła. I chociaż nie jest to nasza ustawa, to my oceniamy obiektywnie, nie możemy powiedzieć, że... jeżeli spadło zadłużenie, zobowiązania wymagalne, no to ja to mówię tutaj na posiedzeniu.

Uważam, że to nie jest wszystko, co można było zrobić, jeżeli chodzi o zlikwidowanie zadłużenia placówek ochrony zdrowia. Powiem tylko, dlaczego to jest pożyczka – żeby nie zwiększać długu publicznego. I uchwalając tę ustawę, w ten sposób rozumowaliśmy, myśląc o finansach publicznych i o tym, żeby dług nie został zwiększony, poszliśmy w kierunku możliwości uzyskania przez zakłady pożyczki.

Kiedy pracowaliśmy nad tą ustawą w Sejmie istniała taka opinia, że umorzenie i tak będzie na pewno wyższe aniżeli zakładane w ustawie i my podejmujemy takie działanie... Nie możemy zaproponować stuprocentowego umorzenia, ponieważ jest to niezgodne z prawem Unii Europejskiej, musielibyśmy o to zapytać Unię Europejską, dlatego proponujemy 80%, czyli zwiększamy umorzenie z 50% do 80%, bo to nie wymaga notyfikacji. I stąd właśnie taka nasza propozycja.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pani senator Gelert, bardzo proszę.

Senator Elżbieta Gelert:

Panie Ministrze, ja chcę zwrócić się z zapytaniem właśnie o nowelizację tej ustawy, o której pan mówił, ponieważ wyłaniają się jak gdyby trzy grupy, które korzystały i nie korzystały z ustawy o pomocy publicznej.

Pierwsza grupa... ta pożyczka też była w różnej wysokości, ponieważ zapis, że restrukturyzacja obejmuje znane na dzień 31 grudnia zobowiązania itd., spowodował, że – według wzoru naliczeniowego – poszczególne zakłady mogły brać tę pożyczkę w bardzo różnej wysokości. To jest jedno.

Drugie. Jeżeli chodzi o dotacje, oczywiście pofatygowaliście się państwo, to znaczy poprzednie ministerstwo, żeby opracować kryteria, według których te dotacje będą dzielone, ale nie ukazała się absolutnie żadna informacja, jak to w końcu zostało ocenione. Owszem, ukazały się li tylko sumy w sprawie dotacji, ale nadal nie wiemy, czy kryteria, które państwo wtedy podaliście, były brane pod uwagę, a chyba powinna być jawna interpretacja tego, który zakład, ile punktów osiągnął i w związku z tym, jak wyglądał podział tych pieniędzy.

Te dotacje są bardzo małe, jak państwo też wiecie, bo wydzielono w sumie 200 milionów zł. Co prawda sto zostało zastąpione dwustoma, ale okazało się, że według tego wzoru wyliczeniowego potrzeba ponad 600 milionów.

Jeżeli w tej chwili istnieje chęć zmniejszenia pożyczki z dopłaty 50% do 80%, w związku z tym mam pytanie: co w takim układzie z tymi dotacjami. Bo się okaże, że właściwie to tak naprawdę nie wiadomo, jakie były kryteria, kto, ile dostał i dlaczego, i niektórzy skorzystają z pożyczki stuprocentowej, inni nie.

A również to, o czym przed chwilą mówiła tutaj koleżanka. Sprawa dotyczy tych N ZOZ, które przekształciły się w zakłady niepubliczne. Owszem, tego zapisu nie ma. Takie jest prawo, że faktycznie zapisu tego nie ma i akurat na podstawie tej ustawy zakłady nie mogą nic otrzymać. Ale są to zakłady, które wypłaciły 203 zł, przeszły restrukturyzację, którą – jak pan podkreśla – powinny zrobić. Czyli niektóre zakłady robią cokolwiek, żeby tę restrukturyzację przejść, zaciągnęły kredyt bankowy na ustawę 203, a w tej chwili nie mogły skorzystać z kredytu, chociaż nawet są do tego skłonne. Chodzi o to, żeby państwo nie umarzali im tego w 80%, tak jak zadłużonym, ale,

powiedzmy, gdyby nawet można było im umorzyć w jakimś procencie albo gdyby mogły otrzymać ten kredyt, ponieważ wiadomo, że jest on niżej oprocentowany niż kredyt bankowy...

A więc zakłady publiczne, które przekształciły się, są totalnie poszkodowane i też wnoszę w tym zakresie o jakąś ewentualną pomoc.

Państwo mówicie, że to, co pozostało, będzie teraz rozdzielane według klucza typu dwieście pięćdziesiąt milionów zł na publicznoprawne, komu, za co, dlaczego i według czego, a następnie na ośrodki naukowo-badawcze, które jeżeli nie wypłacały zobowiązań wynikających z tak zwanej ustawy 203, to przepraszam, dlaczego teraz mają mieć, powiedzmy, bonus? Jest to bowiem bonus, czyli jest to dotacja na pokrycie nie wiem czego.

(Głos z sali: Długu.)

Długu... Dług to ma każdy. W takim układzie rodzą się pytania – bo ja nie widzę żadnego rozdziału tych pieniędzy, nie widzę ani pożyczki, ani dotacji – co dalej i jak państwo chcecie znowelizować tę ustawę. Czy to będzie tylko tak, że proszę bardzo, umarzymy 80% tym, którzy byli zadłużeni? A ta pożyczka, jak mówię, była brana w różnej wysokości. Podejrzewam, że w Zakopanym została wzięta w wysokości 100%, ale gdzieś w innym zakładzie według tego wzoru można było wziąć akurat zaledwie 30%.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Pani Senator!

Myśmy już zastali rozdzielone 200 milionów zł. Ja tylko z tego, co czytałem, mogę historycznie powiedzieć, że został powołany zespół, było to robione transparentnie. Faktycznie potrzeb było na 630 milionów zł, a na początku można było dać zgodnie z ustawą 100 milionów zł, zaś zakłady otrzymały 200 milionów zł. Są to czyste pieniądze, które można było wydać w formie dotacji, a to, co zostało, to pieniądze wirtualne. Pieniądzy, które są przeznaczone na pożyczki, nie można przeznaczyć na dotacje, bo są to pieniądze w postaci pożyczki.

Pani senator mówiła o tak zwanych zobowiązaniach znanych i nieznanach. Myśmy długi czas korespondowali z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej oraz z ZUS, wyjaśnialiśmy sobie, co to są te zobowiązania znane i nieznanne. W związku z tym w tej nowelizacji zawarliśmy zapis, który umarza tę część zobowiązań publicznoprawnych, które płaci pracodawca za pracowników. To jest dokładnie 20,41%. Tym zapisem likwidujemy rozbieżności związane z zawartą w ustawie definicją dotyczącą zobowiązań znanych i nieznanach. Myśmy uważali, że 20,41% to również zobowiązania znane, ale z tamtej strony otrzymywaliśmy inną interpretację. Tym zapisem chcemy te sprawy raz na zawsze załatwić.

Teraz jeżeli chodzi o jednostki badawczo-rozwojowe, to są to wszystkie instytucje naukowo-badawcze, które prowadzą działalność leczniczą, podlegające ministrowi zdrowia. One korzystały z tej ustawy, bo są publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, ale nie mogły otrzymać pożyczki, ponieważ nie wypłacały zobowiązań wynikających

z tak zwanej ustawy 203, czyli one też uczestniczyły w procesie restrukturyzacji, przygotowywały procesy restrukturyzacyjne, ale nie mogły otrzymać pożyczki. Mogły się układać ze swoimi wierzycielami i w większości przypadków tak to przebiegało. Nie mogły tylko otrzymać środków.

(*Głos z sali:* Ale nie wypłacały tych zobowiązań, tak?)

Nie wypłacały, bo nie były do tego zobowiązane, za wyjątkiem jednego, który jeszcze do tej pory ma sprawy sądowe ze swoimi pracownikami.

Dlatego my chcemy im pomóc, bo są to zakłady opieki zdrowotnej, głównie bardzo duże, znajdujące się w miastach, w których swoją siedzibę mają akademie medyczne. Z punktu widzenia strategii ministerstwa są to bardzo ważne zakłady i chcemy też w jakiś sposób im pomóc. Ja chciałbym powiedzieć, że niektóre z tych placówek są bardzo zadłużone i jest problem z ich funkcjonowaniem.

Jeżeli chodzi o zobowiązanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, to ta ustawa tego nie załatwia. Gdybyśmy mieli rozwiązać te problemy, to musielibyśmy uchwalić zupełnie inną ustawę. My pracujemy nad globalnym załatwieniem problemów zadłużenia placówek ochrony zdrowia. Jest to priorytet i sprawa całego rządu, nie tylko Ministerstwa Zdrowia. My w tej chwili staramy się pomóc placówkom ochrony zdrowia w tym systemie prawnym, jaki obecnie obowiązuje, i poddajemy pod rozważenie propozycje, dlatego też mówiłem w dniu dzisiejszym Wysokiej Komisji o nowelizacji ustawy o pomocy publicznej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan marszałek Borusewicz – teraz ja zadam pytanie – zwracał mi uwagę na to, iż były przypadki, w których nie można było uruchomić tego procesu restrukturyzacji w związku z tym, że były już zajęcia komornicze w stosunku do środków, które napływały z tej pożyczki. Czy znają państwo takie przypadki? Myśmy się nawet przymierzali do analizy. Jaka jest obecnie skala tych zajęć komorniczych i czy zdarzały się przypadki, w których te zajęcia blokowały możliwość wejścia w dobrodziejstwo tej ustawy?

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

Panie Przewodniczący, jeżeli można, jest dyrektor Warczyński, który jak myślę, lepiej zna problem, bo bezpośrednio nadzoruje cały proces restrukturyzacji.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Dyrektorze.

**Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Warczyński:**

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie!

Rzeczywiście na samym początku procesu restrukturyzacji takie przypadki się zdarzały, jednakże te środki nie były przeznaczone dla wierzycieli, tylko były jakby

deponowane, znajdowały się w depozycie sądowym. Zakłady zdołały na drodze sądowej uruchomić te środki, oczywiście w porozumieniu z nami i po znalezieniu odpowiedniej prawnej drogi, również przy współudziale Ministerstwa Sprawiedliwości. Tak więc po pewnym czasie ten proceder, który był realizowany przez komorników jednak również zgodnie z prawem, co należy zauważyć, został zmarginalizowany.

(Głos z sali: Nie macie teraz państwo takich sygnałów?)

Teraz już nie mamy sygnałów o tego typu sytuacjach. Na początku rzeczywiście te sygnały do nas docierały, ale myślę, że ta interwencja w odpowiedni sposób i w odpowiednim czasie spełniła swoją rolę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Senator Mieczysław Maziarz:

Panie Ministrze, ja zastanawiam się jeszcze nad tym, czy w ogóle idziemy we właściwym kierunku. Oczywiście ta ustawa jest bardzo dobra, bardzo dobrze, że pomogła szpitalom, ale to nie rozwiązuje problemu. Ja reprezentuję szpital, który nie ma zadłużenia, miał 3 miliony zł, ale uporaliśmy się z tym. Wiadomo jednak, że tak zwana ustawa 203, jeżeli chodzi o szpitale powiatowe, spowodowała zadłużenie każdego w granicach 8 milionów zł. Odbyło się to kosztem tego, że nie dokonano żadnych zakupów. Jeżeli chodzi o inwestycje, to też miała miejsce minimalizacja, nie wzrosły pensje i te pensje wzrosnąć nie mogą.

Gdzie to wszystko jest ukryte? Pytam, bo tak się zastanawiam, że kiedy byłem dyrektorem, w 1999 r. mieliśmy po prostu 20 milionów zł. W ciągu pięciu lat zwiększyliśmy liczbą usług o 30% i teraz drgnęło, w tym roku dostaliśmy więcej pieniędzy, a tak to dostawaliśmy te same pieniądze.

Tak patrzyłem na ten Narodowy Fundusz Zdrowia i na to, że pięć lat temu miał gdzieś 24 miliardy zł – ja nie mam dobrych danych, bo mam tylko te z prasy, przepraszam, jeżeli podam niewłaściwe dane – a teraz ma 34 miliardy 800 milionów zł. Zastanawiam się, dlaczego przez tyle lat, jeżeli my wykonaliśmy 30% usług więcej... Przecież to prosta sprawa. Oczywiście środki z tak zwanej ustawy 203 nie zostały zabezpieczone finansowo, ale gdyby tylko zostały wypłacone nam pieniądze za te 30% dodatkowych procedur, usług, to mielibyśmy 30% więcej środków, czyli mielibyśmy 26 milionów zł na funkcjonowanie szpitala i nie byłoby żadnego problemu.

Ten problem występuje nie tylko u nas, bo byłem w różnych szpitalach wojewódzkich i u nich, jeżeli chodzi o zobowiązania z tytułu tak zwanej ustawy 203, zadłużenie jest w granicach 25 milionów zł. Oni się zadłużyli i dalej są zadłużeni.

Ja widzę, że w tym zestawieniu jest Podkarpacie. Podam tylko przykład jednego szpitala, który ma zobowiązania wymagalne wynoszące trzydzieści siedem, a niewymagalne – pięć. Trochę ich zabezpieczyło to, że funkcjonują, ale ja, proszę państwa, jestem przerażony. Czym jestem przerażony? Tym, że aby mieć na śniadanie czy na obiad, oni sprzedają najlepsze oddziały. Jestem tym przerażony, proszę państwa. I sprzedano...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To znaczy na tych komorników, na przejeżdżenie. W ogóle nic się nie inwestuje i sprzedaje się nawet to, co w najbliższym...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Nie bardzo rozumiem.)

(Głos z sali: Sprzęt, tak?)

Sprzedają i zużywają te środki po prostu na jakieś opłaty bankowe.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Co sprzedają?)

Na przykład oddziały dializ, konkretnie oddziały dializ.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ale co to znaczy, że sprzedają?)

Całe oddziały dializ i oddział nefrologii.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To znaczy prywatyzują?)

Tak, prywatyzują.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Aha, prywatyzują, rozumiem.)

Tak.

Jestem przerażony tym, że po prostu robi się prezenty, bo to są prezenty, gdyż sprzedano, oddano w obce ręce prawie pięć tysięcy pacjentów, a przygotowanie każdego pacjenta kosztuje około 10–15 tysięcy zł, czyli w przypadku sprzedania jednego oddziału daje się komuś prezent w granicach 1 miliona 500 tysięcy zł. To jest prezent i nikt za to nie... Ktoś to dostaje, a przecież daje to szpitalowi korzyść w przypadku jednego pacjenta w granicach 40 tysięcy zł rocznie. Proszę państwa, puszcza się coś, co funkcjonuje najlepiej w Polsce.

Jest konkretna procedura i też nie mogę pojąć, dlaczego po czterech latach, kiedy wartość procedury wynosiła 400–420 zł, obniżono ją do 370 zł. Czyżby po prostu coś staniało? Przecież wszystko idzie do góry, prawda? Gdyby dalej było to 400 zł...

A teraz co robią zakłady pracy? Pozwoliłem sobie skontrolować niektóre z nich. One po prostu w ogóle nie prowadzą dobrej gospodarki, one to robią celowo. Na przykład nie robią reutilizacji dializatorów, wprowadzają w ogóle jakieś koszty, jeżeli chodzi o funkcjonowanie oddziałów nefrologicznych czy specjalistycznych poradni. A więc jest celowa wysprzedaż czegoś, co daje największe zyski. To jest konkretne...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ale pytanie, Panie Senatorze.)

Ja chciałbym pójść w tym kierunku. Dochody Narodowego Funduszu Zdrowia wzrosły o 10 miliardów zł. Gdzie te pieniądze idą? Podejrzewam, że idą po prostu na jakąś medycynę naprawczą, że po prostu nie ma zrobionej inwentaryzacji, bo gdyby zrobić inwentaryzację potrzeb podstawowej opieki, szpitali powiatowych i szpitali wojewódzkich, to przecież te pieniądze by się znalazły. Wiadomo, że inflacja roczna wynosi około 8%. Dlaczego te szpitale nie są w ogóle dotowane? Przecież wyjadą wszystkie pielęgniarki, wszyscy lekarze, bo w ogóle nie ma możliwości wynagrodzenia ich. Tu jest wszystko ukryte i właśnie chciałbym, żeby państwo przedstawili senatorom, na co idą te pieniądze. Jest więcej pieniędzy o 10 miliardów zł, a budżet ZOZ nie wzrósł ani o złotówkę. Stąd to pytanie.

Dlaczego w ogóle obniżono wartość procedur? Przecież ja, proszę państwa, przyjąłem w szpitalu sześćset osób, a kiedy przyjąłem siedemset osób, to mi obniżono stawkę z 12 zł do 9 zł 90 gr czy 9 zł 80 gr. Co to jest? Jak ja mogę funkcjonować, kiedy ceny wszystkich płynów idą mi do góry, ceny światła, gazu idą mi do góry, a mi, proszę państwa, obniżają stawkę z 12 zł do 10 zł. To jest śmieszne, prawda? Oczywiście otrzymuję te same pieniądze, ale uciekają mi cztery pielęgniarki, lekarze nie chcą dyżurować, bo w ogóle nie ma możliwości zapłaty im na za dyżury. Myślę, że gdybyście państwo sprawdzili, gdzie te pieniądze... Ja jestem ciekaw, na co te 10 miliardów zł poszło, na jaką medycynę? Przecież najważniejsza dla Polski jest pod-

stawowa opieka, szpitale wojewódzkie, tak samo oczywiście kliniczne. Gdzie to ucieka? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jest pytanie o wyciek pieniędzy z funduszu, którego dochody między rokiem 1999 a rokiem 2005 wzrosły o 10 miliardów zł.

Senator Mieczysław Maziarz:

Tak. I dlaczego, skoro wzrasta liczba procedur, jest po prostu tak, że wartość procedury jest obniżana i że zakład, pomimo iż przez pięć lat dobrze pracuje, po prostu otrzymuje te same pieniądze? Tylko tyle.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Bardzo proszę.

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

Dziękuję bardzo.

Pan senator dotknął bardzo ważnego problemu, bo mamy bardzo dużo takich sygnałów, że środków, które są do dyspozycji w Narodowym Funduszu Zdrowia, jest co roku więcej, składka corocznie, jeszcze przez jeden rok, jest podnoszona o 0,25%, a wartość punktowa za pojedyncze procedury obniża się. Myśmy zbadali, dlaczego tak jest.

Przede wszystkim dlatego, że co roku powstaje coraz to większa liczba podmiotów, głównie niepublicznych, które przystępują do konkursu ofert. W ubiegłym roku w samym województwie wielkopolskim ich liczba wzrosła o 30%. Podmioty te przystąpiły do konkursów, częściowo otrzymały kontrakt, w związku z czym te pieniądze się rozdrobniły.

Dlatego też jest zespół, który pracuje nad ustawą o ustroju ochrony zdrowia, żeby uregulować podaż świadczeń zdrowotnych, bo w ochronie zdrowia obowiązuje zasada, zgodnie z którą podaż indukuje popyt. To nie jest tak jak w normalnej ekonomii rynkowej, że jak jest zbyt dużo usług, to towary tanieją. W ochronie zdrowia tak się nie dzieje. Obowiązują różne teorie na temat tego, dlaczego tak jest, na przykład teoria sztywności cen, która mówi, że im więcej lekarzy, tym powinny być niższe ceny usług, ale tak się nie dzieje, bo jest tak zwany dyskretny wpływ środowisk medycznych na zachowania pacjentów. Będą oni generowali tyle usług, ile im się zaoferuje. W związku z tym trzeba wprowadzić rozwiązania administracyjne, które uregulują rynek podaży.

Trzeba mieć świadomość tego, że ten rynek musi być uregulowany przede wszystkim standardami, żeby nie każdy podmiot, który jest zarejestrowany u wojewody, mógł występować o kontrakt, tylko żeby musiał on spełniać pewne kryteria, a mamy świadomość, że nie wszystkie podmioty te kryteria spełniają. Ja nie jestem przeciwny prywatyzacji, ale bardzo często niepubliczne podmioty takich norm nie spełniają, a konkurują właśnie ze szpitalami i otrzymują świadczenia. To jest jedna kwestia.

Druga sprawa: przy wydatkach na administrację Narodowego Funduszu Zdrowia w granicach 1% nie jest on w stanie za te pieniądze skontrolować wszystkich kontraktów, które podpisuje. Nie mówię o korupcji, bo na to dowodów nie mamy.

Następny błąd systemowy polega na tym, że od 1990 r. zwiększa się liczba hospitalizacji w Polsce. Po wprowadzeniu instytucji lekarza rodzinnego miało dojść do sytuacji, w której większość problemów zdrowotnych miał leczyć lekarz rodzinny, a okazuje się, że tylko w jednym 1990 r. liczba hospitalizacji wzrosła o 30%.

(*Głos z sali:* W 1999 r.)

Tak, w 1999 r.

(*Głos z sali:* O ile wzrosła?)

O 30%.

(*Głos z sali:* W jednym roku o 30%?)

Tak.

A więc jest błąd systemowy, który zachęca lekarza rodzinnego do kierowania do szpitala, a szpital, który ma limit i chce go wyrobić, do przyjmowania każdego pacjenta. Przeważnie dotyczy to oddziałów, które z różnych względów nie mają pacjentów, czyli w okresie kryzysu demograficznego oddziałów położniczo-noworodkowych i oddziałów dziecięcych.

W związku z tym, że w większości przypadków dla szpitali powiatowych organem założycielskim jest powiat, nie likwiduje się oddziałów noworodkowo-położniczych, mimo że porodów na tych oddziałach jest poniżej normy, która zapewnia jakość świadczeń zdrowotnych, a taką normą jest powyżej tysiąca porodów na rok.

(*Głos z sali:* Nie, chyba pięćset.)

(*Głos z sali:* Pięćset porodów?)

Żeby utrzymać jakość świadczeń, powinno być na oddziale około tysiąca porodów rocznie. Na przykład w Kanadzie każdy oddział, na którym nie ma tysiąca porodów, między tysiącem a tysiącem pięćset, jest po prostu likwidowany.

My mamy w Polsce tych porodów po czterysta, pięćset czy sześćset na oddziale i one są utrzymywane. Dopóki organami założycielskimi będą powiaty, dopóty będzie tak jak w Stanach Zjednoczonych do czasu kryzysu naftowego w latach siedemdziesiątych, że każdy powiat chciał mieć tomograf, rezonans, wysokospecjalistyczny sprzęt, który generował koszty, a był wykorzystywany dwie, trzy godziny dziennie. Tak my mamy w Polsce.

Dlatego też pan minister Religa zapowiada, że będzie dążył do tego, ażeby był jeden organ założycielski na poziomie wojewódzkim. Umożliwi to restrukturyzację placówek ochrony zdrowia polegającą na tym, że pewne placówki będą mogły być tworzone na dwa, trzy powiaty. Trzeba jednak wtedy pomyśleć o tym, że województwu musimy oddać szpitale niezadłużone. Jest kwestia zadłużenia. A więc jeżeli mielibyśmy przekazywać, to trzeba będzie zlikwidować zadłużenie placówek ochrony zdrowia.

W tej chwili mamy taką sytuację, że my jako ministerstwo możemy nadzorować funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia pod względem merytorycznym i formalnym. One w zależności od organu tworzącego podlegają albo powiatowi, albo województwu i ten zarządzający, który jest uzależniony od organu założycielskiego, realizuje politykę danego powiatu czy województwa. Ministerstwo może tylko nadzorować merytorycznie, czy jakieś zadanie jest realizowane zgodnie lub niezgodnie z prawem bądź z wiedzą medyczną. Innego wpływu na to nie mamy.

Pokazałem przynajmniej trzy błędy systemowe, które my widzimy i chcemy skorygować, tylko nie odbędzie się to z miesiąca na miesiąc, bo po pierwsze, my nie jesteśmy w stanie tak szybko przygotować ustawy, a po drugie, nie można robić rewolucyjnych zmian, na przykład przekazując w połowie roku ograny założycielskie do województwa, bo tego nie da się zrobić, być może spowodowałyby to nawet generalne zachwianie funkcjonowania służby zdrowia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Wymieniłbym jeszcze niestety bardzo szybko rosnące koszty leków i słabe panowanie nad tym systemem lekowym.

Mam z kolei pewne wątpliwości co do jednej tezy pana ministra. Badania dotyczące skierowań do szpitali, jakie przeprowadziliśmy na Dolnym Śląsku, nie potwierdzają tezy, że to lekarze rodzinni odpowiadają za gwałtowny przyrost świadczeń. Byli to na ogół specjaliści szpitalni zatrudnieni na dodatkowych etatach, to znaczy dorabiający i kierujące na swoje oddziały pacjentów, bo to, delikatnie mówiąc, było opłacalne.

Chcę w obecności pana ministra powiedzieć o jeszcze jednej sprawie. Było spotkanie z senatorami belgijskimi. Głównym tematem spotkania był przepływ pracowników, wolny rynek pracy i liberalizacja tego rynku. Senatorowie belgijscy szukali argumentów, którymi mogliby się posłużyć w dyskusji wewnątrz Belgii za otwarciem tego rynku, ale w ramach tej dyskusji omawiałem na ich prośbę istniejący u nas system ochrony zdrowia. Muszę powiedzieć, iż oni otworzyli oczy ze zdumienia, gdy dowiedzieli się, że w Polsce można pójść do pięciu lekarzy z podstawowej opieki zdrowotnej bez żadnego skierowania. A więc tak naprawdę nie mamy lekarza rodzinnego, a działania w kolejnych latach polegały na emulgowaniu jego roli.

Boję się jednego. Z rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia i z takiego bardzo dużego raportu z roku 2000 wynika, że powinno się mieć mocną pierwszą linię. System i ta pierwsza linia powinny załatwiać 70%, nawet 80% wszystkich potrzeb pacjentów. Tak o tym się mówi, takie są rekomendacje. Rolą organizatorów opieki zdrowotnej jest sprawienie, żeby interesy poszczególnych segmentów pararynku medycznego, o czym bardzo trafnie mówił pan minister, były zbieżne. W tym systemie było tak, że wszyscy byli zainteresowani pompowaniem z tej beczki publicznych pieniędzy, ile się da, i to się opłacało. Powstaje pytanie, czy to jest ich wina. Jak tworzy się ludziom okazje, to korzystają. Dlatego, jeśli chodzi o te rozwiązania, ja bardzo bym się bał, gdyby porzucono pewną filozofię zalecaną dla znacznie bogatszych krajów niż Polska.

Dalej, Belgowie dziwili się, że nie mamy żadnych opłat przy wejściu do systemu. Jak to jest – pytali – to co, jak idzie się u was do lekarza, to nic się nie płaci? A za wypisanie recepty nic się nie płaci? A jak ktoś idzie bez skierowania do specjalisty, to też nic nie płaci? Nie ma różnicy między sytuacją, w której ktoś idzie ze skierowaniem i bez skierowania?

Muszę wam powiedzieć, iż dosłownie oczy im się robiły ogromne ze zdumienia, że przy naszych nakładach na ochronę zdrowia utrzymujemy taki, delikatnie mówiąc, rozrzutny sposób gospodarowania, bo mówili tak: nasze badania dowodzą, że to, co jest bezpłatne, jest nadużywane. Gdzie macie jakieś regulacje w tej sprawie? To nie jest politycznie prosta sprawa.

Dalej, cieszę się, że wraca się do pewnej przygotowanej przez minister Cegielską, później niestety zarzuconej po drodze ustrojowej koncepcji ustawy o ochronie

zdrowia. Były dyskusje konstytucjonalistów, czy my w ogóle mamy prawo, gdy jest konstytucja, jeszcze bawić się w jakieś konstytucje segmentowe dotyczące ochrony zdrowia. Ja dobrze pamiętam, bo trochę angażowałem się w prace nad tą ustawą, że ona wreszcie próbowała coś uporządkować. Można powiedzieć, że poniechanie jej, a wejście w system, który stymuluje chciwość...

System ubezpieczeniowy jest naturalnym regulatorem, to znaczy można powiedzieć, że on zachęca do tego, żeby wykonywać jak najwięcej świadczeń. Jest jakaś nadzieja, że może uda się odrobinę wziąć ten system w rzy, bo muszę w tej chwili powiedzieć, że tak naprawdę jedyną rezerwą, która jest w tym zakresie eksploatowana, są zasoby ludzkie. Dzisiaj jeszcze ciągle nie mamy tego poczucia zagrożenia, nie podnosi się alarmu z powodu tego, że 2% lekarzy wyjechało i ileś tam procent, trochę więcej, pielęgniarek. Takie są statystyki.

Ja myślę, że ten strumyczek narasta i że pewnie jest gdzieś w zasobach ministerstwa przyzwoicie opracowana zielona księga, bo pani Kolinowska to bardzo porządny ekspert i moim zdaniem ona jednak w tej zielonej księdze próbowała coś powiedzieć na temat zasad finansowania ochrony zdrowia. Bardzo liczymy na to i cieszę się, że państwo nie odcinacie się tak od dorobku poprzedników, bo czasami bywa on po prostu wartościowy. Czas płynie i oczywiście pewne elementy trzeba korygować. Powinniśmy też być tą instytucją, która uczy się na błędach, a jeśli się nie uczymy, to po prostu dostajemy lanie od nowa i powielamy głupie błędy, prawda? Aż się prosi, żeby troszeczkę uszanować dorobek tych kilkunastu lat, kiedy zespoły menedżerów, dyrektorów, personelu wdrażały się do ruchu w zupełnie nowych uwarunkowaniach, i żeby nie rozbić tego, co i tak już zostało trochę zemulgowane.

A więc ja wracam jednak do tego, o czym mówiliśmy przy okrągłym stole, że pierwsza linia musi być mocna, że trzeba pamiętać o różnicowaniu interesów. Nie może być tak, żeby wszyscy byli zainteresowani wypompowywaniem pieniędzy z systemu, bo będą wypompowywać te pieniądze. Liczymy na to, że jednak nie skończy się na tym.

Ja pamiętam jedną taką decyzję polityczną z roku ubiegłego, kiedy po jednym posiedzeniu rządu umorzono sektorowi górniczo-hutniczemu 6 miliardów zł. Pamiętacie taką decyzję?

(Głos z sali: Ostatni dzień przed świętami, prawda?)

Tak, tak.

Ja liczyłem, ile ten segment wypompał pieniędzy. Popatrzcie sobie na warunki płacowe tamtego segmentu i na warunki płacowe naszego segmentu. Bardzo liczę na to, że bardzo mocny minister zdrowia, o ogromnym autorytecie może wreszcie złamać opór, który bije w interesy całego resortu zdrowia, bije w interesy bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców, bo starzejemy się i koszty opieki zdrowotnej rosną.

Jak patrzymy na te lata, to trudno nie zauważyć postępu, jaki nastąpił między 1999 r. a 2005 r. Wykonaliśmy znacznie więcej by-passów, więcej przeszczepów, a to wszystko kosztuje, prawda? Prawdopodobnie troszeczkę straciliśmy kontrolę nad liczbą wykonywanych procedur na rynku dializ. Zresztą w ogóle kwestionowano to, czy poszliśmy w dobrą stronę z dializami, czy jednak nie powinniśmy iść bardziej w kierunku przeszczepów, prawda?

Tak więc jest w tym zakresie wiele elementów, które wymagają może nie tyle rewolucyjnego odcięcia się od przeszłości, co przepracowania zebranej już naprawdę ogromnej bazy danych i wybrania takich rozwiązań, które nas pociągną, wyprowadzą

nas na troszeczkę spokojniejsze wody. To był już głos w dyskusji. Zachęcam państwa do uczestnictwa w tej dyskusji.

Bardzo proszę.

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

Chciałbym tylko skorygować, Panie Przewodniczący, moją wypowiedź. Prawdopodobnie przejęczyłem się, bo ja mówiłem generalnie o skierowaniach do szpitala. Dotyczyło to lekarzy rodzinnych, ale również specjalistów ambulatoryjnych.

Generalnie jest błąd systemowy polegający na tym, że opłaca się kierować do szpitala. Gdyby obowiązywał system współpłacenia, to pacjent nie naciskałby na lekarza rodzinnego, którego co roku wybiera, od którego jest w jakiś sposób uzależniony, żeby leczyć się w szpitalu. Jest to zamknięte koło, bo lekarz, który jest wybierany – ja mówię o lekarzu rodzinnym – co roku czy zgodnie z ustawą co pół roku, jest naciskany przez pacjenta, jest podatny na te żądania i kieruje go do szpitala.

Jeżeli chodzi o popyt, to trzeba by wprowadzić *copayment* – my od początku lat dziewięćdziesiątych rozmawiamy o współpłaceniu – który nie tyle jest dodatkowym dochodem dla placówek ochrony zdrowia, co racjonalizuje korzystanie przez pacjentów i ze świadczeń...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak.

...specjalistycznych, i z hospitalizacji. Chodzi o to, żeby strumień pacjentów kierować tam, gdzie będzie się z nim najbardziej efektywnie postępować.

My bierzemy pod uwagę to, że społeczeństwo się starzeje. To również jest jeden z czynników wpływających na wzrost kosztów, co też trzeba wziąć pod uwagę. Powołałem zespół do spraw ubezpieczeń pielęgnacyjnych, który prowadzi pani profesor Wilmowska, to jest naczelny lekarz ZUS. Ja mam świadomość, że być może w tej kadencji nie uda się tych ubezpieczeń wprowadzić, ale my tego nie unikniemy, za dziesięć czy piętnaście lat będą musiały obowiązywać, tak jak obowiązują w krajach rozwiniętych, w których współczynnik ludzi starych jest o wiele wyższy aniżeli u nas.

(Głos z sali: Co ma się nie udać? Są całe cztery lata, Panie Ministrze.)

(Głos z sali: Nic nie wiadomo.)

Ja organizacją ochrony zdrowia zajmuję się, tak jak pan przewodniczący, od początku lat dziewięćdziesiątych i w 1992 r. to ja pierwszy powiedziałem o tym, że trzeba wprowadzić koszyk świadczeń. W tej chwili wracamy do tego po dziesięciu latach.

(Głos z sali: Nie pierwszy. Na pierwszym roku pisałem taki program...)

Na początku lat dziewięćdziesiątych zaczęliśmy rozmawiać o reformie pogotowia ratunkowego, teraz wprowadzamy ratownictwo medyczne. Tak więc w ochronie zdrowia te pomysły nie są realizowane z roku na rok, ale trzeba zaczynać prace, być może kiedyś to się ziści i będzie mogło być prowadzone.

Jeśli chodzi o to, o czym mówił pan przewodniczący, że powinniśmy mieć informacje, co się dzieje w ochronie zdrowia, to myśmy powołali zespół do spraw sprawozdawczości w ochronie zdrowia. Jest to zespół międzyresortowy, bo mamy bardzo różne informacje z różnych źródeł, przez co nie mamy rzetelnych informacji na temat zachorowalności, wykorzystania zasobów szpitalnych i nie tylko, zasobów ochrony zdrowia. Te informacje są nam bardzo potrzebne do działania strategicznego i do re-

form. Zespół międzyresortowy, powołany przez pana premiera, ma załatwić sprawę zbierania danych, jak również sprawę dokumentacji medycznej, co będzie zawarte w ustawie o ustroju ochrony zdrowia, jak również w sprawozdawczości. To są bardzo ważne elementy.

Ja przyjechałem wczoraj z Genewy ze spotkania Światowej Organizacji Zdrowia i oni zarzucają nam, że należymy do tych krajów, które mają sprawozdawczość rzetelną w najmniejszym stopniu. Na przykład Rumunia należy do tych krajów, w których ta sprawozdawczość jest wysoka, jest rzetelna w 80–90%. Rzetelność naszej sprawozdawczości jest oceniana na 10%.

Trzeba jednak pamiętać o tym, że zarówno wskaźniki zdrowotne są bardzo różne, to znaczy one nie różnią się zbyt wiele, ale są rozbieżności, jak i inne wskaźniki dotyczące zasobów ochrony zdrowia, które funkcjonują w ochronie zdrowia, są różne, bo metodologia zbierania jest bardzo, bardzo różna. Jest to również bardzo ważny element reform i zarządzania ochroną zdrowia.

A jeżeli chodzi o to, o czym pan przewodniczący mówił, że powinniśmy unikać pewnych błędów, to jest to tak zwana korzyść zaniedbania: kraje reformujące się nie powinny powielać błędów krajów rozwiniętych, które musiały one popełnić, wcześniej reformując placówki ochrony zdrowia. Dlatego nasze nowe placówki ochrony zdrowia czy też placówki ochrony zdrowia, które są modernizowane, między innymi za środki z restrukturyzacji, lepiej wyglądają niż niejedna placówka w Europie Zachodniej czy w Stanach Zjednoczonych, bo tam nie opłaca się znowu modernizować i poprawiać czegoś, co było wybudowane bądź modernizowane pięć czy sześć lat temu, a my możemy oddać do użytku coś nowego, zbudowanego już według nowych norm.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę, Pani Senator.

Senator Elżbieta Gelert:

Ja zwracam się z zapytaniem, wracając do meritum naszego dzisiejszego spotkania, w jakim czasie miałyby pokazać się ta nowelizacja ustawy, o której mówił pan minister, i kto nad nią w tej chwili pracuje, kto właściwie jest jej głównym autorem.

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

Rozumiem, że chodzi o nowelizację ustawy o restrukturyzacji, tak?
(*Senator Elżbieta Gelert: Tak, tak.*)

W tym tygodniu kończy się termin uzgodnień zewnętrznych, czyli uzgodnień międzyresortowych, poza ministerstwem. Odbędzie się konferencja uzgodnieniowa, bo przychodzą jakieś uwagi do tej ustawy. A więc konferencja uzgodnieniowa, później nowelizacja trafi na posiedzenie komitetu Rady Ministrów i potem na posiedzenie Rady Ministrów. Taka jest procedura. Uzgodnienia wewnętrzne między poszczególnymi departamentami już zostały dokonane i na dwa tygodnie nowelizacja została skierowana do uzgodnień zewnętrznych. Ten tydzień jest ostatnim, w którym...

(*Senator Elżbieta Gelert: Kiedy będziemy mogli już to zobaczyć?*)

Jest to dostępne na stronach internetowych, tak samo zielona księga, o której tu mówiono, też jest dostępna na stronach internetowych.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

W pierwszej kolejności te osoby, które jeszcze nie zabierały głosu.
Pani senator Fetlińska.

Senator Janina Fetlińska:

Ja chciałabym jeszcze troszeczkę ustosunkować się do dyskusji dotyczącej wzrostu liczby hospitalizowanych. Mam takie pytanie: czy na przykład badano, jaką część budżetu lekarze rodzinni wykorzystują na badania dodatkowe? Pytam dlatego, że o ile mi wiadomo, jest to podstawowa przyczyna, dla której korzysta się ze szpitala. Po prostu oszczędza się na badaniach, wysyła się do szpitala. Być może to jest powód tego, że wzrasta nam liczba hospitalizowanych.

Odnosnie do pomysłu, który mówi o tym, żeby współpłacić nawet niewielką kwotę na przykład za dojście do lekarza rodzinnego, to jest to dosyć ryzykowne, ponieważ wiem, że kiedyś Kanadyjczycy próbowali takiego współpłacenia, każdy, kto korzystał, płacił 5 dolarów i dwa lata później znacznie wzrosła liczba hospitalizowanych, więc niekoniecznie może to być dobry pomysł. To tyle, jeśli chodzi o ten problem.

Mam jeszcze pytanie, jak pan minister ogólnie ocenia skutki realizacji omawianej ustawy. Jakie są korzyści i czy pan minister widzi jakieś słabe strony tego podejścia?

Chciałabym też zapytać, jakie były główne kierunki restrukturyzacji w tych wnioskach restrukturyzacyjnych. Czego dotyczyły? Czy dotyczyły głównie dywersyfikacji usług, czy też może nadal zwalniania kadry medycznej albo administracyjnej, czy też może były to jeszcze inne kierunki? Chciałabym to poznać.

Trzecia sprawa. Wydaje się, że niektóre oddziały zarabiają na sobie, bo tak są przyznawane punkty za tę działalność, a niektóre oddziały są stale deficytowe. Czy w związku z tym nie należałoby się przyjrzeć punktom za poszczególne rodzaje usług, aby zrównoważyć tę sytuację, żeby nie było tego, o czym mówił pan senator Maziarz, że potem przy ewentualnych problemach sprzedaje się te najlepsze oddziały?

Następna sprawa. Jeżeli chodzi o ceny, wydaje mi się, że nasze niskie koszty i ceny usług wynikają z tego, że nasi pracownicy są zbyt nisko opłacani. Właściwie niższe ceny u nas w stosunku do innych krajów europejskich wynikają z tego, że mamy bardzo niskie płace. Nie wiem, jaka jest skala zjawiska, jeśli chodzi o osoby z innych krajów Unii lecące się u nas w Polsce. Czy nie można wprowadzić jakiejś regulacji, która by mówiła o tym, że są ceny dotowane dla mieszkańców Polski i są ceny rynkowe, uwzględniające właściwe zarobki, takie, jakie powinny być? Jeżeli skala leczenia u nas osób spoza naszego kraju byłaby większa, może byłby to jakiś sposób na uniknięcie wycieku pieniędzy. Ucieka nam kadra, ponieważ chce więcej zarobić, wyciekają nam też pieniądze.

Jeszcze kolejne pytanie, zaintrygowała mnie bowiem sprawa konsorcjów na Dolnym Śląsku. Czy te konsorcja szpitali mają jakąś regionalizację? Na jakiej zasadzie one działają? Czy to jest tylko prosty związek szpitali, które jakoś reguluje między sobą kupowanie różnych usług, czy też są jakieś inne wspólne uzgodnienia dotyczące wspólnej działalności? Bardzo dziękuję.

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

Od razu odpowiem, że Konsorcjum Szpitali Dolnośląskich to jest zwykłe porozumienie szpitali.

(*Głos z sali:* Dyrektorów.)

Tak, dyrektorów. Nawet nie wiem, czy oni występują z kontraktami. Domyślam się, z tego, co widziałem, że oni ze sobą rywalizują, a nazywa się to konsorcjum i prawdopodobnie dlatego było z nimi spotkanie.

Pani senator pytała, ile lekarzy rodzinni wydają na badania dodatkowe. Szacujemy, że w tej chwili wydają 2% swojego budżetu, a wcześniej było to 10% i jeżeli nie zostało wykorzystane, należało to oddać.

Ja chciałbym powiedzieć, że to była sprawa polityczna i wiem, że co roku jest konflikt z Porozumieniem Zielonogórskim, doszło do tego, że wykreślony był zapis w ich kontraktach, mówiący o 10%.

Byłem sprawozdawcą ostatniej ustawy o świadczeniach zdrowotnych, gdzie ministerstwo proponowało, żeby całodobową opiekę sprawował lekarz rodzinny, dlatego że tak jest wszędzie na świecie i lekarz rodzinny jest finansowany na zasadzie pogłównego, czyli kapitacji. Jednak nie można było tego przeprowadzić ze względu na opór Porozumienia Zielonogórskiego. Jest taka sytuacja, że pewnych rzeczy ze względów społecznych, politycznych nie można przeprowadzić.

Pani senator zwróciła uwagę na różnice między niektórymi świadczeniami. Dopiero pracujemy nad katalogami. Wszędzie na świecie, gdzie wprowadzono system ubezpieczeniowy, występowało takie zjawisko, że jedne grupy specjalistów się dorabiały. Chciałbym przypomnieć, że w niektórych krajach byli to na przykład ginekolodzy, opłacało im się robić pewne zabiegi, nawet cesarskie cięcia czy histerektomie w Stanach Zjednoczonych. Słyszysz opinie o bardzo bogatych lekarzach, także Polakach, którzy są oskarżani o to, że nadużywali tych operacji, ponieważ one były wysoko wycenione.

My dopiero dochodzimy do rzetelnej, realnej wyceny świadczeń. Powołaliśmy Agencję Oceny Technologii Medycznych, HTA. Ma ona między innymi wycenić te świadczenia, żeby nie tyle wycena, lecz waga tych świadczeń była odpowiednia, żeby nie opłacało się robić na przykład cięć cesarskich czy niepotrzebnie kłaść dzieci do inkubatorów, tylko dlatego, że to się opłaca.

Zgadzam się, że oszczędności wynikają przede wszystkim z niskich płac, ale ostrzegałbym przed odgórnymi regulacjami płac. Raz uregulowaliśmy płace ustawą 203 i nie możemy uporać się z tym do dnia dzisiejszego. Żyjemy w zupełnie innej rzeczywistości, bo są organy założycielskie, są menedżerowie czy dyrektorzy placówek ochrony zdrowia, którzy odpowiadają za ich funkcjonowanie. Tę sytuację może poprawić jedynie zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia i konkurencja.

Są pewne dziedziny, pewne specjalności, za które już się płaci dużo, są to specjalności niszowe, na przykład rehabilitacja, gdzie – o ile się orientuję – płaci się 60–80 zł za godzinę, bo inaczej rehabilitant, specjalista, nie będzie pracował. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Senator Rafał Ślusarz:

Panie Ministrze, może do końca nie zrozumiałem, ale chciałbym wrócić do szpitali powiatowych, mam konkretnie na myśli Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim koło Ciechocinka, położony w strategicznym miejscu blisko trasy międzynarodowej i Ciechocinka. Zmierzam do tego, że do tego szpitala trafia bardzo dużo pacjentów zjeżdżających do Ciechocinka. Szpital przekształcił się w spółkę i teraz zgodnie z nowelizowaną ustawą, tak jak pan minister to przekazał, nie jest objęty pomocą. Zaznaczam, że do tej pory ten szpital nie uzyskał ani złotówki pomocy od państwa, sam się męczy ze swoimi długami. Na początku było tam około 12 milionów zł długów, w tej chwili jest około 8 milionów zł. Mam jedno pytanie: jaka przyszłość czeka szpitale prosperujące w tej formie? Dziękuję.

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

Nie znam szpitala w Aleksandrowie Kujawskim, chociaż byłem niedawno w Ciechocinku, oglądałem sanatoria. Nie wiem, z jakich względów przekształcono ten szpital w spółkę.

(Głos z sali: Jedyny ratunek.)

Prawdopodobnie był to szpital, któremu groziła likwidacja albo nie mieścił się w sieci, w związku z tym został przekształcony w spółkę. Ta ustawa dotyczy publicznych zakładów opieki zdrowotnej i zgodnie z nią takim placówkom żadnej pomocy udzielić nie można.

Bardzo intensywnie pracujemy nad problemem sieci szpitali w Polsce. W tej chwili pracujemy nad metodologią, w jaki sposób opracować sieć szpitali, bo to jest rzecz najtrudniejsza. Mamy już rozeznane, co się dzieje w poszczególnych regionach, w poszczególnych województwach, wiemy, że w wielu województwach podjęto już różne działania, mające na celu określenie sieci szpitali w danych regionach.

Ostatnio co poniedziałek odbywa się prezentacja poszczególnych regionów, jak oni to realizują. Sądzę, że określenie sieci szpitali musi wyjść od samorządów wojewódzkich, bo to one są najbardziej zorientowane, w jaki sposób to zrobić. Prawdopodobnie będziemy musieli zrobić to w różny sposób w różnych regionach. Nie wyobrażam sobie, żeby minister określał sieć szpitali, już widzę, ilu posłów, senatorów będzie pod gabinetami ministrów. Każdy będzie walczył o swoje. Tego się nie da zrobić. W tej chwili zorientowaliśmy się, że poszczególne samorzady wojewódzkie wiele zrobiły, aby określić potrzeby. Od pana ministra dostaliśmy zadanie, że do końca roku musimy to zrobić. Pracujemy nad tym. Ale muszę zasmucić pana senatora: prawdopodobnie ten szpital nie znajdzie się w sieci, skoro do tej chwili nie było takich potrzeb.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Oczywiście sieć szpitali będzie powiązana z siecią szpitalnych oddziałów ratunkowych w ramach ustawy o ratownictwie medycznym. Szpital, gdzie się znajdzie taki szpitalny oddział, musi się znaleźć w sieci.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Chciałbym tylko zachęcić pana ministra do lektury Hospital Masterplan 2000–2015, gdzie eksperci zatrudnieni przez Bank Światowy mówią o kryteriach, można by to wykorzystać.

Zachęcam też do przemyślenia, czy nie otworzyć furtki dla tak zwanej konsolidacji, jeśli będzie organ założycielski, czyli żeby nie zabijać szpitali jednym strzałem, tylko żeby był to proces konsolidacji.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tylko rewolucja w powiatach. Byłem na spotkaniu w Strzelinie, trzydzieści kilometrów od Wrocławia, mówię o tym dlatego, że istniejący tam szpital występował między innymi do komisji, iż dostał za niski kontrakt itd.

Wiem dobrze, że starosta... Rejon szpitala wynosi tam minimum trzydzieści sześć tysięcy osób, dla szpitala dwuoddziałowego – siedemdziesiąt pięć tysięcy. Struktura powiatów jest chora. Jako organizatorzy opieki zdrowotnej powinniście głośno krzyknąć, że struktura powiatowa jest chora i uniemożliwia racjonalne zorganizowanie systemu ochrony zdrowia.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Na poziomie powiatów, bo każdy powiat walczy o przetrwanie, bojąc się, że jeśli mu się zamknie szpital, to straci rację bytu. To jest ogromny problem. Mamy tu wiele takich dodatkowych spraw.

Pan senator Okła.

Senator Michał Okła:

Chciałbym zapytać, ponieważ w tej chwili jest preferowany budżetowy system finansowania służby zdrowia, czy nie jest rozważana i nie wracają państwo do koncepcji przedstawianej przed kampanią wyborczą – według mnie to rozsądna koncepcja – że jeżeli ma być system budżetowy, lepiej byłoby włączyć z powrotem wszystkie szpitale w województwie pod jeden organ założycielski? Chodzi o to, żeby powiaty, broń Boże, nie były organami założycielskimi, bo przecież to, o czym mówił przewodniczący, to jest klęska wszystkich szpitali powiatowych, że mają starostów jako organy założycielskie. Żebyśmy mogli złapać jakiś oddech, one powinny być w jednym organie założycielskim.

(Głos z sali: I to jak najszybciej.)

Czy jest coś w tym kierunku robione?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Andrzej Wojtyła:

Zgadzam się z panem senatorem w stu procentach, dlatego mówiłem, że organ założycielski trzeba przenieść na wyższy poziom organizacji samorządu lokalnego. Ale powiedziałem również, że najpierw trzeba pokryć 6 miliardów zł i dopiero...

(Głos z sali: Nie sześć, pewnie będzie trzy, bo trzy będą marszałkowskie.)

Tak. Nie mówimy o 9 miliardach zł, bo będą chcieli, żeby im pokryć wszystko, trzeba to przenieść.

Była jeszcze mowa o integracji systemu. To się już dzieje, gdzieś się integrują, robi się jedną dyrekcję dla dwóch szpitali, konsoliduje się i porządkuje. Jutro w sejmowej Komisji Zdrowia będzie chyba dyskutowana nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, gdzie zapisaliśmy, żeby zakłady opieki zdrowotnej mogły się łączyć. Dotychczas przeszkodą było to, że szpital najpierw musiał być zlikwidowany i dopiero potem można było się łączyć. My już o tym wiemy i to umożliwiamy.

W tej chwili jestem bardzo zajęty restrukturyzacją ochrony zdrowia w Kotlinie Kłodzkiej. Oddaliśmy piękny szpital w Polanicy Zdroju, co spowodowało konflikt w całej Kotlinie Kłodzkiej, bo nie można zlikwidować dwuoddziałowych szpitali, mieszczących się w budynkach, które mają po dwieście lat, nie można przenieść pacjentów. Namawiam starostę, żeby utworzył jedną dyrekcję, wtedy będzie można to restrukturyzować.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Brak nagrania)

Senator Janina Fetlińska:

Mogę jeszcze ad vocem do pana senatora Okły? Pamiętam konferencję w Warszawie w 1992 r., kiedy była mowa o tym, że gromadzenie pieniędzy tylko z ubezpieczeń albo z budżetu to nie jest najlepszy sposób, że w systemie najważniejsza jest ilość pieniędzy i sposób finansowania, właśnie dystrybucja, alokacja zasobów. Chyba po kilkunastu latach wracamy do tego ponownie, prawda?

Jest jednak pytanie zasadnicze. Wtedy nam doradzano, żeby się nie spieszyć z systemem ubezpieczeń, a bardziej wzmocnić Polskę gospodarczo i wtedy to wprowadzić. Czyli to, co mówiono przed ostatnimi wyborami, to nie był tylko zupełnie nieuzasadniony pogląd, ale też głos ekspertów z Banku Światowego. To na marginesie.

Mam jeszcze prośbę do pana ministra, bo zapewne zadałam zbyt dużo pytań i pan minister zgubił odpowiedź na moje pytanie, jakie były główne kierunki restrukturyzacji w tych wnioskach, a co było w programach?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła: Miałem skorzystać z pomocy pana dyrektora, ale zapomniałem.)

Jeśli można prosić, bo to dla mnie jest bardzo interesujące.

**Dyrektor Departamentu Organizacji i Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Warczyński:**

Główne kierunki rzeczywiście nie dotyczyły tym razem zwolnień pracowni-
czych. To naprawdę były marginalne sytuacje, oczywiście też czasem się zdarzały, ale
nigdy nie były to zwolnienia grupowe, a dotyczyło to przede wszystkim administracji
bądź personelu pomocniczego. Trzeba pamiętać, że po raz pierwszy ta ustawa nałożyła
na zakłady opieki zdrowotnej obowiązek w ogóle napisania programu restrukturyzacji.

(Głos z sali: Jak to po raz pierwszy?)

Poza rokiem 1999. Nie było to proste oddłużenie, tak że zakłady musiały wło-
żyć dużo wysiłku, żeby opracować te programy, a zakłady, które tego nie zrobiły, naj-
częściej dostały bądź dostaną decyzję o umorzeniu postępowania restrukturyzacyjnego.
Trzeba też pamiętać, że to przede wszystkim jest restrukturyzacja finansowa. Wszyst-
kie podjęte działania polegały na tym, aby pozbyć się garbu zobowiązań zarówno pu-
blicznoprawnych, jak i cywilnoprawnych, w tym kierunku szły programy restruktury-
zacyjne. Oczywiście w dużym stopniu dotyczyły one również umiarkowanych zmian
organizacyjnych, a w najmniejszym stopniu zwolnień personelu.

Mogę się wypowiedzieć tylko jako organ restrukturyzacyjny, jakim jest minister zdrowia. Nie znam wszystkich programów restrukturyzacyjnych u wojewodów, ale mamy takie wiadomości, ponieważ zadajemy pytania wojewodom. Wojewodowie co tydzień przesyłają nam bardzo dużo danych, a od czasu do czasu rozszerzamy tę sprawozdawczość, pytając o inne rzeczy. Przyjdzie taki moment, że zaczniemy pytać o programy restrukturyzacyjne i o osiągnięte efekty, ale dopiero po otrzymaniu trzecich transz pożyczek z Banku Gospodarstwa Krajowego i po skierowaniu tych pieniędzy na cele zawarte w programach restrukturyzacyjnych. Wtedy można będzie je rzetelnie ocenić, ale to będzie najwcześniej za jakieś pół roku. Dziękuję.

Senator Janina Fetlińska:

Mam pytanie. Pan senator Maziarz wspominał o sprzedawaniu oddziałów. Czy to też było w programach restrukturyzacyjnych? Rozumiem, że to był *outsourcing*, tak?

**Dyrektor Departamentu Organizacji i Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia
Piotr Warczyński:**

Musimy pamiętać, że o tym zawsze decyduje organ tworzący, który taki program restrukturyzacyjny opiniuje. Mówię nie tylko o tej ustawie, zawsze na tego typu zmiany musi się zgodzić organ tworzący. Żaden dyrektor nie podejmie sam takiej decyzji, a w przypadku SPZOZ pamiętajmy, że jeszcze jest rada społeczna, która również wydaje swoją opinię. Co prawda taka opinia może być wzięta pod uwagę lub nie, jednak jest ona wydawana.

De facto jest to więc decyzja organu tworzącego, czyli najczęściej powiatu albo województwa, rzadko kiedy gminy, bo niektóre gminy też są organami tworzącymi.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Karczewski.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Senator Stanisław Karczewski:

Chciałbym tylko powiedzieć odnośnie do tego pytania... Co będzie w stosunku do dyrektorów? Ja już wiem, że dyrektor jest zwolniony, ale jeżeli wprowadza się społeczeństwo w błąd, czyli ogłupia się społeczeństwo, posłów, ogłupia się wszystkich, to w końcu wychodzi, że oddziały są dochodowe, a od sierpnia, bo uchwała została podjęta w sierpniu, wszyscy wiedzą, tak to się społeczeństwu przedstawiło, że oddział jest niedochodowy, dlatego trzeba...

Jeżeli się przez wszystkie lata oddziały przynosiły po 500 tysięcy zł do 1 miliona zł dochodu, były procedury, to wykazałem w ostatnim roku, że nie płukano, nie robiono reutilizacji, 60% pacjentów otrzymywało frakseparinę, kleksan, nie dawano polskiej heparyny, która jest piętnaście razy tańsza. Celowo jakieś firmy dużo tego dawały. Tutaj po prostu chciano wykazać, że... Ale oddział i tak był dochodowy. Było to celowe działanie menedżerów.

Dlatego chciałbym to uzupełnić, bo to niepokoi, to boli. Ludzie stoją z krzyżami, z transparentami, koczują, śpiewają, odprawiają msze. Przecież nie można do takich rzeczy dopuszczać. To się dzieje w polskich szpitalach. Państwo też powinni o tym wiedzieć.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tylko, Szanowni Państwo, musimy zrozumieć jedną sytuację. Polska nie jest państwem scentralizowanym w tym stopniu, żeby można było wpływać na decyzje, zwłaszcza przy dzisiejszym ustawodawstwie.

Pan minister poprzednio mówił, iż jednym z elementów jego pracy jest ustrojowa ustawa o ochronie zdrowia, w ramach której zostaną zwiększone kompetencje nadzorcze, a poza tym jest próba zapanowania nad rynkiem podaży. To są bardzo ważne informacje dla ludzi, którzy odrobinę wiedzą o sprawach organizacji. Jednak jest mała szansa na skontrolowanie spraw, jakie się dzisiaj dzieją na poziomie regionów. Nie oczekujcie państwo cudów.

(Senator Elżbieta Gelert: Do prokuratury.)

Proszę zwrócić się do prokuratury, jeśli podejrzewa pan, że to się działo z naruszeniem prawa, to bardzo cenna sugestia pani senator Gelert. Do pudła ich, i już.

Pan senator Karczewski, bardzo proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, właściwie w trakcie dyskusji pan minister był uprzejmy odpowiedzieć na wszystkie pytania, które sobie wcześniej przygotowałem, bo one już zostały postawione, jednak unika pan podania konkretnych terminów.

Rozumiem, że wprowadzenie sieci szpitali łączy się, to już słyszeliśmy, z wyborami samorządowymi. Ministerstwo już ustaliło datę wprowadzenia czy opublikowania sieci szpitali – po wyborach samorządowych. Ja to rozumiem. Są to decyzje polityczne, aczkolwiek nie bardzo bym tutaj brał pod uwagę te elementy polityczne, bo całe prowadzenie Ministerstwa Zdrowia i prowadzenie polityki zdrowotnej, jak sama nazwa wskazuje, wiąże się z pewną polityką. Nie uchylałbym się też szczególnie od tego typu działań politycznych, aczkolwiek w przeszłości mieliśmy takie pomysły, które były określane jako polityczne: współpłacenie i wycofanie się rządu SLD po dwóch dniach z proponowanych bardzo dobrych rozwiązań, to jest moje osobiste zdanie.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ale nie mamy tu jedności. Pani senator...)

No, nie mamy.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Jednak jeśli już wchodzimy, Panie Przewodniczący, na poziom dyskusji politycznej, to muszę powiedzieć – nie ma akurat pana senatora Okły, a chciałbym nawiązać do jego wypowiedzi – że miałem bardzo ciężką sytuację, ponieważ prowadziłem kampanię wyborczą jako członek partii Prawo i Sprawiedliwość, a jako zdecydowany przeciwnik systemu budżetowego musiałem to w jakiś sposób tłumaczyć.

(Głos z sali: Kamuflować.)

W jakiś sposób to zrobiłem, udało się, aczkolwiek w pewnym momencie sam zacząłem wierzyć w system budżetowy, bo może troszeczkę by się to uporządkowało i na ten trudny okres trwającej jeszcze transformacji i reformowanego systemu opieki zdrowotnej być może byłoby to dobre rozwiązanie. Pan profesor Religa tłumaczył nam podczas posiedzenia senackiej komisji, że ten system ubezpieczeniowy jest niejako gwarantem zachowania tych środków, które mamy, będziemy mieć i nikt, żaden nierozsądny polityk, a już na pewno z grona polityków, których określa się jako oszołomów, nie odbierze nam tych środków, będziemy je mieli.

Padło tu jeszcze jedno zdanie, z którym nie mogę się zgodzić i chciałbym zaprotestować. Jestem w dalszym ciągu praktykującym lekarzem, staram się praktykować jak najwięcej. Proszę mi wierzyć, może ja jestem wyjątkiem, ale wiem, że również moi koledzy nie przyjmują do szpitali dlatego, żeby podwyższyć sobie wpływy z kontraktu. Normalnie pracujemy. Sprawa funkcjonowania, udzielania świadczeń jest na poziomie lekarskim, a sprawa decydowania o wysokości kontraktu, o wysokości punktu...

Ja się cieszę, Panie Senatorze, że pan dostał za punkt 10 zł zamiast 12 zł, ja dostałem 10 zł zamiast 9 zł 50 gr, zostało to więc wyrównane. Nie wiem, może miał pan za dużo, a ja za mało. Na pewno życzylibym sobie, żebyśmy wszyscy mieli dużo więcej złotych za te punkty.

(Głos z sali: Wyszedłem po prostu z tego, że była mniejsza obsada specjalistyczna.)

Rozumiem, ale to już pomijamy.

Wracam do mojej pierwszej myśli o terminach. Pan minister Religa mówi, że koszyk świadczeń gwarantowanych będzie w przyszłym roku, a już słyszę głosy, że może to być przesunięte w czasie. Tutaj pan minister powiedział o globalnym załatawieniu zadłużenia, co łączyłoby się z ujednoczeniem organów założycielskich dla szpitali. To jest problem, jest bardzo nierówne traktowanie organów założycielskich służby zdrowia, opieki zdrowotnej. W bardzo dobrej sytuacji znalazło się Zakopane, o którym mówił pan senator Ślusarz. Musi być albo bardzo duża życzliwość, albo duża zasobność samorządów powiatowych. Z tym jest w Polsce bardzo różnie. Mówimy tutaj o swoich lokalnych sprawach, choć może nie powinniśmy, bo są one dla pana ministra nieistotne, nieważne, ale jakoś odzwierciedlają, jak wygląda sytuacja w Polsce. Ja pochodzę z bardzo bogatego powiatu, który w ogóle nie chce dać nic na służbę zdrowia, na opiekę zdrowotną.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie powiem. Chociaż nie, dlaczego? To jest powiat grójecki, bardzo mały. 100 tysięcy zł rocznie na szpital to wszystko, na co go stać. Sąsiedni powiat, dwukrotnie mniejszy, bardzo biedny, daje kilkanaście milionów na szpital, ponieważ bardzo im zależy, żeby ten szpital był. A ten szpital tak naprawdę jest tam zupełnie niepotrzebny. Mówił o tym pan przewodniczący.

Organy założycielskie. Pan minister powiedział, że aby załatwić globalnie zadłużenie, trzeba ujednoczyć organy założycielskie, żeby to był wojewoda, tak zrozumiałem. Znowu więc to się odłoży w czasie, nie wiem, czy w ogóle to zostanie zrealizowane, będzie to bardzo trudne. Nawet gdybyśmy zaprosili tutaj wszystkich lekarzy, pielęgniarki, nie byłoby takiej siły, jaką mają górnicy, nie damy rady zmusić rządu do tego, żeby nagle znalazło się 6 miliardów zł. Trzeba byłoby chyba znaleźć jakieś pośrednie rozwiązanie. Nie wiem, czy zostawić powiat z tym długiem. Może jednostki samorządu terytorialnego jakoś w przyszłości zabezpieczyć, dać jakąś możliwość

splaty tego zadłużenia. Widzę na swoim terenie, również w innym mieście, jak powstają konkurencyjne wobec siebie oddziały. Jest to zupełna paranoja. Jeden szpital, którego organem założycielskim jest marszałek, ma dobry oddział okulistyczny, dobre dochody, obok jest tworzony szpital za kilkanaście milionów, bo to się opłaca, jest wielka konkurencja, ponieważ tamci mają już nieco lepszą aparaturę, nieco lepsze urządzenia. Tamci znowu konkurencyjnie kupują. A miasto? Panie Ministrze, jak się dobrze zastanowić, czy dużo zależy od menedżera? Nie. To zależy od umiejętności czarowania tego menedżera. To nie są dobrzy menedżerowie. Inaczej, to nie są uczciwi menedżerowie, tylko tacy, którzy potrafią oczarować i z czarować przedstawicieli swojego organu założycielskiego. Jeśli im się uda, to dobrze.

(Głos z sali: No nie, ale to...)

Tak jest zawsze. W tym wszystkim jest ważny element uczciwości.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Teraz w kolejce jest pan senator Ślusarz.

Senator Rafał Ślusarz:

Ważny jest element uczciwości, nie tylko oczarowania, ale realizowania faktycznych potrzeb. Mówimy tutaj w trosce o wydawanie publicznych pieniędzy. One nie są dobrze wydawane. Bardzo mnie cieszy, że obok pana ministra występowała niedawno pani profesor Gilowska, mam więc nadzieję, że w jakimś czasie, to też pytanie, ale pan minister nie będzie potrafił odpowiedzieć, kiedy będziemy mieli służbę zdrowia finansowaną na poziomie 6% PKB. To by nam chyba rozwiązało problem.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Było to pytanie o terminy. Bardzo bym prosił pana ministra o odpowiedź.

Senator Rafał Ślusarz:

Terminy, tak. Ja może bardziej bym potraktował swoją wypowiedź jako głos w dyskusji. Pytanie dotyczy terminów. Tutaj przed chwilą powstał malutki spór, kto pierwszy to wymyślił. Chciałbym, żeby ten rząd pierwszy ustalił koszyk świadczeń gwarantowanych i odniósł jeszcze więcej sukcesów.

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

Jeżeli można, Panie Przewodniczący, ja nie mówiłem, kiedy ustalimy ten koszyk, pan minister Religa zapowiedział, że za dwa lata. Musimy to zrobić. Pracujemy nad tym i zrobimy. To jest tempo ekspresowe, w innych krajach do przygotowania tego potrzebne były dekady, ale my skorzystamy z doświadczeń tamtych krajów i sądzę, że to przygotujemy.

Jeżeli chodzi o przekazanie szpitali sejmikom wojewódzkim jako organom założycielskim, to nie mamy jeszcze sprecyzowanego terminu, kiedy to nastąpi, bo jest to

zależne od finansów, o czym już mówiłem. Pan minister Religa rozmawia, negocjuje z ministrem finansów, z panią premier Gilowską. Uzależniamy to od realizacji ustawy o restrukturyzacji, bo ona nam wskaże kierunek, w jaki sposób nie tylko przekazać organy założycielskie na wyższy poziom, ale również być może jakoś organizacyjnie to zmienić, żeby za pięć czy dziesięć lat nie zastanawiać się nad oddłużeniem placówek ochrony zdrowia. Trzeba tutaj postawić jakąś barierę, aby te placówki się nie zadłużały.

Jeżeli chodzi o przyjmowanie do szpitala, pan senator mówi, że lekarze nie przyjmują niepotrzebnie, a ja jestem pediatrą, dyżuruję i uważam...

(Wypowiedź poza mikrofonem) (Wesołość na sali)

... że przyjmują niepotrzebnie, bo angin kiedyś się na oddziałach dziecięcych nie leczyło, a teraz się leczy. Takie są statystyki. Musimy systemowo to zmienić, żeby do tego nie dochodziło.

Jeżeli chodzi o 6% PKB ze środków publicznych...

(Głos z sali: Tak.)

Gdybyśmy mówili o ogólnych wydatkach na ochronę zdrowia, to w tej chwili są one wyższe niż 6%.

(Głos z sali: 6,2%.)

6,2%. Jeżeli mówimy o publicznych wydatkach na ochronę zdrowia, to byśmy musieli wydać na to...

(Głos z sali: 20 miliardów zł.)

... ponad 20 miliardów zł, żeby dojść do takiego poziomu. Z tym, że ja jestem politykiem zdrowotnym i uważam, że jakkolwiek dodatkowy grosz na ochronę zdrowia trzeba przeznaczyć sensownie, żeby był efektywnie wykorzystany.

Czechy w 1993 r. sprywatyzowały szpitale. Doszło do takich napięć społecznych, że musiały coraz to więcej wydawać na ochronę zdrowia, a nie obserwuje się efektywności wykorzystania tych środków. W tej chwili, mniej więcej od roku, pracownicy ochrony zdrowia zarabiają więcej, bo wymusili to, jako prywatne jednostki, na władzach publicznych. Zasady są takie, że trzeba przygotować system do tego, aby każdy włożony pieniądz przyniósł efekty w postaci poprawy zdrowotności społeczeństwa.

W Polsce wydajemy coraz mniej w stosunku do PKB na ochronę zdrowia, a dynamika poprawy wskaźników zdrowotnych w Polsce jest imponująca i to nie jest moje zdanie, tak piszą organizacje międzynarodowe. Dynamika poprawy wskaźników zdrowotnych w Czechach czy na Węgrzech jest o wiele niższa niż w Polsce, na Węgrzech niektóre wskaźniki nawet się pogorszyły, a wydatki na ochronę zdrowia rosły bardzo szybko. Musimy jako politycy zdrowotni, także wy, senatorowie i posłowie, myśleć o tym, żeby wzrost nakładów spowodował poprawę zdrowotności społeczeństwa, czyli wzrost wskaźników zdrowotnych, bo taka jest nasza rola. Nie chodzi o to, aby tylko włożyć pieniądze i nie mieć z tego żadnego efektu.

Dlatego sądziłem, że pani senator Fetlińska będzie pytała o promocję zdrowia, zdrowie publiczne, myślę, że trzeba iść bardziej w tym kierunku, bo to przynosi efekty zdrowotne.

Senator Janina Fetlińska:

Panie Ministrze, pozwolę sobie odpowiedzieć, że nie pytałam o to, ponieważ dyskutujemy głównie o programie restrukturyzacji, ale właśnie chciałabym zapytać między innymi o centra zdrowia publicznego, ponieważ wojewódzkie centra zdrowia

publicznego są dobrym narzędziem i dla wojewody, i dla ministra. Jak słyszę w terenie, w tej chwili nie najlepiej się tam dzieje. Są pewne obawy co do ich istnienia i wykorzystania. Chciałabym zapytać, jaki jest planowany trend w tym zakresie? Sama byłam kiedyś docentem takiego centrum i wiem, że można tam bardzo wspierać politykę zdrowotną.

Przy okazji zapytam, jaki jest stan realizacji przygotowań do stworzenia Narodowego Programu Zdrowia na następnych kilka lat? Bardzo jestem tym zainteresowana. Dziękuję. Pan minister wywołał pytanie.

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

Jeżeli chodzi o Narodowy Program Zdrowia, przygotowaliśmy ewaluację tego programu za ostatnich dziesięć lat, a właściwie za osiem lat, bo jeszcze nie mamy danych z ostatnich dwóch lat. Jest to przygotowane w postaci suplementu, jeszcze to poprawiamy, w niedługim czasie państwu również to dostarczymy, dotyczy to mniej więcej ośmiu lat. Sprawozdanie z całej dekady będziemy mogli sporządzić pod koniec roku.

Dlaczego zrobiliśmy suplement dotyczący ośmiu lat? To jest dla nas kierunkowskaz, jak ma wyglądać ten program na następne dziesięć lat. Musimy najpierw oszacować, a dopiero...

Mamy również duży program przygotowany przez PZH na następne dziesięć lat. W tej chwili powołałem niewielki zespół, aby zrobili taki program, jak w Wielkiej Brytanii, w Belgii, w Brazylii, zrozumiały dla społeczeństwa i dla polityków, żeby to nie był program, którego nikt nie przeczyta. Jeżeli nawet bym przysłał do parlamentu narodowy program liczący trzysta stron, to nie wiem czy przeczytałyby to dwie osoby. Dlatego chcemy zrobić ten program i zmniejszyć liczbę priorytetów, bo to nam zarzucano.

Przedwczoraj i wczoraj byłem w Genewie, Światowa Organizacja Zdrowia zarzuca nam, że nie może być dziesięciu priorytetów, bo wtedy żaden priorytet nie jest realizowany, musi być cztery, pięć. I my to widzimy, dlatego chcemy te priorytety określić, zmniejszyć ich liczbę, zrobić prawdopodobnie ten program na pięć lat, a nie na dziesięć, żeby sprawdzić, jak te priorytety zostały zrealizowane, a na następne pięć lat być może będzie trzeba określić już inne priorytety. Tak że nad tym pracujemy i w niedługim czasie państwo otrzymają ten program. Pracujemy nad tym programem równoległe z pracami nad ustawą o zdrowiu publicznym, ale ustawa o zdrowiu publicznym jest ustawą poważniejszą i myślę, że ona... Pan minister Religa proponuje, żebyśmy do września to zrobili i ja się śpieszę, ale jest to ogromna praca, więc nie wiem, czy uda się tak ważną ustawę do września przygotować.

(Głos z sali: Problem mają Litwini, polecam...)

Tak, ja wiem, znam ten temat.

My nad tym pracujemy, ale praca nad tą ustawą musi być kompatybilna z pracą nad ustawami o ustroju ochrony zdrowia i ratownictwie medycznym, bo nie może być kto inny odpowiedzialny za zdrowie publiczne, kto inny za wydawanie zezwoleń na prowadzenie działalności zdrowotnej, a kto inny za katastrofy. To musi być wszystko w jednym pionie – i sanepid, i inspekcja, to musi być wszystko razem. To są poważne ustawy i chyba państwo senatorowie sobie zdają sprawę z tego, że nie da się tego zrobić przez miesiąc, bo to jest kwestia konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Zgłaszał się pan senator Ślusarz. Ale tym razem policzymy już słowa panu senatorowi.

Senator Rafał Ślusarz:

Po siedemnastym podniesieniu ręki, ale w końcu...

Panie Ministrze, na koniec chyba najważniejszy temat, po którym się prześliznęliśmy chyba troszkę. Wprawdzie już to 6% PKB padło... W ustawie restrukturyzacyjnej, o której mówimy, jest zawarte jakby takie domniemanie, że pewien problem był w przeszłości, teraz my ten problem rozwiązujemy i będziemy *happy*, jak wprowadzimy zmiany systemowe. Ale nasz system zdrowotny jest permanentnie niedofinansowany. Rozmawiamy w tej chwili o rzeczach, które można porównać do mieszania herbaty. Z wieloma stwierdzeniami, które tu padły, kardynalnie się nie zgadzam. Bo jeżeli wprowadzimy sieć szpitali, wprowadzimy koszyk świadczeń – to wszystko oczywiście jest słuszne – zmienimy organy założycielskie, to i tak dalej będziemy mieli najmniejszą stawkę na głowę.

Jeżeli chodzi o środki publiczne i prywatne, to powiedzmy sobie szczerze: chcemy w tym systemie wprowadzić współpłacenie pacjenta, a więc jeszcze zwiększyć udział środków prywatnych czy ewentualnie zamienić te prywatne na prywatne inaczej ujęte. Ale porównajmy to do ilości środków publicznych, które wydajemy na jedną osobę – wtedy rozpacz.

Nie wiem, chyba z państwa tutaj wszystkich obecnych tylko pan minister był na tej tysiącosobowej konferencji Koalicji „Teraz Zdrowie” organizowanej w Warszawie, chyba nikt z państwa nie był, z tego, co pamiętam po twarzach... Ja może zreferuję, pół minuty, jak to wyglądało. A więc przewodniczący Naczelnej Rady Lekarskiej, Konstanty Radziwiłł, powiedział, że do 6% PKB brakuje 20 miliardów zł, na to pani premier Gilowska... No spuśmy zasłonę milczenia na to, co powiedziała. I pan minister zdrowia próbował walczyć, a więc próbował powiedzieć, że te 4 miliardy zł w 2007 r. na służbę zdrowia – czyli miliard: ratownictwo, miliard: KRUS, 2 miliardy zł: wzrost składki i poprawa PKB, czyli te 4 miliardy zł – że to jakoś się ma do tych 2 miliardów zł i że w ten sposób będziemy dochodzić do oczekiwanego stanu. No nie wiem, co w następnych latach ma się wydarzyć, żeby te 20 miliardów zł wpłynęło.

Pojawia się po drodze pytanie. Ja tutaj mnóstwo takich tez wypowiedziałbym w obronie kadry lekarskiej i pielęgniarskiej, na której barkach to wszystko spoczywa. Ale jeżeli pan – przytaczam słowa przewodniczącego Radziwiłła – to wszystko w tej chwili wepchnie w taki system, to się pan przekona o tym, o czym już w tej chwili wszyscy mówią, mianowicie, że to jest rekord świata, co robią pracownicy służby zdrowia, trzymając ten system. Jeżeli pan mówi, że wskaźniki zdrowotne się poprawiają, a nakłady publiczne na służbę zdrowia spadają, to ja podsuwam pomysł na dalsze działania: no dalej zmniejszajmy, jeszcze będą lepsze te wskaźniki. No przecież to wszystko się dzieje właśnie wysiłkiem pracowników służby zdrowia.

Konkluzja i pytanie: jakie prace, równie intensywne jak praca nad siecią szpitali czy praca nad koszykiem świadczeń, są prowadzone w Ministerstwie Zdrowia, żeby zwiększyć napływ środków publicznych do systemu? Czy ich w ogóle nie ma? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Co prawda nie zauważyłem tu zbyt wielkich nurtów polemicznych w stosunku do teź, jakie padały w trakcie...

Przepraszam, jeśli nie widziałem ręki w górze, ale starałem się, żeby ci, którzy nie mieli okazji zabrać głosu – poza bardzo jednym przebojowym tutaj panem senatorem...

(Senator Rafał Ślusarz: Chciałem jakoś zacząć wypowiedź, nic więcej.)

Bardzo proszę

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Andrzej Wojtyła:

Może tylko powiem, że myśmy dyskutowali o współpłaceniu, ale nie powiedziałem, że w tym kierunku idzie polityka. Pan minister Religa jest przeciwnikiem współpłacenia i my nad tym nie pracujemy. Ja tylko powiedziałem, że współpłacenie hamuje popyt na świadczenia – i tak jest, w wielu krajach tak jest. Ale my nie pracujemy nad tym i możemy sobie tylko dyskutować. W tej chwili w ministerstwie nie ma prac nad tym.

Jeżeli chodzi o niedofinansowanie, jest faktem, że wydajemy prawie najmniej w całej Europie na ochronę zdrowia – to są suche fakty – przynajmniej kilka razy mniej aniżeli w krajach rozwiniętych, mniej również niż w krajach naszego bloku, mówię o tak samo rozwiniętych...

(Głos z sali: Byłego.)

Byłego bloku – Czechy, Słowacja, Węgry i Polska. Wydajemy najmniej i chcemy dążyć do tego, żeby te nakłady mogły być większe, ale to zależy od wielu czynników. Nie można zwiększyć wydatków tylko na medycynę naprawczą. Ja dałem przykład, że w Polsce zmniejszają się nakłady na medycynę naprawczą, a poprawiają się wskaźniki zdrowotne. Dlaczego? Dlatego między innymi że po 1989 r. wprowadzono programy polityki zdrowotnej, że samorzady się zaangażowały, że żyjemy w demokracji – profesor Zatoński napisał, że demokracja służy zdrowiu, i tak jest. Kiedy byłem w Sejmie, jeden z posłów powiedział, że była tak wspaniała opieka nad matką i dzieckiem, bo za dawnych czasów były wojewódzkie przychodnie zdrowia zajmujące się matką i dzieckiem, ale wtedy mieliśmy umieralność niemowląt na poziomie 30%, a teraz mamy 7%. Tak że co z tego, że było pięknie zorganizowane, skoro cztery czy pięć razy tyle noworodków nam umierało, a teraz nie mamy tego wszystkiego, a umiera mniej. No czyli to nie jest tak, że...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, jeszcze do tysiąca to był nieżywy noworodek i się nie liczył do statystyki, a te statystyki były o wiele gorsze. Tak że nie możemy mówić, że zwiększone nakłady na medycynę naprawczą przynoszą proporcjonalny wzrost wskaźników zdrowotnych, bo tak nie jest. Jest to przykład – i to podkreślają organizacje międzynarodowe – sensownego wydawania pieniędzy w Polsce. A z tym, że pracownicy ochrony zdrowia zarabiają mało, ja się zgadzam i wszędzie to podkreślam. Tak, musimy zadbać o to, żeby oni więcej zarabiali, bo nam wyemigrują – na Dolnym Śląsku ponad 10% pielęgniarek wyemigrowało, lekarze również; to jest trzy razy więcej czy cztery razy więcej niż w skali całego kraju.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Część śpi w Polsce, a obsługuje teren przygraniczny.)

To nas czeka i musimy robić wszystko, żeby nakłady na ochronę zdrowia się zwiększały. Pan minister Religa mówi o 6%, ale to jest ponad 20 miliardów zł. Ja jestem jedynie organem wykonawczym, dajcie mi pieniądze, to będzie mi łatwiej rządzić.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Chętnie to zrobimy, aczkolwiek zwróćcie uwagę, że to jest tak, że rozmawiamy w swoim gronie, bo jasną i oczywistą dla nas rzeczą jest, że ministerstwo reprezentuje nasze lobby, ale największy problem jest z tym innym lobby: ekonomicznym, a siła politycznego nacisku byłych sektorów ciężkich jest wielka. No patrzcie choćby na tę ustawę emerytalną, która tyle a tyle ma kosztować...

Ostatni głos, myślę: pani senator Rudnicka.

Bardzo proszę, ad vocem. I dwa słowa, ale dwa słowa. Policzymy, Pani Senator.

Senator Jadwiga Rudnicka:

Jak bumerang ciągle wracam z tematem profilaktyki chorób nowotworowych. Jest to według mnie również ogromne źródło – pomijając cierpienia, choroby i wszystko inne – problemów ekonomicznych, bo przecież leczenia takich chorób są tak drogie. Te wszystkie procedury związane z leczeniem nowotworowym są naprawdę horrendalnie drogie. I jeszcze na dodatek tylu ludzi umiera z powodu zbyt późnego przyjścia do onkologa. Nie wiem, może powiem rzecz, która kogoś zaskoczy, może ona nie jest mądra, ale wiem, że w Stanach Zjednoczonych coś takiego robią, jeśli chodzi o te badania przesiewowe... Bo u nas to jest często jakaś głupota. Ogłoszą, że będzie za darmo kolonoskopia. No kto tak z ulicy wejdzie sobie i powie: proszę mi zrobić kolonoskopię?

(Głos z sali: Może zrobimy łapankę.)

Łapankę, właśnie. No jeśli chodzi o rak jelita grubego, rak piersi, rak prostaty czy rak jajnika, tak to jest rozwiązywane, że lekarz pierwszego kontaktu ma po prostu obowiązek, nałożony zarządzeniem, by pacjenta czy pacjentkę w danym przedziale wieku posłać na kontrolę. To jest zarządzenie, nie dobrowolna rzecz, na przykład: od czterdziestego piątego do sześćdziesiątego piątego albo od pięćdziesiątego do siedemdziesiątego, starszych czy młodszych, ale każdy lekarz pierwszego kontaktu, jak dostaje takiego pacjenta, powinien go wysłać na odpowiednie badania, a jeżeli jeszcze zauważy pewne ryzyko, widząc pacjenta, może mu to przyjść na myśl. Ale powinien być taki obowiązek, bo bez obowiązku, naprawdę, nie będzie nic dobrego albo bardzo mało...

Senator Janina Fetlińska:

Czy ja mogę ad vocem? Myślę, że tutaj bardzo ważną chyba sprawą jest sposób kontraktowania usług profilaktycznych, badań profilaktycznych. W moim przekonaniu powinien być jakiś system rozdziału tych badań, jeśli chodzi o lekarzy rodzinnych, nie wiem, wskaźnikowo w zależności od populacji, po to, żeby to się odbywało w sposób bardziej planowy. To lekarz rodzinny powinien objąć profilaktyką i powinien kierować na takie badania. Nie powinno być łapanek. W moim przekonaniu kontraktowanie

z jakimś zakładem, który potem właśnie łapie na ulicy osoby, to nie jest najlepszy sposób, bo często nawet wynik tego badania będzie zmarnowany. To lekarz rodzinny powinien skierować, powinien to badanie w stosunku do pacjenta...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Powinien zostać rozliczony.)

Rozliczony, tak. I w zależności od wyniku powinien prowadzić pacjenta zgodnie z tym systemem.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ale też powinien być rozliczany z profilaktyki i być może nawet tutaj jest pewne narzędzie, bo mamy doświadczenie z Wrocławia...)

Ja może dodam jeszcze jedną rzecz. Chciałabym powiedzieć, że u nas właściwie zatraciliśmy w ogóle dyspanseryzację dorosłych osób u lekarza rodzinnego. Dziecka dotyczy dyspanseryzacja, jest ta czynna opieka, zaś u dorosłych zanikła, a już nie mówię o starszych osobach. A to teraz szczególnie powinno być prowadzone. I wiem, że są takie wysepki, zdarza się, że ktoś jest prowadzony i w takich przypadkach właściwie nie ma problemów z pogotowiem, z różnymi takimi sprawami, ponieważ ci ludzie są naprawdę prowadzeni.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Trochę odchodzimy od dzisiejszego tematu... Słuchajcie, wrócimy, musimy wrócić spokojnie i systemowo do problemów związanych ze zdrowiem publicznym. Ja się tutaj bardzo ucieszyłem, bo od lat postuluje się w różnych środowiskach, które też wymagają wsparcia, stworzenie systemowej ustawy o zdrowiu publicznym w Polsce. Dlatego proponowałbym, żeby może jednak już kończyć tę część.

Ostatnie dwa głosy.

Bardzo proszę, Panie Senatorze.

Senator Mieczysław Maziarz:

Ja już nie będę przedłużał. Jeszcze raz zaapeluję do państwa. Jeżeli ma zadziałać ta ustawa, to szpitalom, które wyszły na prostą i zaczęły dobrze funkcjonować, jeśli chodzi o ten procent inflacyjny, należy dorzucić w ogóle do procedury, żeby to wymusić... Wzrasta składka do 8,75, wchodzi pieniądze, więc trzeba dać im trochę tych pieniędzy. Niech oni pożyją, a na pewno wynagrodzą pracowników i wzrosną uposażenia. Fundusz osobowy by wzrósł, bo wiadomo, że fundusz materiałowy jest taki, jaki jest, wszystko idzie do góry. I żebyście państwo po prostu – nie wiem, do kogo się zwracać – nie powielali w ogóle...

(Głos z sali: Teraz już są dwa słowa.)

Teraz drugie. To było jedno, a teraz drugie. Chodzi o to, żeby nie powiełać obowiązków oddziałów, które funkcjonują dobrze. Przecież to jest tragedia, że po prostu przygotowujemy pacjenta, na przykład, konkretnie, chodzi o zaćmę, i on musi mieć EKG, musi być przebadany kardiologicznie, musi być przebadany w oddziale wewnętrznym i wyciąga się od niego kasę, ktoś bierze 2 tysiące zł. A drugi znowuż w oddziale chirurgicznym jest przygotowywany i idzie na laparoskopię, a ktoś zwija 2 tysiące 600 zł. Przecież taki pacjent mógłby równie dobrze zostać w szpitalu na drugi dzień. Ja po prostu się dziwię, że ktoś nad tym w ogóle nie panuje. Mam kolegę, który dostaje, zamyka...

(*Senator Stanisław Karczewski: Już drugie słowo było.*)

Tak, dobrze. Dziękuję.

Senator Stanisław Karczewski:

Ja wyřęczam przewodniczącego, dlatego że sam chciałbym coś powiedzieć.

Panie Przewodniczący, Panie Ministrze, bardzo krótko. Tu mówiliśmy o naszych sprawach lokalnych, o swoich miejscach, więc ja też powiem o przypadku swojego znajomego, który był w Szwecji i dostał anginy – poszedł do lekarza i został totalnie, od góry do dołu, zbadany.

(*Głos z sali: My w Szwecji też byliśmy.*)

Tak, ale nie wiem, czy pani senator była badana. Dokończę: ten człowiek był zbadany łącznie z badaniem *per rectum*. Po kilku dniach pojechał na kontrolę do tego lekarza i mówi: panie doktorze, może pan zajrzy w gardło. No z gardłem wszystko w porządku, ale znowu cała procedura, znowu od góry do dołu został człowiek zbadany, znowu został zbadany *per rectum*. Jaki jest z tego wniosek? Wniosek jest taki, że jednak nie uciekniemy od głównego problemu, problemu finansowego. Bo jeżeli nie będziemy mieli pieniędzy, jeśli nie będziemy mieli dużej liczby lekarzy... Zresztą profesor Religa powiedział już, że mówiło się ciągle, że mamy za dużo lekarzy. Ale w Polsce jest za mało lekarzy, z Polski lekarze wyjeżdżają, wyjeżdża coraz więcej, nie wiem, jak z państwa regionów, ale wyjeżdżają lekarze, pytają się o pracę, chcą wyjeżdżać; pielęgniarki też wyjeżdżają, nie ma pielęgniarek. Możemy mieć wspaniałe programy... Zresztą i pan minister mówił, że mieliśmy świetnie zorganizowaną opiekę nad matką i dzieckiem. Ale co z tego? Teraz będziemy mieli znowu programy. Ja bym jednak namawiał ministerstwo... Widzę sukces ochrony zdrowia jednak w finansach, a nie w pisaniu olbrzymiej ilości programów, ustaw. Zgadzam się z panem senatorem Ślusarzem, że największym problemem jest problem finansowy, bo chodzi o pieniądze, jak nie wiadomo o co naprawę chodzi.

(*Senator Janina Fetlińska: Ja tylko dwa słowa...*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Chwileczkę, chwileczkę. Odbieracie mi władzę, po malutku.

Pani senator jeszcze się zgłasza. Bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Chciałabym powiedzieć, że tak, ważne są pieniądze, ale one muszą być dobrze wydawane. Muszą być programy, żeby był instrument wspomagający dobre wydawanie tych pieniędzy. Tylko tyle.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

W Szwecji – tylko przypomnę, Panie Doktorze – jeden lekarz rodzinny w rejonie ma tysiąc pięćset osób pod opieką i przyjmuje od pięciu do siedmiu osób dziennie. Nasz lekarz rodzinny: dwa i pół tysiąca osób pod opieką i przyjmuje trzydzieści, czterdzieści osób. Mówimy o przedpłatach czy o płaceniu za wejście do lekarza rodzinnego,

ale jeśli chcemy mieć odpowiednią jakość badania, to musimy też uwzględnić obciążenie. Ja szczerze mówiąc, nie chciałbym być czterdziestym piątym pacjentem w praktyce lekarza rodzinnego, bo obawiam się, że mógłby mi zaszkodzić.

Dobrze, Szanowni Państwo...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No, mój syn dyżuruje na okrągło, można powiedzieć, po dwa trzy dyżury pod rząd, więc coś mogę powiedzieć na ten temat.

Słuchajcie, ja chciałbym bardzo podziękować państwu...

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła: Czy ja jeszcze mogę słowo?)

Ależ oczywiście, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Andrzej Wojtyła:

Panie Przewodniczący, chciałbym tylko powiedzieć o tej... O, już pani senator nie ma. Pierwszy rok realizujemy ten program profilaktyki nowotworowej – 250 milionów zł, z tego 25% na profilaktykę. Ja tylko chciałbym powiedzieć, że jeżeli chodzi o przesiewy w programie nowotworowym, to jest głównie kwestia okrężnicy, to jest mammografia i badania szyjki macicy u kobiet. Faktycznie, jest jakiś błąd, że środki, które nawet są z ministerstwa przekazywane do Narodowego Funduszu Zdrowia na realizację programów wczesnej diagnostyki, nie są wykorzystywane – w ubiegłym roku wykorzystane było gdzieś 50%. Dobrze, że one nie są zmarnowane... Ale zainteresowania tym nie ma i dlatego pracujemy nad ustawą o zdrowiu publicznym. Być może trzeba będzie w inny sposób kierować środki na te programy, bo nie sprawdza się wykorzystywanie do tego celu Narodowego Funduszu Zdrowia, który powinien przy okazji normalnych świadczeń medycyny naprawczej również i to kontraktować. No, ale to nie wychodzi. Musi być program ogólnopolski, nie łapanka, bo to może przynieść szkody.

Jeżeli chodzi o zachęcanie do korzystania z programów profilaktycznych, do wczesnej diagnostyki, to w różnych krajach różnie się to odbywa. Nowotwór szyjki macicy dotyczy najbiedniejszej części społeczeństwa, niektóre stany czy niektóre państwa na przykład uzależniają wypłatę zapomóg od pokazania, że zostało się poddana screeningowi w zakresie raka szyjki macicy. Są bardzo różne rozwiązania. Osiem lat temu zastanawialiśmy się nad tym w Sejmie, jednak ekspertyzy różnego rodzaju prawników sejmowych wykluczyły wprowadzanie takich rozwiązań, ponieważ w naszym systemie prawnym to jest ograniczenie wolności osobistych obywateli. No i nie można było tego wprowadzić.

Senator Janina Fetlińska:

Chciałabym jeszcze zapytać o jedną rzecz. Rzeczywiście, są trudności z pozyskaniem kontraktu na badania profilaktyczne. Chodzi mi o specjalistyczny szpital wojewódzki w Ciechanowie, który w tym roku nie otrzymał w pierwszym konkursie ofert na to kontraktu, ponieważ nie miał fizyka medycznego – okazało się nagle, że takie jest wymaganie – i miał siedem tysięcy osiemset badań, a nie osiem tysięcy. Taki był powód, to spowodowało, że nie otrzymał kontraktu szpital, który się od lat w tym specjalizuje, zwiększa liczbę badań i robi to bardzo racjonalnie. *(Rozmowy na sali)*

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

Tylko że to nie z poziomu ministerstwa... Wątpię, czy tu się otrzyma odpowiedź, bo to idzie, że tak powiem, z innej puli.

Senator Janina Fetlińska:

Z Narodowego Funduszu Zdrowia, tak, ale wydaje mi się, że te przepisy są zbyt drastyczne, bo paręset brakujących badań to nie jest powód, żeby...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Są to decyzje zza biurka, po prostu.

(Rozmowy na sali)

Ja jeszcze tylko chciałabym zadać jedno pytanie w kontekście tej restrukturyzacji. Mazowsze jest pokrzywdzonym województwem, ponieważ płaci tak zwane janosikowe, więc chciałabym zapytać, czy coś w tej kwestii jest w ministerstwie przygotowywane.

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

Sprawa dotyczy algorytmu rozdziału środków na poszczególne regiony. Ja byłem na Dolnym Śląsku i tam twierdzą, że powinni dostać 52 miliony zł więcej, a tego nie dostają, bo tak wynika z algorytmu, i że uprzywilejowane jest Mazowsze i Śląsk. Oni mieli wyliczenia, ile przypada pieniędzy na jednego mieszkańca, uwzględniając również migracje. Myśmy analizowali, jak wielka jest migracja na Mazowszu, okazało się, że wcale nie jest taka duża. Spodziewaliśmy się, że do Centrum Zdrowia Dziecka czy innych takich ponadregionalnych szpitali przypląw pacjentów spoza Mazowsza będzie znacznie większy, a to jest 10%, 12%, nie więcej.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, my mamy takie rozeznanie i...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To się rejestruje, tak. Ale problem algorytmu podziału środków pewnie będzie jeszcze przedmiotem naszych dyskusji. Teraz proponuję pomalutku jednak kończyć tę część. Myślę, że sporo informacji tutaj zostało przekazanych.

Dziękuję bardzo za tę pisemną informację i za udział w tej części posiedzenia pana ministra i państwa z Ministerstwa Zdrowia.

Zostaje nam punkt drugi: sprawy bieżące. Chciałbym państwu powiedzieć o napływie wniosków...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Bardzo dziękuję państwu za udział. Jak widać, potrzeba informacji jest bardzo duża, więc na kolejnych posiedzeniach, myślę, będziemy wracać do tematu. Bardzo dziękuję, Panie Ministrze.

Proszę państwa, jest tu cała seria listów i uchwał ze zjazdów dotycząca rzeczy, o których dzisiaj rozmawialiśmy: wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia w zakładach opieki zdrowotnej, płac, wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyków,

analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, także są tu poruszane kwestie bioetyczne. Mamy tutaj cały pakiet. W gruncie rzeczy jest to do wglądu, gdybyście państwo byli zainteresowani tymi stanowiskami. One nie bardzo się nadają... To dotyczy przekroju staży, włącznie z regulaminem obrad. Mamy więc tutaj dosyć obszerny pakiet spraw, które nie wymagają od nas... Jest na przykład kwestia akcji protestacyjnej w sprawie oczekiwań wzrostu wynagrodzeń, przypomnę. Myślę, że w ramach poszczególnych tematów i ustaw, które będziemy omawiać na posiedzeniach komisji, wrócimy do niektórych z tych uchwał. Chciałbym, żebyście państwo wiedzieli, że do nas to wpłynęło. Wpłynęła też na moje ręce z ogólnopolskiej Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia deklaracja o chęci współpracy z nami. Zapraszamy ich na kolejne posiedzenie komisji.

Także na ręce pana marszałka Bogdana Borusewicza wpłynęło stanowisko walnego zebrania delegatów regionu śląsko-dąbrowskiego, w którym napisane jest, że nigdy nie przedkładali liberalnego spojrzenia na gospodarkę ponad troskę o godny byt milionów polskich rodzin, że region nie zawaha się wystąpić przeciwko działaniom antypracowniczym, antyzwiązkowym i zwiększającym bezrobocie. Mowa jest o wskaźniku wzrostu wynagrodzeń i patologii występującej w stosunkach pracy. Czyli, krótko mówiąc, są to stanowiska do naszej wiadomości.

Jest także regionalna sprawa konfliktu w Szpitalu Klinicznym nr 1. Tam, przy udziale wojewody...

(Głos z sali: Gdzie?)

Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu. Bardzo długo trwa tam przepychanka dotycząca kontraktu. Mediacja marszałka województwa spowodowała, że w tej chwili została podpisana jakaś ugoda protezowa, czasowa, na pół roku, ale nie wiadomo, czy uda się tam w dalszym ciągu utrzymać jakiś spokój.

Wpłynęła też odpowiedź z Ministerstwa Zdrowia, która była chyba odpowiedzią na pana pytanie dotyczące czasu pracy lekarzy. Czy pan to dostał, Panie Senatorze? Pytam się pana senatora Ślusarza. Nie występował pan w tej sprawie? Napisane jest tak: w związku z zadaniem przez pana senatora Rafała Ślusarza pytania w sprawie podjętych działań w zakresie dostosowania czasu pracy w zakładach opieki zdrowotnej do dyrektywy Unii Europejskiej...

(Rozmowy na sali)

Dostał to pan?

(Senator Rafał Ślusarz: Nie, nie dostałem odpowiedzi.)

Wobec tego skopiujemy ją.

Chcę tylko powiedzieć, że pani minister Gręziak mówi, że koszty wyniosą 750 milionów zł – tak liczą – i piętnaście tysięcy dodatkowych lekarzy będzie musiało zostać zatrudnionych, gdybyśmy chcieli stosować się do dyrektywy Unii Europejskiej. Wiem, że rząd też podjął – tutaj tak jest napisane – działania zmierzające do zmiany tej dyrektywy.

Bardzo proszę o skopiowanie tego i danie panu senatorowi.

Uzyskałem też odpowiedź z biura prawnego Kancelarii Senatu na pytanie skierowane przez panią Marię Pańczyk-Pozdziej na moje ręce w sprawie niekorzystnych rozwiązań dotyczących doktorantów na Śląsku, którzy nie dostali stypendiów. Wyjaśnia mi tutaj pan dyrektor z Kancelarii Senatu, że wynagradzanie studentów studiów doktoranckich to sprawa fakultatywna, krótko mówiąc: uczelnia mogła zrobić tak, jak

zrobiła, czyli nie płacić wynagrodzeń czy stypendiów doktoranckich. No jest to pewien problem, nie ma tutaj jakiejś dobrej odpowiedzi.

To były te sprawy, które wpłynęły do komisji.

Czy są jeszcze jakieś bieżące sprawy?

Senator Janina Fetlińska:

Ja chciałabym poinformować kolegów, że wystąpiłam do pana marszałka z prośbą, żeby jednak na najbliższym, jutrzejszym posiedzeniu jeszcze mówić na temat ratownictwa medycznego. Wydaje mi się, że wszyscy mamy niedosyt po ostatniej dyskusji. Chciałabym, żeby pan minister Pinkas przedstawił założenia do ustawy i powiedział, co będzie można wykonać z planowanego działania w ramach tej ustawy w roku 2006. Chodzi mi o to, żebyśmy mogli jeszcze przemyśleć ewentualną korektę.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dostałem informację od pana marszałka, że był to wniosek o debatę, więc chciałbym powiedzieć, że nie mamy żadnego materiału, który pozwalałby na nadanie takiej rangi. Debata jest jednak wtedy, kiedy mamy już cokolwiek gotowego, dlatego będzie to prawdopodobnie informacja. Jeśli miałyby być to debata, to mimo wszystko Komisja Zdrowia powinna w jakiś sposób zaangażować się w jej przygotowanie. Myślę, że informacja na pewno jest nam potrzebna, ona bardzo nam się przyda.

Czy są jeszcze jakieś inne sprawy?

Bardzo proszę, pan senator Ślusarz.

Senator Rafał Ślusarz:

Panie Przewodniczący, ja wrócę do sprawy tej Koalicji „Teraz Zdrowie”. Tam są różne podmioty, które się zjednoczyły, żeby głośno mówić o tym problemie. Nie wiem, czy może w formie jakiegoś statusu obserwatora z naszej komisji, ale może pan przewodniczy by dołączył do tej koalicji. Oni mają ważne argumenty, a poza tym myślę, że na tych konferencjach potrzebna jest obecność parlamentarzystów. Oni będą objeżdżać państwa ośrodki – zaczęło się w Warszawie, ale są planowane kolejne spotkania we wszystkich miastach. Myślę, że parlamentarzyści lokalni będą na to zapraszani, ale myślę, że niewystarczający byłby po prostu udział jako zaproszonego gościa, więc może warto by było, żeby ktoś z nas był tam także jako taki, jak mówiłem, obserwator.

(Senator Janina Fetlińska: Kto to organizuje?)

Podmiotów jest kilka, ale myślę, że prowadzi to Konstanty Radziwiłł, szef Naczelnej Rady Lekarskiej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Rozmawiałem z panem przewodniczącym Radziwiłłem na ten temat i chętnie się bym w to zaangażował, bo też uważam, że niezależnie od tych innych działań tu cukru trzeba dosypać.

Bardzo proszę.

Senator Jadwiga Rudnicka:

Chciałabym, Panie Przewodniczący, poprosić o zaplanowanie w tym roku sesji wyjazdowej do Centrum Onkologii w Gliwicach, które jest w tej chwili najnowocześniejszym centrum w Polsce. Wydaje mi się, że nasza komisja byłaby zadowolona z obejrzenia i przyjrzenia się pracy tego centrum. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Rozumiem, że jest to jedna z propozycji pracy. Musimy wrócić do planu pracy komisji, bo te zawirowania polityczne spowodowały, że patrzyliśmy raczej na to, co się z nami zdarzy, prawda? Więc teraz, słuchajcie, wrócimy do tego na najbliższym posiedzeniu komisji, które będzie przed najbliższą sesją, a zgodnie z tym regulaminem musimy spotykać się trochę wcześniej, około tygodnia przed posiedzeniem. Spokojnie wtedy omówimy ustawy, które już wpłyną do nas, i omówimy plan pracy – zdecydujemy, dokąd pojedziemy, które posiedzenia zrobimy wyjazdowe, itp. Tak że dziękuję bardzo za propozycję.

Pani senator Gelert, bardzo proszę.

Senator Elżbieta Gelert:

Ja mam taką sprawę i do pana przewodniczącego, i do państwa. Wydaje mi się, że nawet to dzisiejsze nasze posiedzenie jest takie bardzo chaotyczne. Mówimy o wszystkim, wszyscy mówią o wszystkim. Był z nami pan minister zdrowia, może to właśnie spowodowało, że właściwie temat wiodący to restrukturyzacja. Owszem, na stronie internetowej, tak jak pan powiedział, jest nowelizacja tej ustawy, ale ja jej nie znalazłam, dlatego się zapytałam. Mogłaby nam pani przygotować to, bo ja odczuwam, że my się wygadujemy i nic nadto. Każdy swoje bolączki wypowie i to w ogóle dotyczące swojego województwa, a najlepiej to swojego szpitala. A to dzisiejsze spotkanie czym się skończyło? Nawet żadnym podsumowaniem. Myślę, że dobrze by było mieć taką nowelizację, zobaczyć tak naprawdę, czego ona dotyczy. Jeżeli dyskutujemy na temat tej ustawy, to dyskutujmy też na temat tej nowelizacji. Zobaczmy, czy my możemy też wyrazić jakieś zdanie na ten temat i mieć na to wpływ, nawet jeżeli nasze zdania się różnią.

Teraz ja słyszę, że pani Fetlińska proponuje zająć się ustawą o ratownictwie na forum Senatu. Ale tu jest Komisja Zdrowia, czyli my nie... Poprzednio, jeżeli pamiętacie państwo, na posiedzeniu Komisji Zdrowia nie chcieliście państwo w ogóle na ten temat dyskutować. To było tak, że ja proponowałam przed głosowaniem, żebyśmy w ogóle podyskutowali na ten temat. Ale była odpowiedź: nie, no bo przecież nie. A w tej chwili nie poruszamy tej sprawy, tylko ja się dowiaduję, że jutro to może w Senacie mamy jakąś debatę, oświadczenie czy coś takiego. To może by pani nam zdradziła, o czym w ogóle ma być mowa. Czego mamy się dowiedzieć, co jeszcze zrobić, czyja to jest inicjatywa? Wydaje mi się, że przewodniczący powinien w pierwszej kolejności o tym wiedzieć.

Ja odczuwam taki niedosyt, jeśli chodzi o pracę w komisji. To się rozmywa, komisja się rozjeżdża, tak naprawdę wszyscy sobie pogadamy, każdy powie, co według niego trzeba zrobić w jego województwie, bo jeden ma dobrze, a drugi ma źle, ale tak globalnie to nie widzę jakiejś pracy twórczej.

Senator Janina Fetlińska:

Może i słuszna samokrytyka nas wszystkich. Ja też chyba rzeczywiście... Po prostu po debacie, która się odbyła nad wnioskiem koleżanki...

(Głos za sali: Po debacie budżetowej.)

Budżetowej, tak. Po dyskusji nad wnioskiem koleżanki o 300 milionów zł dla ratownictwa medycznego i naszym wnioskiem o 70 milionów zł stwierdziłam, że właściwie każdy z tych wniosków jest bardzo luźny i nie bardzo związany z konkretnym zapotrzebowaniem, tak naprawdę. Ta ustawa o ratownictwie medycznym się tworzy i pan premier Marcinkiewicz w wypowiedzi publicznej stwierdził, że prace nad nią będą przyśpieszone, de facto już były na ten temat obrady na posiedzeniu Rady Ministrów. Chciałabym, żeby taka informacja ze strony pana ministra Pinkasa była nam przedstawiona, bo uważam po prostu, że jest to nam potrzebne. Gdyby pan minister, przedstawiając założenia ustawy, jeszcze nie sam projekt, który uchwalił Sejm, ale założenia, bo ten temat jest dla nas wszystkich bardzo frapujący, gdyby nam jeszcze przedstawił również plan działań, jaki jest możliwy do zrealizowania w tym roku, gdyby powiedział, co jest priorytetem, moglibyśmy się zastanowić nad tym, jakie ewentualne korekty należałoby wprowadzić do tej ustawy budżetowej, kiedy przyjdzie do uchwalenia ustawy o ratownictwie medycznym. Byłoby to więc jak gdyby przygotowanie na forum całego Senatu do tego przyszłego ustosunkowania się. Uważam, że to jest jakiś sposób, żeby tego tematu tak zupełnie nie odsuwać.

(Senator Elżbieta Gelert: Sposób tak, tylko że to nie przeszło najpierw przez komisję i coś mi tutaj nie gra...)

No rzeczywiście, jestem początkującym senatorem, dlatego muszę powiedzieć, że...

(Senator Elżbieta Gelert: Ja też jestem początkująca, ale jakieś zasady chyba dotyczące obiegu informacji powinny być, to powinno iść taką drogą...)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Myślę, że żyjemy w jakimś takim stanowczo za ostrym konflikcie politycznym i napięcia, które tutaj są generowane, trochę przebijają się niestety do pracy komisji. I tak traktuję ten wniosek, złożony poza mną, o debatę. Uważam, że jeśli chodzi o debatę, to naprawdę, słuchajcie, trochę sami podkopujemy autorytet naszego zgromadzenia, skoro bez materiałów proponujemy debatę. Bo debata jednak to jest jakiś nasz wkład merytoryczny w dane zagadnienie, więc mam nadzieję, że w projekcie tego posiedzenia będzie informacja, a nie debata, bo naprawdę byłaby to dla nas klapa totalna.

Zachęcam do tego, żeby w tej komisji dominował ten ton merytoryczny. Nie martwię się tak bardzo jak pani senator Gelert, że trochę, że tak powiem, rozjechane były te głosy, bo myślę, że jesteśmy jeszcze w fazie poznawania naszego potencjału i dla mnie na przykład wypowiedzi państwa, każdego z państwa, są ważne. Tworzymy pewnego rodzaju pulę wiadomości, pulę wiedzy o systemie z różnych perspektyw – dyrektor szpitala, ludzie bardziej siedzący w promocji i profilaktyce, pani profesor, która ma swoje przemyślenia. W sumie dopiero tworzymy się jako komisja.

Za bardzo konstruktywny uważam wniosek, żeby te posiedzenia komisji na dany temat były konkludowane, to znaczy, żebyśmy zawsze próbowali znaleźć jakieś wnioski. Myślę, że na następnym posiedzeniu spróbujemy to zrobić. Może wcześniej zaplanujemy temat, tak żebyśmy wnioski mogli w jakiś sposób zapisać... No i to może

tyle. Takie są moje wnioski z tej dyskusji. Nie martwiłbym się zatem tym, że jeszcze trochę wdziera się nam takich tematów z obrzeża, bo widać, że mamy ogromną potrzebę mówienia, pytania, zwłaszcza że byli tu ludzie z resortu pracujący nad tymi ustawami, a taka obecność zawsze korci do tego, żeby ich przepytąć. To tyle.

Czy są jeszcze jakieś wnioski?

Jeśli nie, to chciałbym podziękować za udział...

(Głos z sali: A termin?)

Termin następnego posiedzenia, już o tym myśleliśmy: 9 marca, godzina...

(Głos z sali: Chyba dwunasta?)

Dwunasta może być? 9 marca, godzina 12.00, będziemy mieli sporo czasu.

Chciałbym jeszcze raz wszystkim państwu bardzo podziękować za udział.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 42)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851