



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Zapis stenograficzny**  
**(506)**

30. posiedzenie  
Komisji Zdrowia  
w dniu 12 grudnia 2006 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii (druk nr 300).
2. Informacja Ministerstwa Zdrowia na temat zasad tworzenia sieci szpitali.
3. Informacja Ministerstwa Zdrowia na temat stanu realizacji ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

*(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 00)*

*(Posiedzeniu przewodniczą przewodniczący Władysław Sidorowicz oraz zastępca przewodniczącego Stanisław Karczewski)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę o zajmowanie miejsc. Widzę, że jest wystarczająca liczba senatorów, abyśmy mieli kworum.

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam panią i panów senatorów, witam pana ministra, witam pana prezesa, witam przedstawicieli ministerstwa, dyrektorów, przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, witam naszych ukochanych legislatorów oraz wszystkich zaproszonych gości.

W programie dzisiejszego posiedzenia Komisji Zdrowia w punkcie pierwszym mamy zaplanowane rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, w punkcie drugim – informację ministra zdrowia o zasadach tworzenia sieci szpitali, w punkcie trzecim – informację ministra zdrowia o aktualnym stanie realizacji ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz w punkcie czwartym – sprawy bieżące.

Od pana ministra Grabowskiego dowiedziałem się, że pan minister Religa chciałby nam przedstawić ustawę o sieci szpitali. Wobec tego gdyby się jeszcze nie pojawił, ponieważ jest na razie zajęty, to zmienilibyśmy kolejność punktów w porządku obrad, tak aby rozwiązać problem, omówilibyśmy ewentualnie punkt trzeci, czyli zmienilibyśmy trochę porządek w trakcie obrad.

Pytam teraz panią i panów senatorów, czy macie państwo uwagi do tak skonstruowanego porządku posiedzenia komisji. Nie ma uwag.

Zatem przystępujemy do omawiania punktu pierwszego.

Bardzo proszę przedstawiciela ministra czy Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii... Kto z państwa będzie to referował?

Pan minister, bardzo proszę.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Marek Grabowski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Przedstawiam projekt ustawy o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, który został opracowany w celu dokonania niezbędnych korekt i uzupełnień ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z uwagi na propozycje zgłoszone przez ministra spraw wewnętrznych i administracji oraz ministra zdrowia.

---

Otóż zmiana pierwsza art. 1 pkt 1 projektu dotyczyć będzie zmiany ustawowej, wprowadzenia definicji konopi włóknistych. Związana jest ona z pojawieniem się w handlu, w nielegalnym obrocie środkami odurzającymi konopi modyfikowanych genetycznie, zawierających nieznaczną ilość substancji czynnej pod nazwą delta-9-tetrahydrocannabinol, która działa odurzająco i uzależniająco, a przy jednoczesnej znacznej ilości tego kwasu podczas spalania ulega rozkładowi i powoduje zagrożenie utraty zdrowia i uzależnienie u palącego. Dotychczas, w świetle obowiązującej definicji ustawowej substancja ta nie była środkiem odurzającym. W związku z tym rząd proponuje uzupełnienie definicji konopi włóknistych, co spowoduje objęcie tego ziela konopi genetycznie modyfikowanych kontrolą ustawową.

Zmiana druga, a w zasadzie zmiany druga i czwarta, chodzi o art. 1 pkt 2 i 4, dotyczą wprowadzenia do ustawy rozwiązań umożliwiających dofinansowywanie uczestnikom kosztów szkoleń w dziedzinie uzależnień ze środków budżetu państwa, konkretnie ze środków Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii. Ta zmiana przyczyni się do zwiększenia liczby profesjonalnie wykształconej kadry terapeutycznej, zajmującej się leczeniem i rehabilitacją osób uzależnionych od środków odurzających i substancji psychotropowych. Wynika to chociażby z tego, iż minister zdrowia ma obowiązek zapewnienia przygotowania niezbędnej liczby osób do realizacji zadań z zakresu przeciwdziałania narkomanii, w tym przede wszystkim osób prowadzących leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych.

Zmiana trzecia jest zmianą redakcyjną, korygującą. Zależy nam głównie na tym, aby władze gminy, powierzając te zadania swojemu pełnomocnikowi powoływanemu do spraw przeciwdziałania narkomanii, uznawały tę działalność za zadanie własne gminy i aby nie ograniczać jednocześnie tych działań gminy jedynie do pomocy społecznej osobom uzależnionym oraz rodzinom osób dotkniętych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Zmiana ta przyczyni się do skuteczniejszej realizacji przez gminy zadań własnych.

Zmiana piąta jest to zmiana art. 1 pkt 5. Polega ona na wyłączeniu żywicy konopi jako osobnej substancji odurzającej, co spowoduje jednoznaczną kwalifikację tej substancji, potocznie zwanej haszyszem, jako środka odurzającego, uwzględniając stan faktyczny, iż haszysz produkuje się z konopi innych aniżeli konopie włókniste. Oczywiście należy podkreślić, że propozycja ta nie będzie miała wpływu na sytuacje podmiotów legalnie uprawiających konopie włókniste.

Na etapie prac rządowych poddaliśmy projekt szerokim konsultacjom społecznym, brali w nich udział między innymi przedstawiciele Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Helsińskiej Fundacji Praw Człowieka, Fundacji imienia Stefana Batorego, Stowarzyszenia Monar, towarzystwa "Powrót z U", Polskiego Towarzystwa Zapobiegania Narkomanii, rolniczych związków zawodowych, uzyskaliśmy także pozytywną opinię Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Ponadto ten projekt ustawy, zresztą tak jak i inne, zamieszczony był na stronach internetowych Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. Projekt został uznany przez Urząd Komitetu Integracji Europejskiej za zgodny z prawem Unii Europejskiej. Na zakończenie powiem, iż w opinii rządu zaproponowane zmiany przyczynią się do zwiększenia efektywności działań służących przeciwdziałaniu narkomanii w Polsce. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa senatorów chciałby zadać pytanie referentowi? Nie widzę zgłoszeń.

Czy przedstawiciel Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii chciałby cokolwiek dodać?

*(Dyrektor Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii Piotr Jabłoński: Dziękujemy.)*

Państwo byliście autorami tej...

*(Dyrektor Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii Piotr Jabłoński: Między innymi my byliśmy autorami, ale niejako siłą sprawczą było Centralne Laboratorium Kryminalistyczne, które pierwsze przekazało nam sygnały o pojawieniu się konopi modyfikowanych genetycznie.)*

Czy ktoś z gości chciałby zadać jakieś pytania? Nie widzę chętnych.

Czy ktoś zgłasza się do dyskusji? Też nie. Nie widzę, by ta ustawa budziła jakiegokolwiek wątpliwości.

A nasi legislatorzy?

*(Głos z sali: Dziękuję bardzo.)*

Nie mają uwag. Dobrze.

Fakt, że pojawiają się nowe środki, świadczy oczywiście o ciągłej grze pomiędzy rynkiem oferującym coraz to nowe substancje i całym naszym sposobem reagowania. Cieszę się, że pojawiła się ta ustawa.

Proponuję, proszę państwa, by senatorowie ją przyjęli. Jest wniosek o przyjęcie tej ustawy bez poprawek.

Czy są inne wnioski w tej sprawie? Nie ma innych propozycji.

Mój wniosek jest taki, aby przyjąć tę ustawę bez poprawek.

Głosujemy.

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem uchwały mówiącej o przyjęciu tej ustawy bez poprawek? (7)

Dziękuję. Uchwała została przyjęta jednogłośnie.

Musimy jeszcze wyznaczyć referenta.

Pan senator Karczewski miał propozycję, tak? Bardzo proszę o jej zgłoszenie.

*(Senator Stanisław Karczewski: Senator Józef Łyczak.)*

Czy pan senator Józef Łyczak chciałby być referentem?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Bardzo dziękuję.

Wobec tego przyjmujemy. Głosujemy.

Kto z państwa senatorów jest za tym, żeby referentem posiedzenia komisji był pan senator Łyczak? (6)

Dziękuję bardzo.

Dobrze, zatem punkt pierwszy mamy za sobą.

Proszę państwa, zgodnie z tym, co zapowiadałem, przystępujemy do pracy nad punktem trzecim, a jest to informacja ministra zdrowia o aktualnym stanie realizacji ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Bardzo dziękuję przedstawicielom Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii i pani legislator pilotującej u nas tę sprawę. Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, kto to będzie referował ze strony ministerstwa? Pan minister.  
Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia**  
**Marek Grabowski:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Jest to już w zasadzie trzecie sprawozdanie z przebiegu restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Obecna informacja nie obejmuje jednak danych dotyczących procesu restrukturyzacji i zadłużenia zakładów w oparciu o dodatkowe wnioski uzyskane po nowelizacji ustawy, bowiem zgodnie z art. 35b ust. 1 tej ustawy termin składania wniosków o zwiększenie pożyczki, to znaczy o czwartą transzę, upłynął z dniem 1 września 2006 r. Obecnie w Ministerstwie Zdrowia trwają końcowe prace nad przygotowaniem informacji w zakresie procesu restrukturyzacji po nowelizacji ustawy, tak że będzie to jeszcze raz omawiane.

Ja przedstawię to państwu w ten sposób. Przypomnę, iż do końca III kwartału wydano pięćset sześćdziesiąt pięć postanowień o wszczęciu postępowania restrukturyzacyjnego, do 30 września wydano pięćset dwadzieścia dziewięć decyzji o warunkach restrukturyzacji, zawieszono szesnaście postępowań restrukturyzacyjnych, w tym jednaście na mocy ustawy w związku ze złożeniem wniosku do sądu o uchylenie ugody restrukturyzacyjnej oraz pięć na wniosek zakładu. W ogóle zobowiązania zadłużonych zakładów obejmowały zobowiązania publicznoprawne i cywilnoprawne, w tym oczywiście roszczenia pracownicze z tytułu ustawy 203. Dodatkowo do 30 września 2006 r. wydano osiemdziesiąt trzy decyzje o zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego.

Wysokość zobowiązań zakładów opieki zdrowotnej objętych procesem restrukturyzacji finansowej wyniosła ogółem 4 miliardy 100 milionów zł, z czego czterysta czterdzieści siedem zakładów opieki zdrowotnej zawarło ugody cywilnoprawne obejmujące zobowiązania na sumę 2 miliardów zł, trzysta pięćdziesiąt zakładów wykazało zobowiązania publicznoprawne na kwotę 1 miliarda 300 milionów zł, podlegające umorzeniu lub spłacie, w tym z pożyczki Skarbu Państwa, czterysta trzydzieści dwa zakłady posiadały zobowiązania wynikające z indywidualnych roszczeń pracowników na podstawie art. 4a ustawy z 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw na kwotę 764 milionów zł, podlegające spłacie z pożyczki Skarbu Państwa.

Zakłady korzystają również z innych źródeł finansowania zobowiązań. Pięćset czterdzieści dziewięć zakładów korzysta z pożyczki Skarbu Państwa na kwotę 1 miliarda 600 milionów zł, sto siedemdziesiąt trzy zakłady korzystają z kredytów bankowych na kwotę 1 miliarda 100 milionów zł, wobec czterystu dziewięciu zakładów zostaną umorzone zobowiązania publicznoprawne na kwotę 622 milionów zł, dwieście pięćdziesiąt dziewięć zakładów zawarło ugody restrukturyzacyjną, polegającą między innymi na umorzeniu zobowiązań cywilnoprawnych na kwotę 195 milionów zł, w przypadku sześćdziesięciu czterech zakładów opieki zdrowotnej zobowiązania cywilnoprawne przejmują organy założycielskie na kwotę 153 milionów zł, cztery zakłady ubiegają się o organizację emisji obligacji na kwotę 66 milionów zł, czterdzieści dziewięć zakładów otrzymało dotacje od jednostek samorządu terytorialnego na kwotę

162 milionów zł, a sześćdziesiąt osiem zakładów korzysta z innych źródeł dofinansowania na kwotę 112 milionów zł.

Podsumowując, należy powiedzieć, iż zadłużenie wymagalne zakładów, tu przypomnę, na koniec 2004 r. wynosiło 5 miliardów 877 milionów zł, a na koniec września 2006 r. wyniosło 4 miliardy 115 milionów zł, zatem w ciągu tego okresu zadłużenie zmniejszyło się o 2 miliardy 120 milionów zł to jest o 34%, można powiedzieć, że o ponad 1/3. Wyhamowywanie tempa wzrostu zadłużenia obserwowano już w drugiej połowie 2004 r. Od połowy 2005 r. następował systematyczny spadek wartości zadłużenia aż do osiągnięcia stanu, który przed chwilą przedstawiłem.

Trzeba zaznaczyć, że roszczenia pracownicze wynikające z tak zwanej ustawy 203 zaspokojono w 94%, a można właściwie powiedzieć, że w 100%, ponieważ pozostałe 6% stanowią sprawy sądowe, sprawy przekazane do sądu i po wyroku zostanie to wypłacone, zakłady mają na to pieniądze, bądź są to przypadki osób, które wyjechały. Dodam też, że dotacja przyznana zakładom opieki zdrowotnej na poprawę infrastruktury zakładów i podniesienie poziomu jakości świadczeń wykorzystana została w 96%.

Teraz rozwiązania dotyczące stanu aktualnego. Otóż, jak wynika z informacji uzyskanych z Banku Gospodarstwa Krajowego, z kwoty przeznaczonej na pożyczki i zwiększenia pożyczek z budżetu państwa, przewidziane na mocy tej ustawy z 15 kwietnia 2005 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji, nie zostanie wykorzystanych ponad 400 milionów zł. W związku z tym ministerstwo przygotowuje, w zasadzie już kończy, projekt kolejnej nowelizacji ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zozów. Przewiduje on możliwość uzyskania przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej uczestniczące w procesie restrukturyzacji kolejnego zwiększenia pożyczki z budżetu państwa.

Wprowadza się następujące rozwiązania. Po pierwsze, zwiększenie kwoty pożyczki dla samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który już uzyskał tak zwaną czwartą transzę pożyczki. Kwota kolejnego zwiększenia pożyczki stanowiłaby różnicę między maksymalną kwotą, którą zakład mógł uzyskać w wyniku zwiększenia pożyczki, a kwotą, którą zakład w wyniku zwiększenia faktycznie uzyskał. Po drugie, zwiększenie kwoty pożyczki dla samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który uzyskał pożyczkę i nie składał wniosku o zwiększenie kwoty pożyczki o tak zwaną czwartą transzę, ponieważ nie posiadał niespłaconych zobowiązań, na które mógłby przeznaczyć środki z danej pożyczki. Po trzecie, zwiększenie kwoty pożyczki dla samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który uzyskał pożyczkę i nie mógł uzyskać zwiększenia pożyczki, tak zwanej czwartej transzy, ponieważ zobowiązania z tytułu tak zwanej ustawy 203 spłacił całkowicie lub częściowo przed wszczęciem postępowania restrukturyzacyjnego. Po czwarte, uzyskanie pożyczki przez niezadłużone zakłady, które skorzystały z dotacji przyznanej na podstawie ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji zozów w wysokości stanowiącej różnicę między wnioskowaną kwotą a faktycznie uzyskaną dotacją.

W związku z pracami prowadzonymi nad tą nowelizacją, której celem jest pełne wykorzystanie środków przeznaczonych decyzją Sejmu RP na postępowanie restrukturyzacyjne, Ministerstwo Zdrowia przesłało wojewodom ankietę dotyczącą oszacowania kosztów proponowanych zmian. Wyniki ankiety będą znane do końca bieżącego roku. Z szacunkowych danych wynika, że na pożyczki dla zakładów opieki zdrowotnej re-

strukturyzujących zadłużenie przeznaczyć należy około 140 milionów zł, zaś pozostałą kwotę najprawdopodobniej będzie można przeznaczyć na pożyczki dla niezadłużonych zakładów opieki zdrowotnej.

Szanowni Państwo, to jest w zasadzie bieżąca informacja dotycząca realizacji tejże ustawy. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo dziękuję panu ministrowi.

Wprowadzie nie ma pani senator Gelert, która...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak, ona była inicjatorką zajęcia się przez komisję sprawą przebiegu procesu restrukturyzacji.

Podstawowa sprawa to syntetyczna ocena sytuacji tych zakładów opieki zdrowotnej. W ciągu dwóch lat zadłużenie spadło mniej więcej o 1 miliard 700 milionów zł. W tym samym czasie placówkom zostały przekazane środki w formie pożyczek, umorzeń w wysokości ponad 2 miliardów zł. Pojawia się pytanie do państwa monitorujących ten proces, czy rzeczywiście sytuacja zakładów opieki zdrowotnej poprawia się, czy też nie i jest to okres, w którym buforowanie procesu zadłużenia przez wsparcie środkami przewidzianymi w ustawie o pomocy publicznej powoduje niejako łagodzenie procesu, który jednak w dalszym ciągu nie jest konstruktywny. Jaka jest państwa opinia w tej sprawie? Bardzo proszę o odpowiedź. To jest moje pytanie do referenta albo do...

*(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Grabowski: Jeśli pan przewodniczący pozwoli, to odpowie pan dyrektor Warczyński.)*

Bardzo proszę, pan dyrektor Warczyński.

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

Dziękuję.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Na początku chciałbym powiedzieć, że do systemu nie wpłynęła jeszcze pełna suma, którą podał pan przewodniczący, efektywnie jeszcze nie wpłynęła. Szacujemy, że w tej chwili około 1 miliarda 700 milionów zł zostało niejako zaabsorbowane przez zakłady opieki zdrowotnej. Te pożyczki jeszcze nie w całości zostały pobrane z Banku Gospodarstwa Krajowego, jest z nami przedstawiciel, więc ewentualnie może to skorygować. Trzeba też jeszcze zaznaczyć, że nie doszliśmy do momentu, kiedy pożyczki są umarzane, co będzie kolejnym istotnym elementem wpływającym na stan systemu.

Patrząc teraz, oceniając z perspektywy już dość długiego czasu efekty funkcjonowania tej ustawy, należy je ocenić jednak pozytywnie, wydaje się, że jednoznacznie pozytywnie, ponieważ większość zakładów opieki zdrowotnej, które skorzystały z ustawy, odzyskała stabilność finansową i ta ustawa pozwoliła im na normalne funkcjonowanie w systemie. Szacujemy, że dzięki tej ustawie w przypadku nawet do 80% zakładów, które ona objęła, ich sytuacja znormalizuje się. Oczywiście, istnieje pewna liczba zakładów opieki zdrowotnej, szacujemy, że jest to około



pięćdziesięciu, być może sześćdziesięciu zakładów, to zależy od tego, z jakiego punktu widzenia będziemy oceniali te zakłady, które nie osiągnęły takiego efektu i go nie osiągną, ponieważ już wcześniej z założenia ich stan finansowy, stan zobowiązań nie umożliwiał osiągnięcia pozytywnego efektu. W tej sytuacji ta ustawa nie rozwiąże ich problemu, mimo że w pewnym stopniu oczywiście pomogła ona zmniejszyć skalę zadłużenia.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Czy to dotyczy szpitali wojewódzkich, gorzowskiego, legnickiego, tych, które są zadłużone na ponad 100...

*(Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński: Tak, przede wszystkim.)*

...100 milionów zł i więcej oraz akademii medycznych, które...

*(Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński: Tak, części szpitali akademii medycznych.)*

Zatem można powiedzieć, że w tej grupie około pięćdziesięciu zakładów są zakłady, które skądinąd muszą mieć zapewnioną jakąś ścieżkę naprawczą, bo z racji ich roli w systemie nie da się ich zamknąć, prawda? Powstaje pytanie, czy macie państwo jakiś scenariusz dla tej grupy zakładów.

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

Panie Przewodniczący, taki scenariusz próbujemy opracować wspólnie z Ministerstwem Finansów, ponieważ jedynie systemowe rozwiązanie tego problemu da ostateczny pozytywny efekt. Skala tego jest taka. Na przykład wśród czterdziestu kilku szpitali klinicznych właściwie tylko cztery czy pięć nie znajdzie rozwiązania za pomocą własnych środków czy też własnych rozwiązań, oczywiście przy wykorzystaniu różnych ustaw czy organów tworzących. O podobnej skali możemy mówić w przypadku szpitali samorządowych.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Witamy pana ministra, zapraszamy. Jest już przygotowane miejsce przy stole, prosimy bardzo.

Kończymy teraz omawianie punktu trzeciego porządku, zastanawiamy się nad tymi szpitalami i nad tymi klinikami, których ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji nie wyprowadziła na spokojne wody. Dotyczy to tych dużych zakładów, szpitali wojewódzkich i klinik. Cieszymy się, że ta sytuacja jest w jakiś sposób monitorowana, bo...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tam też jeszcze jest, widzę. Za chwileczkę. Komentuję, ponieważ przyszedł pan minister i chciałbym, żeby był w kursie obrad komisji, zorientował się, o czym do tej pory usłyszeliśmy.

Pan dyrektor jeszcze kończy swoje uwagi, tak?

Proszę bardzo.

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

Właściwie to chciałbym podsumować i powiedzieć, że bez jakiegoś systemowego rozwiązania to nie...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Rozwiązania ekstra dla tej grupy szpitali?)*

Tak, tak. Oczywiście z bardzo dużym nadzorem szczegółowym w przypadku prowadzenia restrukturyzacji tych zakładów opieki zdrowotnej.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dobrze. Dziękuję.

Czy w ramach tego punktu są pytania senatorów do referentów? Może goście mają pytania?

Jeśli są pytania, to bardzo proszę. Widzę, że pan prezes się zgłasza.

Bardzo proszę. I proszę podejść do mikrofonu.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej  
Andrzej Włodarczyk:**

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Panie Ministrze!

Ja nie mogę się powstrzymać od kilku słów komentarza po wystąpieniu pana dyrektora Warczyńskiego. Tak się składa, że przez cztery lata byłem członkiem rady społecznej największego szpitala klinicznego w Polsce, szpitala nr 1 w Warszawie przy ulicy Banacha, i chciałbym powiedzieć, że najlepszym rozwiązaniem problemów szpitali klinicznych jest prawidłowe wycenienie procedur medycznych. Są to szpitale, które nie mają już dokąd odesłać chorego, do tych szpitali trafiają najtrudniejsze przypadki, powikłania. Niestety, procedury wycenione według takiej punktacji, tak określone koszty powodują, że szpitale o niższym poziomie referencyjności być może są jeszcze w stanie przeżyć, ale szpitale kliniczne po prostu do tego dokładają, dopłacają do chorych, których muszą i powinny leczyć.

Drugi mechanizm, o którym zresztą pan minister kiedyś mówił i zgadzał się, że powinno to zostać zmienione, jest następujący. Są to szpitale, które spełniają określoną misję, misję szkolenia studentów i lekarzy, i trafiają do tych szpitali również przypadki, co z ekonomicznego punktu widzenia nie jest uzasadnione, które teoretycznie powinny być leczone w szpitalach o niższym poziomie referencyjności. Są one leczone w tych szpitalach, bo student czy lekarz musi takie przypadki zobaczyć, wiedzieć, jak się je leczy, jak one wyglądają. Za to szkolenie ktoś powinien tym szpitalom dopłacać, ponieważ przyjmowani są tacy pacjenci i są oni leczeni przez, tak to nazwę, najdroższy personel i przy użyciu najdroższej aparatury. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję.

Pan minister, bardzo proszę.

**Minister Zdrowia Zbigniew Religa:**

Dziękuję.

Nawiążę do wypowiedzi pana prezesa. Panie Prezesie, nie ma różnic między naszymi opiniami, ja się zgadzam ze wszystkim, co pan powiedział. Jeśli chodzi o rozwiązanie pierwszego, niezwykle ważnego problemu, jakim jest prawidłowa wycena wszystkich świadczeń medycznych, czyli ustalenie takich kontraktów, jakie naprawdę powinny być, kontraktów, które odzwierciedlają rzeczywistą wycenę usługi medycznej, to niestety muszę to powiedzieć, mimo mojej ogromnej sympatii do siedzącego tu przedstawiciela NFZ, że wszyscy jesteśmy niezadowoleni z tej wyceny, w wielu, wielu przypadkach ona chyba nie jest właściwa, co nie znaczy, że we wszystkich, oczywiście, że nie, gdybym tak powiedział, to byłoby to nadużycie i nieprawda.

Panie Prezesie, nawiązuję do pana wypowiedzi, ale zwracam się oczywiście do wszystkich, przede wszystkim do państwa senatorów. Ja osobiście wiązę ogromne nadzieje z jedną ustawą. Zgodnie z planem zakreślonym w czasie mojego wystąpienia w Sejmie, a wszystko wskazuje na to, że słowo zostanie dotrzymane, w czerwcu 2007 r. przedstawimy koszyk świadczeń gwarantowanych, który jednocześnie pokaże rzeczywistą, realną wycenę procedur, tak jak to jest. Będzie to ustawa, która zobowiąże Narodowy Fundusz Zdrowia do dokonania takiej, a nie innej wyceny procedur medycznych. Wydaje mi się, że w tym momencie ten problem zostanie rozwiązany.

Druga sprawa. Oczywiście jest, że wyrostek operowany w Radomsku i wyrostek operowany w szpitalu na Banacha, choć jest to ta sama procedura, kosztuje zupełnie inaczej. To nie jest nic nowego, cały świat o tym wie. W krajach, w których dominują prywatne ubezpieczenia, prywatne pieniądze, na przykład w Stanach Zjednoczonych, nikogo nie dziwi różnica wyceny, oczywiście jest, że w szpitalu akademickim ta sama procedura kosztuje więcej. Nasze propozycje rozwiązania tego problemu znajdują państwo w ustawie o sieci szpitali, w której przywracamy referencyjność i w której jednak w zależności od jakości danego miejsca te kontrakty będą zróżnicowane, finansowanie będzie zróżnicowane.

Bez tych dwóch spraw, czyli bez wprowadzenia sieci i bez stworzenia – nie, muszę o tym powiedzieć we właściwej kolejności – bez stworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych, a następnie bez stworzenia sieci szpitali, pretensje, które przedstawił pan prezes, zawsze będą aktualne.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo dziękuję.

Pani senator Rudnicka.

**Senator Jadwiga Rudnicka:**

Panie Ministrze! Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Jest jeszcze jeden powód tak dużego zadłużenia szpitali oprócz procedur, o czym moi szanowni przedmówcy już powiedzieli. Mając wieloletnie doświadczenie w inwestycjach medycznych, oprócz tego byłam również w radzie społecznej bardzo dużego szpitala, szpitala świętej Barbary Katowice – Sosnowiec, także w sejmiku przez cztery lata, w sprawach miejskich, wiem, że duże zadłużenie tych szpitali wynika

również ze względów inwestycyjnych. To są stare budynki, to już pomniki, a jeżeli późniejsze, to jakiś wczesny Gierek, i to wymaga ogromnych pieniędzy. Na to nikt nie daje. W procedurach coś się oszczędza, ale w rezultacie samorządy... Jeżeli prezydent jest łaskawy dla służby zdrowia, gdy ma takie ambicje, to się stara, a gdy uważa, że wydanie pieniędzy na służbę zdrowia jest ich marnowaniem, bo nie przynosi korzyści, to nie, bo też osobiście znam takie przypadki. W związku z tym szpitale muszą i będą musiały się zadłużać. Jeżeli nie będzie pieniędzy na aparaturę, na remonty, na rozbudowę, na spełnianie wymogów idącej do przodu medycyny, na spełnianie wymogów sanitarnych, wymogów europejskich, jeżeli nie będzie jakiegoś systemowego połączenia, umów pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a samorządami czy województwami – mówimy tu chyba właśnie o dużych szpitalach, przeważnie są to szpitale wojewódzkie, czasem powiatowe – jeżeli te sprawy nie zostaną uzgodnione, a uzależnione będą wyłącznie od dobrej woli gospodarza danego terenu, to długi są nieuniknione. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję.

Pan minister, bardzo proszę.

**Minister Zdrowia Zbigniew Religa:**

Ja przepraszam, bo może nie powinienem zajmować stanowiska wobec każdej wypowiedzi, nie jest to chyba potrzebne.

Pani Senator, jakieś dwa, trzy miesiące temu zaprosiłem do Ministerstwa Zdrowia bardzo dużą grupę, dużą grupę dyrektorów szpitali, dyrektorów tych szpitali, którzy odnieśli sukces, którzy się nie zadłużają, a wręcz przeciwnie, inwestują w szpital, wprowadzają nowe technologie. Gdy zobaczyłem salę operacyjną, jaka jest w szpitalu powiatowym niewielkiego powiatu, w Bochni koło Krakowa, to w pewnym momencie z zazdrością stwierdziłem, że ja nigdy w tak pięknej sali operacyjnej nie operowałem. To jest prawda, to jest sala operacyjna absolutnie spełniająca wymogi 2006 r., po prostu nikt na świecie nie jest w stanie mieć lepszej sali operacyjnej. Przybyło kilkudziesięciu dyrektorów różnych szpitali, powiatowych, głównie powiatowych, ale nie tylko, także wojewódzkich. Reprezentowali oni szpitale, które nie przynoszą strat, szpitale, które się nie zadłużają, szpitale, które mają zyski przy tych warunkach kontraktowania, gdy wiele kontraktów, jak wiemy, mam nadzieję, że prezes też się ze mną zgodzi, jest nienależycie doszacowanych. Pani Senator, chodzi o to, żebyśmy w tej dyskusji też nie zatracili prawdy, a prawda jest taka, że liczba szpitali, które się zadłużają, się zmniejsza. To nie jest ten kierunek, że zwiększa się liczba jednostek, które się zadłużają. Liczba dobrze funkcjonujących szpitali jest coraz większa. Ja bym powiedział, że obecnie, gdybyśmy mieli to przedstawić procentowo, to liczba szpitali niewydolnych finansowo jest mniejsza, zdecydowanie mniejsza niż szpitale, które sobie dają radę.

Pani Senator, pani zaproponowała, żeby minister miał większy udział w finansowaniu wszystkich szpitali w Polsce, w tym szpitali powiatowych, może niekoniecznie powiatowych, ale wojewódzkich, tam, gdzie właścicielem jest samorząd. W tej sytuacji zburzylibyśmy, musielibyśmy całkowicie zburzyć konstrukcję prawną, która teraz obowiązuje. Jest prawdą i nie można chyba mieć pretensji ani do systemu, ani do ministra zdrowia, ani do premiera, ani do kogokolwiek innego, że jeżeli dane władze

samorządowe nie są zainteresowane tym zagadnieniem, to nie będą pomagać. Ale przecież jest to obowiązek właściciela, obowiązek najczęściej władz samorządowych i nie możemy ich zwalniać od odpowiedzialności. W perspektywie najbliższych kilku lat samorząd otrzyma ogromne pieniądze, samorządom przekazywane są ogromne pieniądze z Unii Europejskiej. I jeśli są potrzebne inwestycje szpitalne, to przecież naprawdę to jest decyzja samorządu, czy skierować tam finansowanie, czy nie. Gdy zresztą popatrzymy na propozycje zagospodarowania tych pieniędzy w samorządach w różnych województwach, to zauważymy bardzo różne podejście do sprawy ochrony zdrowia. Są województwa, w których przeznaczają się a priori 2,5% pieniędzy, a są i takie, w których jest to 5%, 7% i 8%.

Mnie się wydaje, że naprawdę trzeba samorządom pozostawić swobodę, dysponowanie w zależności od tego, czego oni chcą, jak oceniają sytuację zdrowotną, jak oceniają sytuację szpitali. Niech decyduje o tym jednak właściciel. Ponowne włączanie do tego władzy centralnej, ministra, takie przeniesienie odpowiedzialności za finansowanie każdego szpitala w Polsce, po pierwsze, jest obecnie nie do przeprowadzenia, po drugie, zniszczyłoby to wszystkie przemiany strukturalne w opiece zdrowotnej, które do chwili obecnej miały miejsce.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ad vocem, jak widzę, pani senator.  
Bardzo proszę.

**Senator Jadwiga Rudnicka:**

Panie Ministrze, troszeczkę źle mnie pan zrozumiał. Mnie nie chodziło o dofinansowanie, ale o pewien monitoring i pewne negocjacje w tej sprawie. Całkowite pozostawianie wszystkiego samorządom nie wszędzie się sprawdza. Mnie chodziło nie o dofinansowanie, lecz tylko o negocjacje i pewne zobowiązania tych samorządów. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Czy ktoś chciałby jeszcze w tej sprawie?  
Bardzo proszę, przedstawiciel związku zawodowego. I proszę o przedstawienie się, jest to potrzebne do protokołu.

**Doradca w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia  
Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”  
Krzysztof Filip:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.  
Krzysztof Filip, Sekretariat Ochrony Zdrowia „Solidarności”.

Ja mam pytania uzupełniające do pana dyrektora Warczyńskiego à propos najbardziej zadłużonych szpitali, bo tam się pali, gdzieś indziej może się tli albo sytuacja się poprawia, ale tam się pali. Pytanie jest takie. Skoro jest czy powstaje jakiś plan ratkowy dla tych szpitali, to od jakiego poziomu zadłużenia by on obowiązywał albo

jakie wskaźniki kwalifikowałyby szpitale do zaliczenia do tego programu ratunkowego. Pytam o to, bo różnie to wygląda. Sprawa druga. Kiedy powstaną jakieś założenia do tego programu ratunkowego, kiedy będą konkrety? Z tego, co rozumiem, to jest dopiero początek, wstęp, ale chciałbym wiedzieć, czy można określić jakiś horyzont czasowy. Mówi się tu o zmianach, o sieci szpitali, procedurach itd., tymczasem w części szpitali sytuacja jest po prostu tragiczna, dlatego że poziom zadłużenia jest tak duży, że przekracza nawet wartość majątku, a wtedy już zwiększa się on sam z siebie, niezależnie od poprawienia procedur, wprowadzenia sieci szpitali. Których szpitali ma to dotyczyć? Jaki jest horyzont czasowy, jeśli chodzi o udzielenie tej pomocy? Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

To jest pytanie do pana dyrektora.  
Bardzo proszę

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

Oczywiście na większość tych pytań jeszcze nie można odpowiedzieć, bo na przykład czynniki, które zakwalifikują do uczestnictwa w programie, zostaną wypracowane dopiero wtedy, kiedy zostanie powołany zespół, taka powinna być droga. W tym zespole wiodący nie będzie minister zdrowia, bo są to rozwiązania polegające głównie na restrukturyzacji finansowej. Minister zdrowia oczywiście musi w tym uczestniczyć, ale nie jest osobą pierwszą, wiodącą.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pan minister, bardzo proszę.

**Minister Zdrowia Zbigniew Religa:**

Chciałbym z ogromnym naciskiem podkreślić fakt, że wiodącym ministerstwem, jeśli chodzi o rozwiązanie problemu zadłużenia, nie jest minister zdrowia. Jest to ból głowy każdego ministra. W związku z tym wielokrotnie przeprowadzane były rozmowy z Ministerstwem Finansów. Powiem szczerze, że do większości naszych propozycji od początku odnoszono się negatywnie: nie, na to na pewno się nie zgodzimy. Powtarza się to w Ministerstwie Finansów bez względu na poziom, bez względu na to, z kim się nie rozmawia, czy to jest sam minister finansów i jednocześnie wicepremier, czy to jest wiceminister, czy to jest dyrektor, z ich strony pada jedna odpowiedź: oddłużaliśmy i znowu się zadłużają. Z punktu widzenia ministra finansów jest to sytuacja absolutnie nie do zaakceptowania.

Na naszą konkretną propozycję, jak podejść do rozwiązania sprawy tych gigantycznych zadłużeń, został powołany zespół. Ja mówię o tych szpitalach, w których są zadłużenia, tak jak pan zresztą powiedział. Zastanawialiśmy się również nad propozycjami rozwiązania tego problemu, które przysły niejako z zewnątrz, spoza Polski. Ciekawe propozycje złożył Deutsche Bank, który zajmował się oddłużaniem szpitali we Włoszech, podobne propozycje złożył u nas. Nie zostało to odrzucone przez mini-

stra finansów. Został powołany zespół ze strony ministra finansów i ministra zdrowia. Nie ukrywam, że prace tego zespołu są niesłuchanie przeciągane, ale to być może ze względu na to, że w tej chwili toczą się prace nad budżetem, w każdym razie są istotne problemy w pracy tego zespołu. Jednak najważniejszą sprawą, do której zmierzam, o której chcę powiedzieć, jest fakt, że jest to bardziej, to znaczy w 90%, proszę mi wierzyć, inicjatywa ministra finansów, nie zaś ministra zdrowia. Żadna propozycja ministra zdrowia bez akceptacji ministra finansów nigdy nie ujrzy światła dziennego.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ad vocem, tak?  
Bardzo proszę, ale króciutko.

**Doradca w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia  
Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”  
Krzysztof Filip:**

Dziękuję za tę odpowiedź. Chciałbym w takim razie wiedzieć, kto ma dać ten zaczyn. Czy przynajmniej ramy ma przygotować minister finansów, czy Ministerstwo Zdrowia? Przeżyliśmy już, właśnie pan wspomina, etap restrukturyzacji, przeżyliśmy już etap sekurytyzacji czy propozycje sekurytyzacji i za każdym razem odpowiedź była taka sama, że budżet państwa nie może ponieść żadnych kosztów. Ministerstwo Finansów w tym uczestniczyło, ale Ministerstwo Zdrowia dawało propozycje, a przynajmniej przegląd sytuacji. Dlatego pytam, czy Ministerstwo Zdrowia będzie czynnikiem inicjującym, czy będzie czekało, aż Ministerstwo Finansów coś wymyśli. To dla mnie nie jest jasne.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, pan minister.

**Minister Zdrowia Zbigniew Religa:**

Ja mam prośbę... albo powiem panu tak: gdyby nie było inicjatywy ministra zdrowia, to w Ministerstwie Finansów w ogóle nie dyskutowano by nad tą sprawą i nie byłoby żadnego zespołu. Oczywiście, jest to zasadniczy ból głowy ministra zdrowia i dlatego są propozycje, są konkretne propozycje ze strony Ministerstwa Zdrowia. To z inicjatywy ministra zdrowia został powołany zespół, o którym panu powiedziałem. Jednak decyzje nie należą do ministra zdrowia, potrzebna jest akceptacja ministra finansów, a tak naprawdę nie tylko, bo i Rady Ministrów, i premiera.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo. Myślę, że uzyskaliśmy odpowiedź na pytanie.  
Miałbym prośbę o przekazanie do Komisji Zdrowia pisemnej informacji, tej, która była przygotowana także dla komisji sejmowej, na temat procesu naprawczego dotyczącego wykorzystania środków z pomocy publicznej. Trochę mnie niepokoi fakt,

że skala spadku zadłużenia jest pi razy drzwi, pi razy oko zgodna z kwotą, jaką wpomowaliśmy, przy rosnących w sumie środkach będących w dyspozycji Narodowego Funduszu Zdrowia i jednocześnie przy ogromnie trudnej sytuacji płacowej w ochronie zdrowia. Sami rozumiemy, że rząd siedzi na bombie, która jest trudna do rozbrojenia, która nie jest pokłosiem kilku, lecz kilkudziesięciu lat zaniedbań w ochronie zdrowia. Ta bardzo delikatna w tej chwili sytuacja szpitali ma miejsce przecież przy określonym poziomie płac, przy określonym poziomie napięcia w ochronie zdrowia i innych procesach, o których wiemy, choćby emigracji zarobkowej. W tym wszystkim niepokoi mnie jedna sprawa. Nie wiem, czy to przy tej okazji, ale przeczytałem informację o spadku liczby rezydentur, czyli ograniczeniu możliwości szkolenia specjalistycznego, co też w jakiejś mierze dotyka tej sytuacji. Mam nadzieję, że nie jest prawdą to, że zmniejszono liczbę etatów rezydenckich. Można w tej sprawie?

**Minister Zdrowia Zbigniew Religa:**

Tak, oczywiście.

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Rzeczywiście, jest to prawda. W tym roku została zmniejszona w budżecie kwota na rezydentury. Jaki jest mechanizm tego zmniejszenia? Została ona zmniejszona przy proteście ze strony Ministerstwa Zdrowia, to też chcę bardzo jasno i wyraźnie powiedzieć.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Przy proteście, tak?)*

Przy pełnym proteście. Ja muszę jednocześnie powiedzieć, że jeśli ta sytuacja nie zostanie naprawiona w Sejmie, to będę się zwracał do komisji senackiej z prośbą o pomoc w tej sprawie. Dlaczego tak się stało, jakie były argumenty za zmniejszeniem finansowania rezydentur w Polsce? To wynika z prostego faktu. Pieniądze przeznaczone na rezydentury z roku na rok nigdy nie były wykorzystywane. Z roku na rok nie było obsadzane kilkaset rezydentur, powtarzam, kilkaset rezydentur, bardzo istotny procent miejsc nie był obsadzany chętnymi. Nie jest tak, że to się wydarzyło raz, to się działo przez kolejne lata. Pieniądzy było na tyle rezydentur, a wykorzystywano mniej więcej 2/3, 1/3 rezydentur, Panie Przewodniczący, nie była wykorzystywana. W związku z tym trudno się dziwić ministrowi finansów, który powiedział, że skoro z roku na rok oddajecie pieniądze, nie wykorzystujecie pieniędzy, więc w tym roku po prostu zmniejszamy wam tę kwotę. Tak to się stało, taki jest mechanizm, innego mechanizmu nie ma.

Zobaczymy, jak będzie wyglądała sytuacja w tym roku. My postanowiliśmy gros, bo chyba 90% pieniędzy, przeznaczyć na rezydentury, które się przyznaje w styczniu. Panie Przewodniczący, to było zawsze rozdzielone na styczeń i lato mniej więcej po połowie. My w tej chwili postanowiliśmy gros przeznaczyć na rezydentury w styczniu i zobaczyć, jaka będzie sytuacja. Sytuacja byłaby nieprawdopodobna, gdyby się okazało, że na przykład w styczniu nie wszystkie rezydentury zostały wykorzystane. Wtedy musielibyśmy powiedzieć ministrowi finansów: tak jest, miała pani rację. Pozwólcie państwo, że w takim razie w styczniu ocenimy, czy te rezydentury zostały wykorzystane. W tej sytuacji bardzo niewielki procent pieniędzy przyznanych na rezydentury został przeznaczony na okres letni.

W środowisku medycznym jest ogromne zaniepokojenie. Widzę, że pan prezes prosi o głos i na pewno wyrazi to ogromne zaniepokojenie. Ja to zaniepokojenie rozu-



miem. Myślę, że bezpieczniej będzie... Proszę państwa, my nie mówimy o gigantycznych pieniądzach, my nie mówimy o gigantycznych kwotach, my mówimy tak naprawdę o paru milionach złotych, które są w tej chwili potrzebne. Ja przed chwilą wyszedłem z sali posiedzeń Sejmu, gdzie prowadzona jest dyskusja o budżecie. Zgłoszono tam mnóstwo poprawek, poprawek różnej wartości. Myślę, że poprawka, mówiąca o paru milionach złotych na rezydentury, jest poprawką, którą należałoby przyjąć z pełną aprobatą.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Z tego, co rozumiem, nie ma już potrzeby wyjaśniania, bo pan minister omówił i ten punkt. Czy tak, Panie Prezesie?

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej  
Andrzej Włodarczyk:**

Proszę państwa, jeśli można tylko słowo, ja posłużę się konkretnym przykładem. Na Mazowsze przewidziane są dwie rezydentury z chirurgii ogólnej. W ciągu dziesięciu lat 50% chirurgów na Mazowszu odejdzie na emerytury.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tak, tak, bardzo proszę.

**Minister Zdrowia Zbigniew Religa:**

Panie Prezesie, ale pan wie, że o tym nie decyduje minister zdrowia.

*(Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Włodarczyk: Ja tylko stwierdzam fakt.)*

To jest prawda. Na Mazowsze przewidzianych jest tylko sto rezydentur, ale to jest wynik tego, czego Mazowsze chce, prawda? To nie jest tak, że minister zdrowia powiedział: na chirurgię dwie, na internę pięć, co rzeczywiście jest skandaliczną historią, bo pięć rezydentur na Mazowsze... Całkowicie się zgadzam z tym, że to jest niedopuszczalne. Przypominam jednak, że to nie zależy od ministra zdrowia, to zależy od tego, czego oczekuje, co mówi Mazowsze.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Krótko mówiąc, liczymy tu na czujność ministerstwa, które zwiększając swoją rolę w polityce zdrowotnej państwa poprzez różne zmiany ustawowe, jak sądzę, sprzyja i rozumie sytuację, rozumie to, że rezydentury były pewną ścieżką. Brak tej ścieżki może sprzyjać ucieczce ludzi prosto po dyplomie, po LEP za granicę. Myślę, że wyczerpaliśmy prace nad tym punktem. Dziękuję.

Szanowni Państwo, przystępujemy do omówienia punktu drugiego porządku obrad, a jest to informacja ministra zdrowia o zasadach tworzenia sieci szpitali. Mamy projekt ustawy. Nie taję, że jest on w takiej fazie, że do 10 grudnia, o ile pamiętam,

prowadzone były konsultacje społeczne. My jesteśmy niewiele spóźnieni, ale dzisiejsze posiedzenie...

(*Głos z sali: Do 10 stycznia.*)

Do 10 stycznia? Aha, zatem senacka komisja podjęła rozpatrywanie tego punktu w ramach konsultacji po to, by w jakiejś mierze przyjrzeć się procesowi tworzenia ustawy fundamentalnej dla funkcjonowania systemu. Bardzo się cieszymy, że pan minister osobiście zechciał być referentem tego punktu.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

### **Minister Zdrowia Zbigniew Religa:**

Panie Przewodniczący, dziękuję serdecznie.

Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

To rzeczywiście jedna z fundamentalnych ustaw, jedna z zasadniczych spraw, jakie przed sobą postawiłem, obejmując stanowisko ministra zdrowia. Na ten rok miałem do przeprowadzenia trzy zasadnicze sprawy, dwie zostały już zrealizowane. Pierwsza to ratownictwo medyczne i jego finansowanie z budżetu państwa. I tak się stało, a właściwie stanie się za chwilę, gdy przyjęty zostanie budżet, bo z budżetu państwa zostanie przeznaczony 1 miliard 250 milionów zł i odciążony Narodowy Fundusz Zdrowia, i prezesa Sośnierza, i pozostałych członków jego zarządu.

Drugą ustawą, która wpisywała się w przedstawiony przeze mnie dziesięciopunktowy plan naprawczy opieki zdrowotnej, to była sprawa OC. Ja mówię oczywiście w skrócie, ale wszyscy wiemy, o co chodzi, prawda? Przepraszam za taki duży skrót myślowy, bo ta ustawa nazywa się inaczej, tam nawet nie ma sformułowania „OC”. Wiemy, że pieniądze z obowiązkowego ubezpieczenia będą przeznaczane na leczenie sprawców wypadków i mówimy jednak bardzo dużych o pieniądzach. Wstępne dane, ale od razu chcę powiedzieć, że bardzo, bardzo niepewne dane, mówią, że co roku w Polsce na leczenie osób po wypadkach komunikacyjnych potrzebne jest ponad 1 miliard zł. Ze względu na opór ze strony firm ubezpieczeniowych oraz niepokój wszystkich posiadaczy samochodów zmniejszyliśmy odsetek, który muszą wypłacić firmy ubezpieczeniowe, z 20% do 12%, ale to i tak będzie bardzo istotny, bo rzędu kilkuset milionów złotych, zastrzyk, a właściwie odciążenie Narodowego Funduszu Zdrowia, jeżeli chodzi o wypłaty za leczenie osób po wypadkach.

Trzecią fundamentalną dla mnie sprawą jest sieć szpitali. Proszę państwa, ja sobie nie wyobrażam naprawy systemu opieki zdrowotnej bez naprawy systemu szpitalnictwa w Polsce. Na finansowanie szpitalnictwa przeznaczane jest blisko 50% wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia, blisko, bo jest to nieco mniej, ale są to ogromne pieniądze. Mimo że są to ogromne pieniądze, funkcjonowanie szpitali w odbiorze społecznym w dalszym ciągu jest złe, budzi niezadowolenie. Do wielu specjalistów przyjmujących w szpitalach są ogromne kolejki i występują związane z tymi kolejkami problemy. Z kolei są też sytuacje stanowiące bardzo istotny problem, każdy zarządzający ma problem, bo przychodzi się na oddział i właściwie należałoby szukać pacjentów, żeby ich na tym oddziale położyć, gdyż wiele łóżek świeci pustkami, czasem jest to 50–60% łóżek, które nie są wykorzystane.

Dlaczego tak się dzieje? Dzieje się tak, dlatego że obecna struktura szpitalnictwa w Polsce opiera się na modelu, który powstał wiele, wiele lat temu, kilkadziesiąt lat temu. Także sposób myślenia o tworzeniu szpitali jest raczej sposobem historycznym.

Nikt nie zauważył, że wszystko się zmieniło. Zdążył się zmienić ustrój, ale to niejako nie ma żadnego znaczenia, jeśli chodzi o organizację szpitali. Zmienił się świat, sposoby komunikowania ludzi, wszystko się zmieniło i w sposób niewiarygodny zmieniła się medycyna. Moja medycyna, medycyna z okresu, kiedy kończyłem studia, też z pierwszych lat pracy, a ta, która jest teraz, to jest niebo a ziemia. Nie da się tego porównać, wszystko jest inne, możliwości diagnostyczne i lecznicze są zupełnie inne.

Ja podam państwu tylko dwa przykłady. Pierwszy przykład. Gdy kończyłem studia medyczne, leczenie zawału opierało się wyłącznie na jednym: polegało na leżeniu pacjenta w łóżku przez pięć, a czasami przez siedem tygodni. Pacjent leżał w szpitalu, przez pięć tygodni zajmował łóżko. Dzisiaj człowiek ze świeżym zawałem serca w wielu już miejscach w Polsce jest traktowany w sposób nowoczesny i zostaje wyleczony w ciągu dwudziestu czterech, czterdziestu ośmiu godzin. W drugiej, trzeciej dobie po interwencji kardiologa wychodzi on ze zdrowym sercem, nie potrzeba pięciu tygodni. Między obecnymi możliwościami diagnostycznymi a ówczesnymi jest gigantyczna różnica. W tej chwili – ja nie mówię, że w każdym przypadku, bo oczywiście są sytuacje, w których zdiagnozowanie pacjenta potrafi być niewiarygodnie trudne i nikt go nie zdiagnozuje do końca – w zdecydowanej większości przypadków diagnozę można przeprowadzić w każdym szpitalu w ciągu kilku godzin, bo takie są możliwości obecnej medycyny. Z przykrością to mówię, ale jeśli chodzi o słuchawki, to tak naprawdę nie wiem, czy lekarze jeszcze używają słuchawek, czy potrafią ich używać, bo one są już niepotrzebne. Ja wiem, że one chyba są wymagane, ale są, mówiąc szczerze, niepotrzebne. Kiedyś diagnozowało się chorego przede wszystkim za pomocą słuchawek, morfologii krwi i rentgena, bo nie było innych możliwości.

Skoro świat się zmienił, medycyna się zmieniła, to i organizacja szpitali musi się zmienić, z którejkolwiek strony byśmy na to patrzyli. Skoro pacjenta można błyskawicznie zdiagnozować i wyleczyć go w znacznie krótszym czasie, to musimy sobie odpowiedzieć na pytanie, czy taka liczba łóżek ostrych naprawdę jest nam teraz potrzebna. Odpowiedź moja brzmi: nie. Prosiłbym, żeby państwo zwrócili uwagę na to, co mówię. U nas liczba łóżek ostrych, czyli diagnostyczno-terapeutycznych, jest najwyższa w Europie, najwyższa w przeliczeniu na liczbę mieszkańców. To nie oznacza, że mamy najwięcej łóżek szpitalnych, to są dwie różne sprawy. Mamy zdecydowanie za mało łóżek dla przewlekle chorych. Sytuacja obecnie jest taka, ponieważ tych łóżek jest za mało, to na oddziale wewnętrznym, tam, gdzie prowadzona jest szybka diagnostyka i terapia, osoby leżą po kilka miesięcy, bo nie można nic z tymi osobami zrobić. Nie można odesłać ich do domu, a nie ma dokąd odesłać. W związku z tym potrzebujemy szpitali dla przewlekle chorych.

W dzisiejszej albo wczorajszej „Gazecie” jest opis hospicjum w Warszawie i Narodowy Fundusz Zdrowia nie chce podpisać kontraktu. Ja czytałem, o jakich pacjentach jest tam mowa. To są pacjenci, którzy umierają z powodu nowotworów. Dobrze, że w ogóle jest hospicjum, ale tak naprawdę wielu chorych ludzi, obojętne, czy są w danym momencie w stanie uleczalnym, czy nie, wielu z tych pacjentów wymagałoby tak naprawdę pobytu w szpitalu dla przewlekle chorych, co upraszczałoby bardzo wiele spraw.

W związku z tym, mając na uwadze to, co powiedziałem, a myślę, że to są fakty, z którymi trudno dyskutować, bo tak po prostu jest, musimy zreorganizować nasze szpitale, zmienić ich strukturę. Proszę państwa, ja powiedziałem, że ta struktura istnieje od kilkudziesięciu lat. Oczywiście to jest nieprawdziwe stwierdzenie, bo szpitale się

zmieniały, powstawały nowe specjalności, pojawia się wiele nowych specjalności. Zatem to, co powiedziałem, to jest duże uproszczenie. Niemniej jednak są specjalności, które mają za mało łóżek i trzeba je rozbudowywać. W związku z tym restrukturyzacja szpitali jest konieczna, po prostu konieczna, chodzi o to, żeby tę strukturę dostosować do obecnego stanu medycyny.

Jedyny artykuł, który uczciwie przedstawił sposób myślenia, który ja teraz prezentuję, to był artykuł we wczorajszej „Rzeczpospolitej”. Nie wiem, kto z państwa go czytał, a kto nie. To jest odpowiedzialność dziennikarza, który bardzo uczciwie przedstawił ideę. A ideą nie jest likwidacja szpitali. To jest koszmarna bzdura, która się zapisała w umysłach lub jest propagowana przez dziennikarzy, chcących bić za każdą cenę w tego ministra zdrowia, choć to nie jest ważne, ale w ten rząd. Na przykład w „Trybunie” znowu pojawił się artykuł zatytułowany „Do likwidacji dwieście szpitali”. Skąd się wzięła liczba dwustu szpitali? Tego nikt nie wie, może dziennikarz wie, bo ja o takiej liczbie nigdy nie słyszałem.

W związku z tym ja mam ogromną prośbę do wszystkich słuchających mnie w tej chwili. Być może jakieś szpitale będą likwidowane na danym terenie, być może, ale nie to jest celem. Celem jest reorganizacja, dostosowanie do potrzeb obecnej medycyny i potrzeb zdrowotnych obywateli, tworzenie nowych oddziałów, których jest za mało na danym terenie, wprowadzenie specjalności na dany teren w przypadku, gdy za mało jest łóżek. Jeżeli stwierdzimy, że na danym terenie potrzebne jest tyle i tyle łóżek ostrych, a okaże się, że tych łóżek jest więcej o kilkadziesiąt czy o kilkaset, to pierwsza myśl jest taka, że trzeba przekształcić te szpitale w miejsca usług medycznych o innym charakterze, to jest w naszym interesie, przede wszystkim dla przewlekle chorych. To nie oznacza, że trzeba iść koniecznie w tym kierunku, bo może to być szpital przekształcony wyłącznie z myślą o rehabilitacji, która jest nam tak samo potrzebna, Panie Przewodniczący, jak szpitale dla przewlekle chorych. Proszę zwrócić uwagę, jak długo czeka się w Polsce na zabiegi rehabilitacyjne. Zatem zróbmy tak i niech ten szpital będzie przeznaczony do rehabilitacji narządu ruchu, chorych układów itd., itd. Likwidacja gdzieś się może zdarzyć, gdzieś na końcu, ale nigdy nie jest to priorytet.

Proszę państwa, jeszcze jedna sprawa, która jest ważna w tym myśleniu o sieci. Nawiążę tu do słów pana prezesa. W Polsce musi być wreszcie oceniana jakość usług medycznych. Jeżeli będzie ona oceniana, trzeba będzie za to płacić. Narodowy Fundusz Zdrowia musi płacić za wyższą jakość usług medycznych. Z tego wynika powrót do referencyjności, chodzi o pierwszy, drugi, trzeci stopień. Równocześnie jest to nawiązywanie do tego, żeby szpitale lepiej się rządziły, żeby wreszcie istniało zarządzanie jakością szpitali, żeby była prawidłowa ocena jakości leczenia. Proszę państwa, w Polsce tego nie ma. Niech wreszcie będą prawidłowo oceniane zjawiska zakażeń szpitalnych. Chcę ruszyć do boju z tym zagadnieniem pod hasłem jakości. Przypadkowo, bo załatwiano u mnie inne sprawy, dowiedziałem się, że klinika kardiochirurgii w takim a takim miejscu od dwóch dni nie pracuje, ponieważ mają masowe zakażenia na oddziale i postanowili ją zamknąć. Pytam, czy zgłosili to do wojewódzkiego inspektora sanitarnego. Oczywiście, tak. W związku z tym pytam, proszę mojego szefa, głównego inspektora sanitarnego, ministra Wojtyłę, aby sprawdził, o co tu chodzi. Po pierwsze, nie zgłoszono tego wojewódzkiemu inspektorowi, po drugie, nie przeprowadzono na miejscu żadnych istotnych działań, które spowodowałyby zahamowanie zjawiska w tej sytuacji. Proszę państwa, tak nie da rady. To jest jedno miejsce, a ja zareczęm państwu,

że tak się dzieje w wielu innych miejscach – nie zgłosi się, jakoś tam będzie, to się przykryje.

Sieć szpitali również o tym mówi, czas postawić wreszcie na jakość. Ta ustawa wzbudziła już ogromnie dużo emocji i będzie je wzbudzała. W różnych środowiskach te emocje będą podyktowane czymś innym. W związkach zawodowych emocje będą podyktowane przede wszystkim obawą: a nuż zwolnią nas z pracy. To jest jasne, ale można powiedzieć, że od tego jest związek zawodowy, żeby się tym zajmował, nie mam o to pretensji. Wiem już, bo naplotkowała mi minister Gręziak, że pan przewodniczący potwornie się oburzył na to, że nie dajemy tej sieci do zorganizowania samorządowi. Z tego, co rozumiem, za chwilę będziemy dyskutowali na ten temat. Dużo, dużo spraw w tych zapisach wzbudza emocje, mimo że stara idea była taka, aby przygotować jak najłagodniejszą ustawę i nie rozdmuchiwać ognia. Okazało się, że to się nam nie udało.

Zwracam się do pana przewodniczącego, do senatorów, do pana prezesa siedzącego naprzeciwko mnie, do prezesa siedzącego trochę dalej, do wszystkich. Reorganizacja szpitalnictwa w Polsce jest absolutnie potrzebna. Daliśmy sobie czas, zaplanowaliśmy, żeby ta ustawa weszła w życie 1 stycznia 2008 r. Dlaczego? Dlatego że jest to czas na dyskusję. To nie jest tak, że my do wszystkich zapisów jesteśmy przywiązani i będziemy ich za wszelką cenę bronili. Jesteśmy otwarci na merytoryczną dyskusję. Jeżeli państwo nas przekonacie, że to rozwiązanie, które wy proponujecie, jest lepsze, to bierzemy, kupujemy je od razu. W związku z tym prosiłbym, żeby wszyscy, którzy mnie słuchają, traktowali to jako apel, zaproszenie do merytorycznej dyskusji, z jednym tylko zastrzeżeniem, otóż reorganizacja szpitalnictwa w Polsce jest konieczna. Jeżeli się z tym zgadzamy i z tą ideą, która przedstawiłem, że nie likwidacja, a restrukturyzacja, reorganizacja, to wtedy ta współpraca będzie po prostu o wiele łatwiejsza.

Mam ogromną prośbę do pana przewodniczącego. Ja przedstawiłem ogólne zagadnienia, filozofię, która leży u podstaw tych propozycji, i moje głębokie przekonanie o konieczności stworzenia tej ustawy. Wykonawcą i twórcą wszystkich zapisów – ja jestem tak skonstruowany, że nigdy nie potrafię nikomu odebrać autorstwa – jest dyrektor Warczyński, oczywiście nie sam, mnóstwo ludzi, jego departament i nie tylko jego departament, bo zaangażowaliśmy w to wielu specjalistów z innych dziedzin, prowadzona była dyskusja z polskim instytutem higieny, zatem autorów jest wielu. Jest to wiele osób, pan dyrektor nie jest jedynym autorem, ale on był koordynatorem prac wszystkich ludzi, którzy doprowadzili do powstania zapisów tej ustawy. Miałbym teraz taką prośbę – w postaci przezroczy, Panie Dyrektorze, tak? – gdyby pan przewodniczący zechciał na to pozwolić...

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo dziękuję. Oczywiście.

Z tego, co widzę, wewnętrzny system informacji w ministerstwie działa dobrze. Wrócimy do tego. Ja bardzo poważnie traktuję deklaracje pana ministra w sprawie tego, że rok 2007 to jest rok na spokojną, rzeczową rozmowę i bardzo dziękuję za zaproszenie do tej dyskusji. Też bardzo bym prosił, żeby tak traktować uwagi, które będziemy próbowali zgłosić. A nie taję, że ruszenie tak poważnego problemu, jakim jest funkcjonujący system sieci szpitali, nad którymi tak naprawdę od dawna nikt nie pannał i które powstawały w różnych miejscach, z różnymi składami, zupełnie niez-

leżnie od tego, co się nazywało poziomami referencyjnymi, tworząc przedziwną mozaikę, bo można spotkać okulistykę w rejonie działania trzydziestotysięcznego szpitala, a brakuje z kolei określonych oddziałów innego poziomu, referencyjnych, jest ważne. Bardzo się cieszę, że ta sprawa została podjęta, zaś czas, jaki jest nam dany na dyskusję, być może pozwoli na merytoryczną, a nie polityczną rozmowę w tej sprawie, chociaż angażowane są tu pewne zagadnienia związane z ustrojem państwa, z całą konstrukcją reformy systemu państwa, to dotyczy także ustroju państwa.

Zatem bardzo proszę pana dyrektora Warczyńskiego o możliwie syntetyczne zaprezentowanie nam ustawy, którą znaczna część z nas, jak myślę, już przeczytała, bo była ona udostępniona. Chciałbym też jasno powiedzieć, że bardzo się cieszę z tego, że pan minister dotrzymuje terminów. Ustawa była zapowiedziana na koniec tego roku, po wyborach samorządowych i mamy jej draft. Bardzo za to dziękujemy, bo nastraja to nas optymistycznie, jeśli chodzi o cały bardzo skomplikowany program działania ministerstwa.

Bardzo proszę, Panie Dyrektorze.

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

Dziękuję.

Prezentacja oczywiście jest znacznie obszerniejsza niż skrót, duży jej skrót, który w tej chwili będę chciał państwu przedstawić. Na początku chciałbym zaznaczyć, że nie sposób w krótkiej prezentacji przedstawić wszystkich aspektów projektu. Tak jak państwo widzicie, to jest projekt utworzenia sieci szpitali. W prezentacji nie omawiam projektu ustawy, gdyż ustawa z założenia nie obejmuje wszystkich spraw, które są regulowane. Niezwykle istotne są akty wykonawcze do ustawy, rozporządzenia, które de facto będą precyzowały pewne ogólne zapisy ustawowe.

Na początek przy tworzeniu tej ustawy przyjęliśmy pewne założenia metodologiczne, mianowicie zdecydowaliśmy się na wykorzystanie metodologii funkcjonalnej zarówno w przypadku koncepcji, jak i założeń opracowania tego projektu. Podstawowym funkcjonalnym wskaźnikiem, niejako podłożem stworzenia całego projektu było wykorzystanie optymalnego wskaźnika łóżek. Po raz pierwszy próba stworzenia tego typu wskaźników, pierwsze takie opracowanie pojawiło się w 2000 r., a więc ta koncepcja jest w dużej części kontynuacją pewnych założeń tworzenia sieci funkcjonalnych, których zręby powstały w 2000 r. Oczywiście zostały również wykorzystane pewne drobne elementy metodologii strukturalnej.

Jaki to ma być proces? Przede wszystkim ma to być proces wieloletni, a więc nic nie będzie się działo od pewnej daty, nie wyznaczamy sieci szpitali...

*(Głos z sali: Panie mówią, że podobno na dole nie widać.)*

Momencik, postaram się poprawić.

*(Głos z sali: O właśnie, lepiej, świetnie.)*

Założyliśmy, że wskaźniki, które zostaną wyznaczone dla osiągnięcia określonych celów, będą realizowane stopniowo w procesie wieloletnim. Założyliśmy, że podstawowy proces ma trwać w cyklach pięcioletnich, ponieważ sieć szpitali jest pewnym systemem żyjącym, nie jest ona ustalona raz na zawsze, wymaga stałej kontroli, stałej modernizacji założeń, stałych zmian i przynależność danego szpitala do sieci nie jest określona na zawsze, zarówno można wejść do sieci, jak i można z tej sieci wyjść czy wypaść.

Jakie były założenia? To musi być efektywne, a więc konieczne jest sprzężenie z systemem kontraktowania świadczeń zdrowotnych, to, o czym mówił pan minister. Najistotniejsze jest to, że nie wskazujemy, nie tworzymy żadnej listy szpitali przeznaczonych do likwidacji czy też listy szpitali, które nie będą kontraktowane, ale wskazujemy na konieczność – z powodów, o których również mówił pan minister – przeprofilowania i łączenia jednostek. Pierwszym krokiem, który podjęliśmy, myśląc już o tym procesie, była zmiana ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, do której zostały włączone przepisy o możliwości łączenia się albo przyłączania zakładów opieki zdrowotnej, bez względu na to, jaki jest ich organ tworzący. Staraliśmy się, aby w tym procesie uczestniczyły wszystkie strony w niego zaangażowane. Już do zewnętrznej oceny należy to, czy to się nam udało. Na pewno nie wszyscy są zadowoleni, ale w dyskusji powinno się wyjaśnić, dlaczego zdecydowaliśmy się na taką, a nie inną koncepcję. Staraliśmy się też jednoznacznie określić odpowiedzialność wszystkich uczestników tego procesu.

Tak to ma pokrótce przebiegać. Tu po prawej stronie pokazany jest proces, po lewej przedstawione są jego poszczególne elementy. Wiadomo, że wszystko musi się zacząć od chęci danego szpitala. Chciałbym podkreślić, że cały czas mówimy o szpitalach, nie o zakładach opieki zdrowotnej. Zakład opieki zdrowotnej może prowadzić szpital, może prowadzić przychodnię, ale w tym przypadku pamiętajmy, że skupiamy się na szpitalach i to na szpitalach z łózkami ostrymi. Zakładamy istnienie regionalnych rad, jak również rady przy ministrze zdrowia, a ostatecznym decydującym w tym układzie będzie minister zdrowia, który będzie podejmował ostateczne, najwyższe decyzje. Zakładamy, że zostaną powołane tak zwane regionalne rady do spraw szpitali. W każdym regionie, w każdym województwie będzie funkcjonowała kilkunastoosobowa rada do spraw szpitali. Tutaj przedstawione są zadania; nie chciałbym ich teraz wymieniać, prezentacja jest do dyspozycji i jeżeli pan przewodniczący oraz państwo senatorowie sobie życzą, to oczywiście przekażemy pełen tekst prezentacji. Takie są kompetencje rady do spraw szpitali.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Może istotne jest to, że w efekcie ta rada przygotowuje opinię, która przekazywana jest Radzie do spraw Szpitalnictwa. Chodzi mi o obieg decyzji, to, co wcześniej widzieliśmy.

*(Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński: Tak, właśnie tak.)*

Potem przekazywane jest to Radzie do spraw Szpitalnictwa, która to opiniuje, a następnie ministrowi, który podejmuje decyzję.

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

Dlaczego taki układ? Ponieważ przyjmujemy, że w pewnych sytuacjach może nie być efektu, może nie dojść do uzyskania produktu z jakiegoś regionu, czyli regionalna rada może nie wypracować projektu, mimo że ustawowo jest zobowiązana do wypracowania tak zwanego programu dostosowawczego w danym regionie. Dlatego jest Rada do spraw Szpitalnictwa, która w takich sytuacjach wypracuje program

i przedstawi go ministrowi zdrowia. Tu przedstawione są kompetencje Rady do spraw Szpitalnictwa. Najistotniejsze...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To już jest poziom ministerstwa.)*

Jeszcze nad tym jest wszystkim minister.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak, to jest ten poziom przy ministrze.)*

I nad tym jest minister. Mimo że obowiązków jest tu stosunkowo mało, chyba najmniej, to jednak w swej treści są one najszersze.

Chciałbym zacząć od bardzo istotnego czynnika, jakim są zmiany w sposobie finansowania szpitali, które będą się znajdowały w sieci. Szpitale, które będą poza siecią, oczywiście mają pełne prawa ubiegania się o kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na zasadach ogólnych, określonych w konkursie ofert. Chcielibyśmy, żeby proces kontraktowania był ściśle skorelowany z programami dostosowawczymi, które będą mówiły o tym, ile, jakich łóżek, przy jakim wykorzystaniu tych łóżek powinien mieć dany szpital, oczywiście z uwzględnieniem regionalnej całości i wytycznych dotyczących programu dostosowawczego.

Chcielibyśmy, żeby fundusz ostatecznie, znając oszacowanie wszystkich procedur, świadczeń zdrowotnych... Tu jest to, o czym też mówił pan minister, otóż niezbędnym elementem, który musi poprzedzić funkcjonowanie sieci szpitali, jest wypracowanie koszyka świadczeń gwarantowanych i wycena, oszacowanie kosztów świadczeń gwarantowanych. Musi to być oszacowanie uwzględniające również poziom, nazwijmy go na razie, referencyjny, na którym te świadczenia są wykonywane. Dopiero po takiej standaryzacji możliwe będzie normalne funkcjonowanie i normalne finansowanie szpitali w sieci.

Chcielibyśmy, aby szpitale dostawały również pewne środki dodatkowe, nazwalibyśmy to finansowaniem za tak zwaną gotowość. Chodzi nam tu o możliwość podjęcia przez szpital działań, które by wynikały z ewentualnej konieczności rozwinięcia pewnych szerszych działań, takich jak działalność ambulatoryjna czy też w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w sytuacjach, kiedy pojawiają się zaburzenia w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w danym regionie, lokalnie czy też w większej skali. Chcielibyśmy, aby szpitale w sieci były dodatkowo wynagradzane finansowo również za inne czynniki. Tu mamy propozycje, które także zostały zawarte w zapisach ustawowych, mianowicie odpowiednie dodatkowe wynagrodzenia procentowe w wysokości kontraktu. Wynika to z trzech podstawowych założeń tej sieci, niejako trzech filarów sieci, mianowicie z optymalnej liczby łóżek, o czym już mówiłem, z filaru jakościowego i filaru ekonomicznego, o których za chwilę będę bardziej szczegółowo opowiadał.

Chcielibyśmy, aby w pierwszych pięciu latach funkcjonowania sieci te trzy filary miały swoje odpowiednie wagi. W pierwszym okresie funkcjonowania sieci najważniejszym ocenianym czynnikiem byłyby wskaźniki strukturalne, a więc ten optymalny wskaźnik liczby łóżek, który stanowiłby około 50% całej oceny końcowej, ocena jakościowa stanowiłaby około 30% i ocena ekonomiczno-finansowa – 20%. Od razu chciałbym powiedzieć, że mamy tu pewne wymagania i monitoring dotyczący wskaźników finansowych, jednakże do sieci oczywiście musiałyby wejść także takie szpitale, które w tym momencie nie mają stabilności finansowej, nie są finansowo i ekonomicznie ustabilizowane. Te szpitale byłyby zobowiązane do przeprowadzenia procesów restrukturyzacyjnych. Dlatego kolejnym niezbędnym elementem, który przyczyni się do tego, że ten projekt bę-



dzie funkcjonował prawidłowo, jest systemowe rozwiązanie sprawy zadłużenia szpitali, o których mówiliśmy wcześniej w związku z restrukturyzacją i pomocą publiczną. Zatem na początku najmniejszą wagę miałyby ocena ekonomiczno-finansowa. W kolejnych latach ta piramida powinna się odwrócić. Podstawą tejże piramidy powinna być ocena jakościowa, zaś ocena optymalnego wskaźnika łóżek powinna znaleźć się na samym szczycie piramidy, być tym najmniejszym jej trójkątem.

Teraz, tak jak mówiłem, podstawowym założeniem sieci jest optymalny wskaźnik liczby łóżek, wskaźnik, który był liczony według prezentowanego tu wzoru. Każda z tych literek ma określoną nazwę i jednocześnie każda z tych literek wyliczana jest na podstawie wzorów służących do wyliczenia tych wskaźników. Tutaj jest pewien stopień uproszczenia, ponieważ byłoby to zbyt skomplikowane, ale wszystkie opracowania są dostępne na naszej stronie internetowej, więc zapraszam do jej odwiedzenia, gdyby ktoś chciał poznać dokładną metodologię wypracowania optymalnego wskaźnika liczby łóżek. Ta metodologia powstała w Państwowym Zakładzie Higieny. Tak jak mówiłem, była ona oparta na metodologii wypracowanej w 2000 r., jednakże w dużym stopniu została ona zmodyfikowana. Minister zdrowia zlecił Państwowemu Zakładowi Higieny opracowanie optymalnych wskaźników liczby łóżek w poszczególnych specjalnościach dla poszczególnych regionów i PZH złożył już ministrowi zdrowia takie bardzo obszerne opracowanie.

To możemy ominąć. Przejdźmy do systemu oceny jakości. Wszystkie szpitale należące do sieci będą zobowiązane do wdrożenia systemu oceny jakości w dwóch aspektach. Jeden to będzie wewnętrzny system zarządzania jakością. Tutaj pozostawiamy sprawę otwartą, nie narzucamy żadnego systemu, zresztą nie moglibyśmy narzucać żadnego systemu zarządzania jakością, wobec tego zarządzającym szpitali pozostawiamy decyzję, jaki wybiorą system czy też stworzą własny system zarządzania jakością. To jest sprawa całkowicie otwarta. Oprócz wewnętrznego systemu będzie istniał zewnętrzny system oceny jakości, który będzie realizowany w dwóch formach, w postaci ankiety, które cyklicznie będą wypełniali dyrektorzy wszystkich szpitali należących do sieci, oraz również w postaci oceny zewnętrznej, czyli wizytacji wizytatorów jednostki uprawnionej. Chcielibyśmy, aby było to Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, które zostałyby wyposażone nie tylko w ludzi i narzędzia, ale również w pewne kompetencje do kontroli jakości szpitali będących w sieci. Rocznie byłaby przeprowadzana ocena mniej więcej 10% szpitali. To wynika przede wszystkim z możliwości technicznych dokonania takiej oceny. W każdym roku losowo 10% ankiet, które wypełniałyby wszystkie szpitale, byłoby weryfikowanych, a szpitale byłyby kontrolowane przez wizytatorów.

Tutaj mamy przykład ankiety. Te ankiety zostały już opracowane, to było konieczne do stworzenia projektów rozporządzeń do tej ustawy. Tu mamy przykład ankiety dla szpitala w sieci. Ankiety te obejmują wszystkie aspekty funkcjonowania szpitala, dotyczą zarówno zarządzania, leczenia, jak i satysfakcji klienta, czyli pacjenta, błędów medycznych, także na przykład zakażeń szpitalnych. Ankiety te obejmują absolutnie wszystkie aspekty funkcjonowania szpitali. Tutaj widzimy tak zwaną macierz oceny, czyli odpowiednie wagi punktowe, które są przypisane do poszczególnych punktów ankiety, a ponieważ wiemy, że pewne aspekty funkcjonowania szpitala są ważniejsze, inne są mniej ważne, wobec tego punktacja musi być różna. Również mamy już opracowane ankiety dla wizytatorów. Cała ocena jakościowa została opracowa-

na na podstawie propozycji Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie i tutaj centrum najbardziej się napracowało, najbardziej się przyczyniło do osiągnięcia efektów, które państwu prezentuję. To są ankiety dotyczące jakości.

Kolejnym filarem systemu ma być analiza wskaźnikowa, czyli analiza ekonomiczno-finansowa szpitali należących do sieci, która według nas jest kolejnym niezbędnym elementem prawidłowego funkcjonowania systemu korzystającego ze środków publicznych, ograniczonych środków publicznych. Ocena szpitala pod względem ekonomiczno-finansowym również będzie istotnym elementem, który będzie kategoryzował szpital w sieci. Powiniennem tu powiedzieć o tym, że zarówno ocena jakościowa, jak i ocena ekonomiczno-finansowa wpłyną na kategoryzację szpitali. Dzięki kategoryzacji ten szpital oraz inne szpitale będą wiedziały, jak dana jednostka została oceniona, ale kategoryzacja będzie również promowana, jeżeli chodzi o finansowanie. Chodzi o to, co wcześniej pokazywałem, dodatkowe procenty będą uzależnione również od tego, w jakiej kategorii znajdzie się szpital.

Tak jak państwo widzicie, wykorzystaliśmy tu przede wszystkim cztery grupy wskaźników. Są to wskaźniki, które zostały skonstruowane dla przedsiębiorstw funkcjonujących na normalnym rynku ekonomicznym i gospodarczym, ale zostały one przez naszych ekspertów w znacznym stopniu zmodyfikowane, tak aby przystawały do przedsiębiorstwa, jakim jest szpital, a więc przedsiębiorstwa, które funkcjonuje w ściśle określonych warunkach, w warunkach przede wszystkim instytucji działającej jako instytucja non profit, więc nie są to dokładnie takie same wskaźniki, jakie stosuje się do przedsiębiorstw. Tutaj są przykłady tego, jak one zostały wyliczone, na czym się opierają, również przykłady oceny wskaźników, które w przyszłości zostaną wykorzystane do oceny szpitali i do wskazania, jak mają być one finansowane, w jakiej części finansowania się znajdują. Proszę, tu są kolejne, są tu wskaźniki płynności, efektywności, wskaźniki zadłużenia czy wskaźniki dotyczące majątku.

Chciałbym teraz podkreślić, wskazać konieczne działania uzupełniające. Zdefiniowanie poziomów opieki szpitalnej to jest niejako część ustawy. Jednakże od razu chciałbym zaznaczyć, że nad tym projektem, nad rozporządzeniem intensywnie pracujemy. Myślę, że jeżeli chodzi o zdefiniowanie poziomów opieki szpitalnej, które przede wszystkim mają wskazać, co można robić na poszczególnych poziomach – poziomy opieki szpitalnej to nic innego jak dawne poziomy referencyjne – to teraz nie możemy tego zrobić w tak prosty sposób jak kiedyś, gdy podawało się listę szpitali i było wiadomo, że w pierwszym poziomie referencyjnym są takie szpitale, w drugim takie, a w trzecim takie. Kiedyś tak było, prawo na to zezwalało, w tej chwili jest to legislacyjnie niemożliwe do zrealizowania i już nawet merytorycznie nie jest to zasadne. Dlatego trzeba stworzyć kryteria, określić kryteria przypisania do poszczególnego poziomu referencyjnego i trwają nad tym prace. Wzorujemy się tu w dużym stopniu na tym, co już zaczął robić fundusz. Fundusz dokonał pewnej kategoryzacji świadczeń, my opierając się na tym, modyfikując trochę te założenia, chcemy stworzyć założenia dotyczące poziomów opieki szpitalnej. Myślę, że to będzie rozporządzenie, które powstanie najpóźniej, ponieważ może mieć ono objętość podobną do całego projektu dotyczącego sieci szpitali, a przy tym musimy to zrobić bardzo ostrożnie i dokładnie, żeby nie skrzywdzić żadnego ze szpitali, żeby było to naprawdę obiektywne i przejrzyste.

Kolejna sprawa, wdrożenie systemu oceny jakości, którego ukoronowaniem będzie rozwój systemu akredytacji. W tej chwili na etapie konsultacji zewnętrznych znaj-

duje się nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która nowelizuje delegację dotyczącą rady akredytacyjnej i akredytacji. Mamy nadzieję, że projekt ten stosunkowo szybko znajdzie się w parlamencie. To jest również działanie skorelowane z działaniem dotyczącym projektu sieci.

Planujemy również opracowanie programów osłonowych i restrukturyzacyjnych, jednak nie przewidujemy, nie wskazujemy wprost na likwidację jakichkolwiek jednostek. Te programy w swoim założeniu mają za cel przekwalifikowanie, chodzi przede wszystkim o pielęgniarki i położne, przekwalifikowanie specjalizacyjne tych osób. To mamy na myśli, mówiąc o programach osłonowych i restrukturyzacyjnych.

Częściowo również w tym projekcie jest wprowadzany mechanizm „licencjonowania”, ponieważ de facto nie jest to taki mechanizm, jednakże musi być zapewniona pewna kontrola ministra zdrowia nad szpitalami w sieci pod względem inwestycji, oczywiście pod warunkiem, że dotyczą one sfery spraw publicznych i sfery finansowania publicznego. Nie chcemy tu w żaden sposób wpływać czy regulować rozwoju szpitali, gdy jest to związane z korzystaniem z pieniędzy niepochodzących ze środków publicznych.

Kolejnym elementem, o którym chciałbym powiedzieć, jest konieczność wdrożenia systemu dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, a więc systemu, który umożliwiłby również szpitalom wybór, jeśli chodzi o dokonanie ewentualnych przemian szpitali związanych z tworzeniem sieci, czy chcą na przykład tworzyć łóżka opieki długoterminowej, czy też nadal chcą funkcjonować w systemie i korzystać na przykład z ubezpieczeń dodatkowych czy komercyjnych, czyli poza systemem publicznym.

Jeszcze raz do tego wracamy. Wdrożenie systemu państwowego ratownictwa medycznego to jest to, co już jest i co jest zawarte w pewnych zapisach dotyczących sieci. Już w tej chwili jednym z kryteriów ustawowych jest funkcjonowanie szpitala w systemie ratownictwa medycznego, a więc te szpitale powinny się znaleźć w sieci. A pamiętajmy o tym, że szpitale w sieci ratownictwa medycznego są wyznaczone przez wojewodę, to tak à propos ewentualnej dyskusji dotyczącej umiejscowienia rad regionalnych.

Koszyk świadczeń gwarantowanych, standaryzacja świadczeń znajdujących się w koszyku, system dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych i systemowe rozwiązanie sprawy zadłużenia szpitali to są elementy, które muszą poprzedzić stworzenie sieci i są niezbędne do tego, żeby z powodzeniem zrealizować nasze założenia. Dziękuję.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo dziękuję.

Możemy już zapalić światło, bo prezentacja została skończona. Bardzo bym prosił o przekazanie tej prezentacji członkom komisji, bo pewnie jeszcze nie raz będziemy na ten temat dyskutować. Tak jak już powiedziałem, bardzo się cieszę, że ta ustawa powstała zgodnie z harmonogramem działań pana ministra.

Czy są pytania? Najpierw panie i panowie senatorowie, bardzo proszę.

Proszę, pani senator Rudnicka.

### **Senator Jadwiga Rudnicka:**

Zanim zadam pytanie, to chciałabym panu ministrowi bardzo podziękować za tę filozofię pro ludzką, logiczną, normalną. To jest coś, czego przez wiele lat nie słysza-

łam. Wysłuchałam tego z wielką radością, bo jakoś ta sprawa ludzka pojawiła się w pierwszej kolejności jako cel szpitalnictwa. Dochodziliśmy już przecież do takich absurdów, że właściwie tylko bilansowanie się szpitala było głównym i jedynym celem, co w niektórych przypadkach było naprawdę przerażające.

Panie Ministrze, ja chciałabym zapytać, skąd się wzięła lista szpitali liczących poniżej sto pięćdziesiąt łóżek, przeznaczonych do likwidacji. Ona wzbudziła ogromne zamieszanie. Z tego powodu szpitale, które się naprawdę porządnie gospodarzyły, zaczęły się oglądać, skąd by sobie dołożyć łóżek, a z kolei szpitale, które mają ogromne ilości łóżek i one im zalegają, obnosiły się z dumą, że będą na pierwszym miejscu. Chciałabym też zapytać o te dwieście szpitali. Dziękuję panu ministrowi za dementi, ale ta informacja, niestety, pojawiała się również w kularach ministerialnych. Chodzi o te dwie sprawy, gdyby one jakoś dostały się do mediów. Zresztą również pan minister wczoraj w „Rzeczpospolitej” o wielu sprawach powiedział, ale chodzi o to, gdyby była taka możliwość, żeby dotarło to jeszcze wyraźniej do szpitali. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Czy są inne pytania?  
Bardzo proszę.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej  
Andrzej Włodarczyk:**

Ja mam takie pytanie. Czy państwo przewidujecie możliwość, że to oddział szpitalny będzie miał określony poziom referencyjności, a nie szpital? Mnie się wydaje, że to w tym kierunku powinno pójść, a nie w takim, jaki wynikał z prezentacji.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

To było pytanie pana prezesa Włodarczyka. Więcej chętnych do zadania pytań nie widzę.  
Bardzo proszę pana ministra.

**Minister Zdrowia Zbigniew Religa:**

Pani Senator, nie mogę nie podziękować za takie miłe słowo pod adresem ministra. Dziękuję serdecznie.

Proszę państwa, sto pięćdziesiąt łóżek. Rzeczywiście, jest ta sprawa stu pięćdziesięciu łóżek. Chciałbym jednak powiedzieć, że znowu należy to odbierać tak, jak jest w wyrażonej intencji. Skąd się wzięło sto pięćdziesiąt łóżek? Otóż wzięło się po prostu z tego, że doświadczenia ekonomiczne szpitali, które mają poniżej stu pięćdziesięciu łóżek, wykazują, że jest to nieefektywne, po prostu jest to nieefektywne ekonomicznie.

Znowu dam państwu przykład. Od wielu lat muszę walczyć z niektórymi pojęciami. Był taki moment, kiedy część osób w Polsce uważała, że najlepsze to są małe szpitaliki, bo tam jest fajnie wszystkim, i chorym, i lekarzom. Swojego rodzaju zderzenie z realnym życiem przyniósł mój wyjazd do Stanów Zjednoczonych, do jednego

z niewielkich stanów, gdzie mi wtedy powiedziano, że w ciągu ostatnich dwóch lat zlikwidowano siedemnaście szpitali, wszystkie to były małe szpitale, które nie dawały sobie pod żadnym względem rady. Świetnie zaś prosperują duże szpitale, w których jest koncentracja sił i środków i istnieją wszelkie możliwości diagnostyczne. W przypadku pacjenta, który tu trafia, nie ma konieczności, wysyłania go na diagnozowanie do kolejnego szpitala z tego powodu, że tu nie ma danej specjalności.

To oczywiście nie oznacza, że intencją tej ustawy jest likwidacja szpitali, które mają sto pięćdziesiąt lub mniej łóżek. Byłoby dramatycznym skandalem, sytuacją nie do zaakceptowania zlikwidowanie Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, które miałem możliwość tworzyć, a które ma mniej więcej sto pięćdziesiąt łóżek, ponieważ jest to szpital monospecjalistyczny. Sto pięćdziesiąt łóżek na kardiologię dziecięcą, dorosłych i kardiochirurgię to jest nawet za dużo, a właściwie to nie jest za dużo, bo wszystkie łóżka są wykorzystywane i są kolejki, prawda? Są jednak, proszę państwa, szpitale powiatowe, które mają dziewięćdziesiąt łóżek i trzy, cztery specjalności. Nie wiem, jak bardzo byśmy tego nie chcieli, to poziom takiego szpitala musi być niski, łącznie z usługami medycznymi. Chirurgia, która ma tyle i tyle łóżek, robi takie i takie operacje – proszę wybaczyć, ale w wypadku medycyny ta słynna leninowska zasada „ilość przechodzi w jakość” jest po prostu prawdziwa. W kardiologii o tym wiemy. Jeżeli kardiolog nie wykonuje przynajmniej stu pięćdziesięciu, dwustu operacji rocznie, to jest słabym chirurgiem, bo nie ma wystarczającego doświadczenia. Tak samo jest i tutaj. W związku z tym ja nie wiem, czy nie lepiej taki szpital powiatowy, naprawdę widzę ten szpital z dziewięćdziesięcioma łózkami, przekształcić chociażby w szpital rehabilitacyjny niż utrzymywać tamte trzy specjalności. Nigdzie w ustawie nie jest zapisane, że jeżeli szpital ma sto pięćdziesiąt lub mniej łóżek, to ma być zlikwidowany. On zostanie zlikwidowany, jeżeli jest zadłużony, jeżeli jest jeszcze wiele innych, dodatkowych spraw, które kazałyby powiedzieć: Jezus Maria, nie należy tego szpitala utrzymywać. On może zostać zlikwidowany, ale przede wszystkim może być przekształcony. Pani Senator, to tyle w odniesieniu do tych stu pięćdziesięciu łóżek. Zatem to nie jest tak, że sto pięćdziesiąt łóżek oznacza likwidację.

Pan prezes Włodarczyk... Chciałem powiedzieć, że wyszedł, ale nie wyszedł. Pytał pan o referencyjność. Tak jest, referencyjność musi się odnosić do oddziałów, przede wszystkim do oddziałów. Może być taka sytuacja, zresztą znam takie sytuacje, chociażby z poprzedniej kadencji Senatu, kiedy senatorem był wybitny ortopeda, w każdym razie taka jest o nim opinia, ja nie jestem ortopedą, i pracował w szpitalu powiatowym, w związku z tym przeprowadzał zabiegi operacyjne na najwyższym poziomie. Tak jest, Panie Prezesie, przede wszystkim chodzi tu o referencyjność oddziałów, może być szpital, który ma trzeci stopień referencyjności dla oddziału ortopedycznego.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję.

Czy są jeszcze pytania?

Bardzo proszę. W pierwszej kolejności...

(*Senator Stanisław Karczewski: Może nie tylko pytania, może również...*)

To za chwilę. Teraz jeszcze poprosimy o pytania, a za chwilę otworzymy dyskusję. Bardzo proszę, króciutkie pytania.

Jeszcze raz pan prezes, bardzo proszę.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej  
Andrzej Włodarczyk:**

Chciałbym spytać o to, kto będzie w tych radach. Według jakiego klucza, według jakich kwalifikacji będą dobierane te osoby?

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Jest to zapisane w ustawie.

(*Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Włodarczyk:* Właśnie nie do końca, tam tego nie ma.)

Może ktoś z ministerstwa odpowie na pytanie pana prezesa? Tam jest wpisany skład, ale...

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

Oczywiście skład tam jest, ale cała reszta znajdzie się w delegacji, w rozporządzeniu.

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz:* Tak, dobrze.)

Normalnie w ustawie tego się nie pisze. Jeżeli to wejdzie na ścieżkę legislacyjną, to będzie to przedstawione ze wszystkimi projektami rozporządzeń.

(*Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Włodarczyk:* Ci ludzie mają decydować o szpitalach, więc myślę, że wypadałoby, żeby w ustawie...)

Nie, oni nie będą decydować, oni będą...

(*Brak nagrania*)

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, przedstawiamy się, bo potem nie będzie wiadomo, kto pytał, a jest to potrzebne do protokołu.

Proszę.

**Doradca w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia  
Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”  
Krzysztof Filip:**

Krzysztof Filip, Sekretariat Ochrony Zdrowia „Solidarności”.

Mam pytanie à propos projektów rozporządzeń, bo ma się tam znaleźć wiele ważnych spraw. Czy one będą dostępne na etapie konsultowania? A jeśli nie na tym etapie, to kiedy?

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

W większości to one mogłyby być już dostępne, ponieważ rozporządzenia były opracowywane razem z ustawą, oczywiście poza tym projektem, o którym mówiłem,

chodzi o projekt dotyczący poziomów referencyjnych. To jest zbyt duży projekt, w tej chwili jest on na etapie bardzo początkowym, choć był opracowywany równolegle. Jeszcze jest za wcześnie, żeby w przypadku tego projektu mówić o czymś, co można by pokazać, bardzo proszę, możemy powiedzieć o założeniach dotyczących tego projektu, o tym, na jakich podstawach jest on tworzony. W przypadku pozostałych projektów jest inaczej.

Jednak zwyczaj legislacyjny jest taki, że one są dostępne wtedy, kiedy otwarta jest ścieżka legislacyjna, czyli na posiedzenie komitetu albo Rady Ministrów przekazywane jest to oczywiście z rozporządzeniami, a już bezwzględnie w ten sposób do Sejmu i do Senatu.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ja mam pytanie do państwa. To jest projekt, który przekazywany jest do konsultacji. Czy on już jest po etapie uzgodnień międzyresortowych?

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

Nie, Panie Przewodniczący. Obecnie trwają uzgodnienia międzyresortowe, termin ich zakończenia to 10 stycznia.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję.

Jeszcze raz pan sekretarz „Solidarności” chce zadać pytanie.

**Doradca w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia  
Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”  
Krzysztof Filip:**

Tak, mam pytanie uzupełniające. W takim razie są one przygotowane, ale nie do końca. A czy można by przybliżyć, co one zawierają? Sama delegacja nie mówi wszystkiego. Czy można by dostać...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To już przekracza zakres...)*

Nie, chodzi mi o to, czy można by dostać omówienie tego na piśmie.

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

Wystarczy zajrzeć na naszą stronę internetową, po prawej stronie niemal na samej górze zamieszczona jest ustawa o sieci. Tam wszystko jest dostępne, dostępne są wszystkie opracowania, zapraszamy. Znajduje się tam merytoryka tych rozporządzeń, aktów wykonawczych, tak że wszystko jest OK.

*(Doradca w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność” Krzysztof Filip: ...do końca, być może dla mnie...)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Wobec tego rozpoczynamy dyskusję.

Jako pierwszy zgłaszał się pan senator Karczewski.

Bardzo proszę.

**Senator Stanisław Karczewski:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Właściwie w ramach dyskusji pojawią się również pytania, pozwolę sobie w trakcie tej wypowiedzi zadać kilka pytań.

Przede wszystkim bardzo dziękuję panu ministrowi, przyłączam się do podziękowań, które złożyła pani senator Rudnicka, za zwięzłe, bardzo trafiające do nas tu siedzących informacje. Muszę jednak powiedzieć, że odbiór społeczny, nie chcę powiedzieć, że powszechny, ale w moim odczuciu dość powszechny, ograniczył się do tej informacji, o której mówiła pani senator, mam na myśli owe sto pięćdziesiąt łóżek, a także do daty, kiedy ta sieć miałyby zostać wprowadzona w życie, czyli miesiąc temu, dokładnie 12 listopada, wraz z wyborami, to miało się stać niejako automatycznie. Panie Ministrze, ja wiem, że pan się uśmiecha, bo ja też, słysząc to, się uśmiechałem, ale taki był odbiór społeczny – po 12 listopada szpitale, które mają mniej niż sto pięćdziesiąt łóżek, zostaną zamknięte, zlikwidowane. Takie informacje przekazywane były również przez – może użyję takiego sformułowania, chyba nie ma zbyt wielu dziennikarzy – „prasę fachową” i docierały one także do środowisk medycznych.

Bardzo się cieszę, że prowadzimy tu tę rozmowę. Rzeczywiście na stronie internetowej są wszystkie materiały, ja je bardzo szczegółowo przejrzałem, przeanalizowałem. Zwrócę się teraz do pana przewodniczącego. Bardzo by mi zależało na tym, Panie Przewodniczący, żeby nasza komisja śledziła tę ustawę, miała swój większy udział w jej powstawaniu. Od razu mam pytanie i pewne zastrzeżenie. Wydaje mi się, że ten termin, o którym mówił pan minister... Ja to sam słyszałem, z jednej strony była z ministerstwa taka informacja, że sieć szpitali zostanie ogłoszona po wyborach samorządowych. Z tego, co rozumiem, zostanie...

*(Głos z sali: Skrót myślowy.)*

Skrót myślowy, można to też tak interpretować. Jednak przez wiele osób było to tak odbierane. Z drugiej strony, Panie Ministrze, teraz słyszę, że okres dyskusji, wprowadzania ustawy w życie będzie dosyć długi. Z mojej strony pojawia się jednak pewna obawa, czy ten okres nie będzie zbyt długi, czy my w tej dyskusji czegoś nie stracimy. A powiem też i to, że porównując tę dyskusję, debatę do debaty nad ustawą o ratownictwie medycznym, odnoszę wrażenie, że im dłużej się debatuje, dyskutuje, tym gorzej. Pan profesor jest kardiochirurgiem, ja jestem chirurgiem i wiem, że bardzo często pierwsze nasze diagnozy, decyzje są trafne. Gdy się zbyt długo analizuje, szczególnie z internistami, to jest coraz więcej wątpliwości, zastrzeżeń i chyba jest wtedy gorzej. Wydaje mi się, że nie tylko z tego powodu, ale również z powodów politycznych, okres ten powinien być chyba nieco skrócony.

Zrozumiałem, że ta ustawa opiera się na trzech filarach: „wskaźnikowym”, jakościowym i finansowym. I zgadzam się z tym, o czym mówił tu pan prezes Włodarczyk, że są oddziały, są kliniki – ja miałem okazję i przyjemność widzieć, jak mają się finansowo kliniki na Banacha – są takie, które sobie radzą finansowo, wychodzą na plus czy



na zero, ale są i takie, które generują olbrzymie długi. Ja nie mówię, że to jest podstawa. Bardzo dobrze, że w państwa pierwszej wersji stanowi to tylko 20% oceny. Chciałbym właśnie podkreślić to, jak duża jest różnorodność, jeśli chodzi nie tylko o szpitale, ale i oddziały, nie mówiąc już o tym, że jest dobry lekarz i zły lekarz, w dobrej klinice może coś sknocić zły lekarz i na odwrót.

Po przeczytaniu tego materiału i wysłuchaniu państwa wypowiedzi myślę, że ustalenie wskaźników – to, o czym mówił pan profesor, o tych słuchawkach, faktycznie ja sam już od wielu lat nie noszę słuchawek, zresztą uważam, że chirurg to źle wygląda ze słuchawkami – w każdym razie zastanawiam się, czy wyliczenie owych wskaźników będzie takie bardzo precyzyjne i dobre. Jeżeli rada określi liczbę łóżek ostrych w zakresie chirurgii, poda jakąś liczbę, to w jaki sposób się to dostosuje, czy będziemy kroić łóżka w każdym oddziale, czy będziemy likwidować jakiś oddział chirurgiczny.

Mam też pewne wątpliwości dotyczące wskaźnika. Pan minister powiedział, że mamy najwyższy wskaźnik. Nie wiem, z tych materiałów wynika... Bardzo mnie to zastanawia i trzeba by było się nad tym jakoś głębiej pochylić. Jest przykład Niemiec. Dlaczego w Niemczech jest tak dużo łóżek ostrych? Czy oni mają zły system opieki zdrowotnej? Z tego, co wiem, jakość świadczonych tam usług jest wysoka. To jest wskaźnik, który bardzo mnie zastanawia, a ponieważ mam kontakty z kolegami, którzy pracują w Niemczech, muszę powiedzieć, że tam ten wskaźnik i tak został obniżony, bo był on wyższy. Zlikwidowano sporo szpitali. Oni spotkali się w tej chwili z sytuacją pewnego kryzysu. Ten kryzys wynika nie tylko z tego powodu, ale również z tego, że dość dużo małych – tam się to nie nazywa „szpitale” – małych klinik zlikwidowano i oni w tej chwili mają spory kłopot. Trzeba by było się mocno zastanowić nad tym, czy te wskaźniki, Panie Dyrektorze i Panie Ministrze – one są ważne, ja wiem, że one są ważne, ale czy to jest 50%?, wiem, że później zostanie to odwrócone, mówił o tym pan dyrektor – czy one są tak bardzo istotne, tak bardzo ważne?

Na pewno wykorzystanie łóżek w oddziale jest istotną sprawą, bo świadczy o tym, czy chorzy przychodzą na ten oddział, czy nie. Jeśli chodzi o średni czas pobytu, to ja bym się nad tym bardzo zastanawiał, bo czasami sztuczne, na siłę dążenie do tego, żeby pacjent leżał w szpitalu jak najkrócej, wychodzi bokiem i pacjentowi, i nam. Poza tym, jeśli wiadomo, że początkowy okres hospitalizacji generuje największe koszty, to czy jest to jeden dzień dłużej, czy jeden dzień krócej te koszty właściwie poza kosztami hotelowymi... Jeśli pacjent mi mówi, że chce zostać jeszcze jeden dzień, bo nikt nie może po niego przyjechać, to dla mnie ten jeden dzień, a nawet dwa, gdy on tylko je i właściwie nie dostaje już leków, nie są aż tak ważne, ja tego jakoś tak bardzo nie biorę pod uwagę. Przy tej okazji chciałbym powiedzieć, że te wskaźniki, owszem, można wyliczyć i można je wprowadzić dosyć rygorystycznie, ale też chyba nie tak bardzo ostro.

Mam jeszcze jedno pytanie. Ja myślałem, może w swej naiwności, że szpitale poza siecią nie będą finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia, a tutaj słyszę, że właściwie tak. Mam pytanie, jak to państwo widzicie, bo ja jakoś nie bardzo to rozumiem. Czy szpitale, które znajdują się poza siecią, będą finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia? Jeśli tak, to w jakim zakresie? Czy to będzie finansowane ze środków, które zostaną po zakontraktowaniu szpitali należących do sieci? Wydaje mi się, w każdym razie ja tak to rozumiałem, że szpital poza siecią w ogóle nie będzie finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Podczas dyskusji na temat drugiego punktu dużo mówiliśmy o kontroli, o nadzorze. W tej materii rada działająca przy ministrze i rada regionalna są pewnym gwarantem, chociaż lepszym, nie chcę użyć słowa „lepszym”, ale na pewno niezłym gwarantem byłoby to, o czym państwo piszecie w tym opracowaniu i o czym wielokrotnie już mówiliśmy podczas posiedzeń naszej komisji, mianowicie dobrze byłoby, gdyby jednak nie było tylu organów założycielskich, chodzi o ujednoczenie organów założycielskich, o to, żeby było ich mniej. Ja to widzę na przykładzie miasta, które jest w zasięgu mojej obserwacji. Są tu dwa szpitale, które ze sobą konkurują. I obserwuję też to, o czym mówił pan przewodniczący w odniesieniu do oddziału okulistycznego, gdyż zupełnie niepotrzebny jest drugi oddział kardiologiczny, zupełnie niepotrzebny jest jeszcze inny oddział. W tej sytuacji jeden organ założycielski na pewno byłby gwarantem większej kontroli. Jeśli to jest niemożliwe, bo już rozmawialiśmy na ten temat i pan minister mówił, że jest decyzja ministra finansów o oddłużeniu szpitali, wtedy byłaby taka możliwość, to może warto byłoby się zastanowić nad jakąś inną formą, nad inną możliwością. Myślę, że jednak ujednoczenie organów założycielskich na pewno korzystnie wpłynęłoby na funkcjonowanie szpitali.

Panie Ministrze, Panie Dyrektorze, ja podejrzewam, że w trakcie debaty i w trakcie prac nad tą ustawą będzie dużo zakusów zmierzających do zwiększenia liczby członków rad. Na początku dyskusji chcę powiedzieć, że jestem za utrzymaniem takiej liczby, jaka jest, może być jakaś delikatna korekta. I znów wracam do tego, o czym mówiłem, im więcej dyskusji, im więcej później osób, które będą decydowały, tym gorzej. Wolałbym, żeby to były kompetentne osoby, to jest to, o czym mówił pan prezes Włodarczyk, bo to też jest bardzo istotne, bardzo ważne, ale chodzi o to, żeby te rady nie były za bardzo rozbudowane, a czuję, że będą takie zakusy.

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: To może inni też...)*

Dobrze. Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Jeszcze w ramach dyskusji – nie od razu oddamy głos panu ministrowi – pozwolą państwo, że sobie też udzielię głosu.

Sprawa pierwsza. Proponuję, żebyśmy jednak ograniczali wystąpienia, i odnośnie to też do siebie, powiedzmy, do pięciu, siedmiu minut, dlatego że chciałbym, abyście wszyscy państwo mieli okazję zabrać głos.

Zacznę od tego, co mnie bardzo zaniepokoiło, mianowicie głęboka ingerencja w ustrój państwa. Otóż na mocy tej ustawy powołuje się dwa nowe ciała, a jedno z nich, rada regionalna, jest absolutnie nowym ciałem pozaustrojowym, dosyć obficie finansowanym z budżetu, z punktu widzenia interesu samorządowego zupełnie niereprezentatywnym, a to z tego powodu, że związek powiatów i związek województw to są stowarzyszenia dobrowolne, nie reprezentują żadnej władzy. Jeśli więc rada regionalna miałaby mieć jakiegokolwiek kompetencje stanowiące... Opiniowanie nie jest kompetencją stanowiącą, ale odgrywa bardzo ważną rolę w podejmowaniu decyzji.

Oczywiście nie podzielam też tej filozofii ustawy, która prowadzi do redukcji roli właścicielskiej w gruncie rzeczy do wykonywania poleceń instytucji zewnętrznych. Oto właściciel ma dostarczać informacje do rady, rada opiniuje, druga rada opiniuje i minister decyduje. Proszę zwrócić uwagę na to, że w gruncie rzeczy to, co było intencją reformy ustrojowej państwa, a więc redukcja roli wojewody do sprawowania nad-

zoru nad legalnością aktów samorządowych, kolejny raz jest tu niwelowane, niszczone. Można powiedzieć, że to jest sprzeczne z założeniami ustroju państwa, reformy samorządowej, zgodnie z którymi w gruncie rzeczy wojewoda miał mieć pewne kompetencje w zakresie administracji specjalnej. Dostrzeżcie państwo jeszcze jeden element. Gdy wprowadzano drugi i trzeci szczebel samorządu, i Policja, i sanepid znalazły się w gestii samorządu. Przypomnijcie sobie, kto odbierał te kompetencje. Zaczęła się re-centralizacja państwa. Można teraz powiedzieć, że w tej filozofii mieści się ustawa o ratownictwie medycznym, bo nie widzę uzasadnienia dla poddania masowej codziennej obróbki centrum, które ma być przy wojewodzie. A teraz mam kolejny akt. Najpierw ustawę o ratownictwie wpisało się w logikę funkcjonowania wojewody, a teraz mówi się tak: dobrze, skoro wojewoda będzie wybierał SOR i będzie odpowiadał za centrum powiadamiania ratunkowego, to teraz z automatu regionalną radę musimy przekazać w kompetencje... Proszę zwrócić uwagę na to, że właściciele w państwa strukturze sieci szpitalnych praktycznie nie mają nic do gadania. Oni dostarczają informacje i są zobowiązani podporządkowywać się decyzjom, a marchewką jest to, że są w sieci szpitali i wobec powyższego należy im się dodatkowe finansowanie. Z logiką takiego systemu trudno się zgodzić. Dlaczego? Dlatego że jeśli rola właściciela jest zredukowana do roli dostarczyciela informacji, to pojawia się pytanie, jaki on ma mieć zapal do w pełni odpowiedzialnego traktowania podmiotu, który w gruncie rzeczy jest dla niego kłopotem. To jest jedna sprawa, to jest jeden obszar, który budził mój ogromny niepokój.

Bardzo bym prosił, żebyście państwo jeszcze raz się zastanowili nad tym, czy jest uzasadniona taka głęboka ingerencja w ustrój i w kompetencje samorządów. Już nie mówię o tym, że całkowicie chybionym zapisem jest zapis, nie wiem, kto to wpisał, mówiący o tym, że na poziomie rady regionalnej do spraw szpitali mają być przedstawiciele związku powiatów i związku województw, co jest, krótko mówiąc, redukcją zupełnie już dla mnie niezrozumiałą, zwłaszcza roli samorządu wojewódzkiego.

Jest jeszcze jedna sprawa, której brakuje mi w ustawie, brakuje mi zachęty do uruchomienia procedury konsolidacji. Z jednej strony rozumiem to, o czym mówi pan senator Karczewski, że bardzo sprzyjałoby temu ustalenie jednego organu założycielskiego dla wszystkich szpitali, obecnie powiatowych i wojewódzkich. Pytanie jest następujące. Czy sieć szpitali to nie jest okazja do tego, żeby uruchomić trochę inny mechanizm? Sami widzimy, że projekt ustawy budzi ogromne niepokoje społeczne, ludzie boją się likwidacji szpitali. Pytanie jest takie. Czemu nie wykorzystać pewnych mechanizmów, nazywanych konsolidacją? Chodzi o umocnienie roli organu założycielskiego i zachęcenie do łączenia szpitali, które choćby z racji tego, że są za małe, że są powiatowe i odległe od centrów, mogłyby być przyłączane do szpitali, które nazywamy szpitalami docelowymi sieciowymi. Wszystko po to, by proces restrukturyzacji został uspołeczniony, by z jednej strony zrealizować to, co moim zdaniem jest esencją, słabo tu punktowaną przez państwa, jednokowy dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, to znaczy, żeby rejon szpitala dawał pełny pakiet ubezpieczonemu, a z drugiej, by nie było tak jak dzisiaj, że w małym szpitalu powiatowym jakość serwowanych usług jest, delikatnie mówiąc, rażąco inna niż ta, która jest w szpitalu dużym, mającym tomograf, rezonans i Bóg wie, co jeszcze, być może w niedalekiej przyszłości także PET.

Krótko mówiąc, mechanizm uruchamiania sieci szpitali jest pewną polityczną okazją do tego, żeby zachęcić, żeby wprowadzić do ustawy system zachęt do łączenia

szpitali i osiągnąć to, o czym mówił pan minister, zwiększyć pulę łóżek długoterminowych, liczbę ilość łóżek rehabilitacyjnych, przez mechanizm, który z punktu widzenia zarządzania zwiększa prawdopodobieństwo osiągnięcie tego efektu w ramach skonsolidowanej jednostki. Tego właśnie bardzo brakuje mi w tej ustawie. Bardzo się cieszę, że mamy jeszcze czas na konsultacje, na zastanowienie się nad tym, w jaki sposób to rozważyć i uwzględnić.

Czy są inne głosy w dyskusji?

Bardzo proszę, pan prezes Włodarczyk.

**Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej  
Andrzej Włodarczyk:**

Słuchając pana senatora, czuję się tak, jakbym doradzał pani Gronkiewicz-Waltz, bo aż się prosi, żeby szpitale wianuszka okołowarszawskiego z niewykorzystanymi łóżkami skonsolidowały się i stały się zapleczem dla warszawskich szpitali klinicznych, w których prowadzona by była diagnostyka na najwyższym poziomie, odbywałyby się operacje, leczenie, a tam prowadzony byłby tylko proces pielęgnacji czy rehabilitacji.

Przechodząc zaś do ustawy, chciałbym powiedzieć, że samorząd lekarski absolutnie podziela tezy, które przyświecały tworzeniu tej ustawy, ale jak zwykle diabeł tkwi w szczegółach. Ponieważ te szczegóły z naszej strony przekazałem panu ministrowi, ograniczę się do trzech ogólnych stwierdzeń. Pierwsza sprawa polega na tym, że brakuje nam bardzo dokładnej analizy sytuacji w Polsce dotyczącej nie tylko i wyłącznie wykorzystania łóżek, bo przecież sam pan minister powiedział, iż nie tylko i wyłącznie o to chodzi...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Trzeba popatrzeć na limity. Przecież część łóżek stoi pusta, dlatego że wykonali limity i...)*

Dlatego że jeżeli szpital wykona leczenie ponad limit, to ma niezapłacone. A więc jemu to się nie opłaci.

Elementami niezwykle ważącymi przy kwalifikacji powinny być: stopień wyposażenia w sprzęt i aparaturę, a przede wszystkim ludzie, czyli liczba fachowców i poziom tych ludzi, którzy w poszczególnych szpitalach pracują. Tej analizy nam brakuje.

Druga sprawa to jest to, o czym mówiłem między innymi w pytaniach. Z bardzo wielu zapisów wynika ogromny poziom ogólności. Są one niedoprecyzowane. Jest na przykład przedstawiony skład rad, a nie jest powiedziane, jakim ci ludzie mają odpowiadać kryteriom. Ja przepraszam, z całym szacunkiem, nie mam nic przeciwko zawodowi salowej, ale zastanawiam się, czy panie z powiatu to nie będą na przykład dwie panie salowe ze szpitali powiatowych, których wiedza na temat pewnych spraw omawianych na posiedzeniu takiej rady nie uprawnia ich do zasiadania w tym ciele. Oczywiście zostało to przeze mnie przejasnawione, ale wydaje mi się, że uogólnień jest w tej ustawie za dużo.

Wreszcie trzecia sprawa. Cieszy mnie to, co powiedział pan minister: że będzie czas na dyskusję, ponieważ jest to ważna kwestia dla polskiego systemu ochrony zdrowia i jest potrzebny czas na wprowadzenie spraw, o których mówił pan minister, czyli ustaw, standardów, koszyka itd. Jeżeli bowiem zaczniemy robić to w oderwaniu, to nie uda się zrobić wszystkiego. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.  
Teraz może oddamy głos ministrowi.

**Minister Zdrowia Zbigniew Religa:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Ja chciałbym odnieść się do części wypowiedzi, a jeśli chodzi o resztę, prosilibym, żeby odpowiedział pan dyrektor Warczyński.

Najpierw może przejdę do kwestii, która jest naprawdę niezwykle ważna: odbiór społeczny. Na dzień dzisiejszy jest on fatalny, zły, a wynika z tych kilku spraw, które zostały tu poruszone. Jest magiczna liczba stu pięćdziesięciu łóżek. Jest jakieś takie przekonanie, że jak mam sto pięćdziesiąt łóżek, to mnie zlikwidują. To jest jedna liczba, ale jest jeszcze druga – nie wiem, skąd się wzięła – dwieście szpitali do likwidacji. Ani pod jednym, ani pod drugim się nie podpisuję. Uważam, że to jest kłamstwo i nieprawda.

Chciałby za to powiedzieć państwu, choć nie do końca jest tak, jak powiem, że to 80% wynika z następującej sprawy. Chciałem powiedzieć: z następującego faktu, ale nie powiedziałem, bo chcę się odnieść do dzisiejszego wydania „Faktu”. Ja nie czytałem tego artykułu, bo – jak powiedział mi z góry rzecznik prasowy – od razu by mnie rozwścieczył. W tym artykule jest napisane, że Radziwiłł i Religa kłamią, że dosyć tego, a poza tym uważają, iż korupcję powodują tylko pacjenci. To jest analiza „Faktu” antykorupcyjnej konferencji prasowej. Przede wszystkim ja w ogóle nie odnosiłem się do pacjentów, jakkolwiek muszę powiedzieć, że zgadzam się z tym, iż pacjent też popełnia przestępstwo, dając pieniądze.

*(Głos z sali: Gdyby nie dał, to nie byłoby...)*

I teraz pojawia się tego typu artykuł, który interpretuje konferencję dotyczącą antykorupcji. Proszę państwa, jestem bezradny. Co ja bowiem mam zrobić, jak ja myślę co innego, mówię co innego, a pisane jest co innego? To samo jest niestety ze sprawą tych dwustu szpitali.

Teraz zwracam się do pana senatora. Druga sprawa: dlaczego tak długo? Otóż z kilku powodów. Po pierwsze, chociażby z powodu tego, o czym powiedziałem w tej chwili: odbiór społeczny jest taki, że musimy mieć czas na to, aby uspokoić ludzi, aby dojść do nich, powiedzieć, że wiele bzdur zostało powiedzianych na ten temat i to wszystko jest nieprawda. Po drugie, proszę państwa, sieć szpitali to będzie bój polityczny w Sejmie. Aż się prosi, żeby obrońcy ludu w postaci wszystkich partii opozycyjnych wystąpili, i oni to będą wałkować. To będzie w podkomisjach, komisjach. Czy nam się to podoba, czy nie, ta praca będzie rozłożona na wiele miesięcy.

Zostało już powiedziane, co podkreślił również pan prezes, z którym całkowicie się zgadzam, że sieć zadziała w momencie, kiedy będzie koszyk świadczeń gwarantowanych i pozostałe ustawy. W tym momencie wpisze się to w całość. Dlatego myśmy założyli, że jej wejście nastąpi 1 stycznia 2008 r. Z kolei bez względu na to, na ile mi państwo wierzyacie... Ja nie mówię tego do senatorów, tylko mówię to do osoby reprezentującej „Solidarność” czy też do pana prezesa Włodarczyka, żeby pan nie czuł się osamotniony.

*(Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Włodarczyk: Ja nie reprezentuję „Solidarności”.)*

Ja wiem, reprezentuje pan samorząd.

Jesteśmy otwarci na dyskusję, nie boimy się dyskusji i jesteśmy skłonni zmieniać zapisy pod warunkiem, że nie burzy to filozofii, którą przedstawiłem, ale myślę, że większość państwa zgadza się z tą filozofią.

„Solidarności” też chcę coś powiedzieć. Ja rozumiem, że waszym obowiązkiem jest – bo taka jest rola związku zawodowego, inaczej nie byłby potrzebny – martwić się o pracowników, ale jeśli państwo zaakceptują naszą filozofię, to w tym zakresie zagrożenia dla pracowników właściwie nie ma, ja w każdym razie go nie widzę. Niemniej jesteśmy otwarci na dyskusję. Drogę do ministerstwa znacie. Odpowiedzialny za to jest dyrektor Warczyński. Może on nawet czasami kłać, bo nie będzie miał czasu, ale na pewno państwa przyjmie i zgodzi się na dyskusję, jeżeli chodzi o te zapisy. Zresztą wiecie, że tak się dzieje. We wszystkich jesteśmy gotowi na dyskusję.

Teraz sprawa może najważniejsza, poruszona przez pana przewodniczącego, bo chodzi o wizję państwa. Panie Przewodniczący, ale to nie jest tylko wizja państwa. Całkowite pójście w samorząd, w tym i zawodowy, ucieczka od administracji państwowej, od państwa wynikała z naszych doświadczeń: państwo jest złe, państwo jest przeciwne ludziom, my musimy to odebrać państwu. Na tej bazie można przekazywać wszystko tylko do samorządów i uważać, że tylko samorzady poradzą sobie. Proszę państwa, czy naprawdę jest to najlepsze rozwiązanie? Czy naprawdę w samorządach nie ma polityki? Wszyscy wiemy, że jest, wszędzie jest. W związku z tym to nie do końca musi być najlepsze rozwiązanie.

Ja myślę, że ideą tego rządu jest jednak tworzenie państwa, które wreszcie kiedyś zdobędzie zaufanie, ale, Panie Przewodniczący, jest też inna bardzo zasadnicza kwestia: kto ma organizować politykę zdrowotną w Polsce?

(*Głos z sali: Minister.*)

Minister. Jeśli tak, to dajcie mu możliwość realizacji, to nie może wszystkiego przejąć samorząd. Jeśli tworzenie sieci, ta bardzo istotna kwestia, wpisuje się w politykę zdrowotną, to dajcie to zrobić ministrowi. Według tej ustawy, w każdym razie w takim kształcie, w jakim ja chciałbym, żeby miała, robi to minister przy pomocy tych ciał.

Do zastrzeżeń pana prezesa za chwilę odniesie dyrektor Warczyński się, ale jednak są jakieś wytyczne odnośnie do tego, kto może zasiąść w tych radach, to nie może być tak, że wejdzie osoba z ulicy. Jest to po prostu niemożliwe, zresztą jest to napisane w ustawie. Korygujmy te zapisy ustawy, ale jednak przy tej filozofii, jak również przy zastrzeżeniu, że skoro obarczacie ministra obowiązkiem tworzenia polityki zdrowotnej, to trzeba mu dać możliwości tworzenia tej polityki.

Panie Dyrektorze, reszta, jeśli pan przewodniczący pozwoli...

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ja tylko ad vocem. Samorząd nie jest pomysłem na złe państwo. Norma pomocniczości, która jest jednym z elementów ładu europejskiego, ale także jest normą konstytucyjną, nakłada na państwo obowiązek takiego układania prawnego życia, by to, co jest możliwe do wykonania na poziomie gminy, na poziomie gminy było wykonane. Nie jest przypadkiem, że w funkcjonowaniu samorządu, zwłaszcza pierwszego szczebla, który najdłużej kotwiczył się w życiu publicznym, ćwiczone pewną relację pomiędzy administracją rządową i samorządową, co stało się kluczem do rozwiązań ustrojowych przyjętych na poziomie powiatu i województwa.

Ja po prostu chciałbym tylko, aby pan minister usłyszał, iż nie dlatego samorząd, że my uważamy, iż państwo jest złe, tylko dlatego, że państwo, które nabiera coraz więcej funkcji wykonawczych, staje się dysfunkcjonalne i nie wykonuje swoich podstawowych obowiązków, jakimi są: zbieranie podatków, dbanie o bezpieczeństwo publiczne i sprawna jurysdykcja. To trzy funkcje, które z natury rzeczy są temu państwu konstytucyjnie przypisane. A więc bardzo prosiłbym, żeby nie widzieć w intencjach decentralizacji państwa i klarowania jego roli, krótko mówiąc, jakiejś filozofii państwa, które jest złe. Nie, my chcemy bardzo silnego państwa, ale jednak państwa, którego pole jest bardzo dobrze określone.

Co bowiem tak naprawdę ta decyzja oznacza? Wojewoda musi mieć odbudowaną administrację, zdolną do wykonywania tego, co pan minister chce na nią nałożyć, i to zarówno w zakresie ratownictwa, jak również, jak się okazuje, w zakresie sieci szpitali, a jeśli nie zostanie to uchylone, to także w zakresie rozwoju regionalnego. Wojewoda odzyskuje kolejne kompetencje i po prostu trzeba patrzeć na pewien proces, który moim zdaniem nie jest zgodny z interesem, krótko mówiąc, dobrze ułożonego życia państwowego.

Pani senator Rudnicka, bardzo proszę.

**Senator Jadwiga Rudnicka:**

Panie Przewodniczący, zawsze zgadzam się ze zdaniem pana przewodniczącego, ale... Jest jednak „ale”, a to z tego względu, że mam praktykę w samorządzie zarówno wojewódzkim, jak i miejskim i muszę powiedzieć, iż teoretycznie rzecz biorąc, ja z panem przewodniczącym się zgadzam, bo sama walczyłam w „Solidarności” o decentralizację tego kraju, ale jak posiedziałam w samorządzie, to zobaczyłam, że burmistrz czy prezydent może zrobić w mieście właściwie wszystko, co mu przyjdzie do głowy, a po paru latach, bo ma jeszcze nieograniczoną kadencyjność, ma niestety, brzydko mówiąc, kupioną radę i tylko parę osób w opozycji krzyczy.

Ja nie dyskutuję z pana wypowiedzią na temat właśnie samorządów, bo jestem za nimi, ale praktyka w wielu sytuacjach jest naprawdę bardzo smutna i pewien monitoring wydaje mi się konieczny, bo wszelkiego rodzaju krzyki w sprawie antykorupcji, jeżeli właściwie w żaden sposób nie można zareagować na błędne decyzje samorządu, przynoszą duże szkody. Ja to mówię jako praktyk, a jako teoretyk zgadzam się z panem przewodniczącym.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Tak, tak.

Zgłaszał się pan minister Grabowski.

Proszę bardzo.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  
Marek Grabowski:**

Jeśli można... Ja siedzę cicho, Panie Przewodniczący, od momentu, kiedy przyszedł mój szef, niemniej jednak w tym momencie zabiorę głos i powiem kilka zdań. Rzeczywiście teoria i praktyka – ja popieram panią senator – idą w zupełnie rozbieżnych kierunkach.

Ja tylko podam państwu przykład Państwowej Inspekcji Sanitarnej, która przeszła pod samorządy w 1999 r. i znajdowała się tam przez dwa lata. Minister zdrowia nie miał żadnych statystyk. Każdy wojewoda, każdy starosta robił we własnym kierunku, co chciał, nie respektując zaleceń ani głównego inspektora sanitarnego, ani ministra zdrowia. Tak więc niektóre służby, pewna konstrukcja musi być pod pionowym, że tak powiem, patronatem ministra zdrowia, bo wtedy mamy wszelkie informacje, co dzieje się w kraju.

Od momentu, kiedy Państwowa Inspekcja Sanitarna wróciła w 2002 r. pod tak zwany pion, czyli pod wpływ i finansowe, i merytoryczne ministra zdrowia, sytuacja diametralnie uległa zmianie i my naprawdę wiemy, co i gdzie w kraju pod tym względem się dzieje. Tak zwany nadzór jest bardzo ważnym zadaniem, w związku z czym te sprawy są bardzo istotne.

Ja jeszcze powiem dwa słowa uzupełnienia do wypowiedzi pana ministra Religi. Pan senator Karczewski zastanawiał się, dlaczego tak odwlekamy w czasie przygotowywanie tej ustawy. Panie Senatorze, gdyby było za krótko, to całe społeczeństwo, wszyscy, bo jest to tak medialna ustawa, powiedzieliby, że nie mieliśmy czasu zastanowić się, nie mieliśmy czasu przeanalizować pewnych spraw.

Nam chodzi o to, żebyśmy poprzez analizę uwag zgłoszonych przez bardzo dużo podmiotów, przez osoby prywatne, przez stowarzyszenia, przez różnego rodzaju podmioty, które mają do czynienia lub chcą wpłynąć na ustawę o sieci szpitali, mogli poddać to stosownej analizie i przeanalizować pod wpływem odpowiedniej logiki w postępowaniu z siecią. To jest główny powód tego, że został wydłużony czas na uzgodnienia zewnętrzne, że na pewno będzie długa dyskusja na innych poziomach, a w Sejmie rzeczywiście będzie walka, bój o to, ażeby stworzyć coś, czego sama ochrona zdrowia w Polsce się boi.

Ja, nie przedłużając, podam jeszcze taki przykład. Byłem w małym szpitalu w województwie świętokrzyskim. Są takie szpitale. Podstawowe oddziały, doskonale rozwinięta chirurgia. Specjalnie pytam o oddziały pediatrii, ginekologii i położnictwa. Pani dyrektor mi odpowiada: pediatrię obsługują Kielce, bo to dość blisko, jeśli chodzi o ginekologię i położnictwo, jeszcze dwa lata temu mieliśmy wykorzystanie 30%, więc przekształciliśmy ginekologię w oddział opiekuńczo-leczniczy z doskonale rozwiniętą rehabilitacją. A więc w zasadzie oni poszli zgodnie z kierunkową myślą resortu zdrowia. Mają doskonałą fizykoterapię, mają rehabilitację, mają oddział długoterminowy. Ja pytam się: pani dyrektor, dobrze, ile zwolniliście osób? Ona mówi: Panie Ministrze, skąd! Myśmy jeszcze przyjęli. Niektórzy oczywiście się przebranżowili, ale myśmy przyjęli cały szereg osób do fizykoterapii.

Tak więc, Panie Senatorze, trzeba połączyć wodę z ogniem, a konsensus, rozwiązanie, myślę, jest gdzieś pośrodku. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ja chciałbym państwa przeprosić, że przekażę przewodniczenie panu senatorowi Karczewskiemu, ale dzisiaj są centralne obchody rocznicy wprowadzenia stanu wojennego, a ja jako jedna z pierwszych osób internowanych na swoim terenie powinienem tam być.

Dlatego, odchodząc, chciałbym jeszcze tylko króciutko powiedzieć, że korupcja czy nieprawidłowości nie są specyficzne dla administracji samorządowej. Arbitralność



decyzji podejmowanych przez organy państwa też musi być przez państwo uwzględniana. Choćby świeży przykład pewnej stacji na drodze ekspresu powinien być groźnym memento, zwłaszcza dla tych, którzy wierzą w to, że administracja rządowa jest mniej podatna na arbitralność niż administracja samorządowa. Nie o to tu chodzi. Niemniej traktuję swój udział w całej tej dyskusji jako próbę obrony pewnej filozofii ładu, w którym zasada pomocniczości jest respektowana w maksymalnym stopniu. Dlatego mam nadzieję, że jeszcze będzie okazja spokojniej na ten temat porozmawiać.

A teraz chciałbym przekazać przewodnictwo i bardzo państwa przeprosić, ale dosyć niespodziewanie dla mnie wyszło to, że będę dzisiaj, w tej chwili musiał wracać do Wrocławia. Tak więc dziękuję wszystkim za przyjście i przepraszam, że nie do końca będę uczestniczył w dyskusji, ale bardzo starannie zapoznam się z protokołem. Dziękuję bardzo.

*(Przewodnictwo obrad obejmuje zastępca przewodniczącego Stanisław Karczewski)*

**Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Ja poprowadzę obrady, aczkolwiek chcę w odniesieniu do tego, o czym mówił pan minister Grabowski, powiedzieć, że nie przekonał mnie pan, Panie Ministrze. Ja uważam, że ten czas im dłuższy, tym gorszy. Trudno, takie jest moje zdanie, pozostaną przy nim. Najlepszym przykładem była jednak długo opracowywana ustawa o ratownictwie medycznym. Myślę, że porównując treść pierwszej ustawy i końcowego efektu, można powiedzieć, iż ten czas wpłynął chyba jednak na niekorzyść.

Ja już więcej nie będę mówił. Chciałem jeszcze odnieść się do wypowiedzi pana przewodniczącego Sidorowicza, ale pani senator Rudnicka właściwie mnie wyręczyła.

Rozumiem, że pan dyrektor miał jeszcze uzupełnić wypowiedź pana ministra.

Bardzo proszę.

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

Postaram się już naprawdę bardzo krótko opowiedzieć, dlaczego zdecydowaliśmy się na te optymalne wskaźniki, na optymalną liczbę łóżek. Przede wszystkim to już zostało opracowane. Nie będą robiły tego rady, tylko to wszystko jest już wyliczone w skali poszczególnych regionów. Tak więc my mamy to już opracowane i dość dokładnie wiemy, gdzie czego brakuje, a gdzie czego jest za dużo.

Wzór, który pokazałem, jest oczywiście niesłychanym uproszczeniem, ponieważ całe to opracowanie wstępnie opierało się na naprawdę szczegółowej krajowej, jak i regionalnej analizie epidemiologicznej, analizie demograficznej, analizie historycznej tego, jak to wyglądało w latach ubiegłych, i na prognozie. Aktualnie mamy tę prognozę do roku 2012.

Trzeba pamiętać, że optymalna liczba łóżek, która będzie wytyczną do tworzenia programów dostosowawczych, dotyczy prognozy na rok 2012, a więc nie jest to liczba, która ma obowiązywać w tej chwili, aczkolwiek to wszystko też zostało przeanalizowane i jest w tym opracowaniu, ale jest to prognoza na ten rok, kiedy mniej więcej wychodzi nam wejście w życie tej ustawy.

Przy tym wszystkim były wykorzystywane, tak jak mówiłem, sytuacja demograficzna, czyli właściwie analizy ludnościowe, prognozy demograficzne, przeciętne trwanie życia czy przyczyny zgonów, a także struktura całej hospitalizacji, przyczyn tej hospitalizacji. Na tej podstawie została wypracowana metodologia wyliczenia optymalnego wskaźnika łóżek. Nie jest to więc coś, co przyjęliśmy sobie, że tak należy to określić, tylko po prostu wynikało to z naprawdę bardzo ogromnej pracy i bardzo szczegółowej analizy tych kwestii, o których mówiłem.

Jeżeli chodzi o szpitale poza siecią, to wydaje się, że jest niemożliwe z prawnego punktu widzenia, aby całkowicie wyłączyć szpitale poza siecią z uczestnictwa w systemie, chociażby z tego względu, iż są to szpitale posiadające również łóżka innego rodzaju niż krótkoterminowe. Cały system opieki długoterminowej oczywiście nie będzie w sieci.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak, ale oczywiście trzeba pamiętać, że Narodowy Fundusz Zdrowia przede wszystkim będzie finansował szpitale w sieci. Jeżeli będzie miał wolne środki finansowe, to w pierwszym rzędzie, ale nie powinno to być główną przyczyną, tylko po prostu potrzeby.

**Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:**

Nie ma pana prezesa, ale postawię pytanie: czy Narodowy Fundusz Zdrowia będzie miał kiedyś wolne środki, a jeśli tak, to kiedy będzie miał? To powiedzmy, że szpital, który nie będzie w sieci, nie będzie finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Trzeba to powiedzieć, bo nie możemy opowiadać: jak będzie miał. Pan prezes Sośnierz, który wcześniej wyszedł, może ma, ale ja w to nie wierzę. Nie ma i nigdy nie będzie miał.

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

Jeżeli tak będzie, to po prostu nie będzie środków na to, żeby podpisywać kontrakty z tymi szpitalami, a to, jak mówię, powinno wynikać z potrzeby, z konieczności, żeby zawierać takie kontrakty. Będzie taka możliwość. Nie chcemy ucinąć tego i mówić w tej chwili wprost, że szpitale poza siecią nie są finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia. To jest kolejny punkt.

Co do składu rady, to oczywiście sprawa jest stosunkowo otwarta.

Jeżeli chodzi o kompetencje, to dziękujemy za uwagi. Wydaje się, że rzeczywiście te kompetencje, być może w samej ustawie, powinny być bardziej szczegółowo określone. Wtedy nie byłoby takich wątpliwości. Nad tym rzeczywiście popracujemy.

Jeżeli chodzi o konsolidację, to taka była idea również tego projektu. O tym cały czas myślimy, mimo że często o tym się nie mówi, bo po prostu nie ma innego wyboru. Poprzez realizację wskaźników w programach dostosowawczych będą zawarte działania polegające przede wszystkim na konsolidacji małych jednostek. To będzie droga do osiągnięcia dobrego efektu. To chyba odpowiedzi na większość wątpliwości.

**Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:**

Dziękuję bardzo, Panie Dyrektorze.

Przepraszam, ale pan senator wcześniej podniósł rękę.  
Bardzo proszę, pan senator Kraska.

**Senator Waldemar Kraska:**

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Jako chirurg też powiem bardzo krótko. Myślę, że wokół tej ustawy niestety powstała bardzo zła aura i dyskutujemy nad ustawą, która jest a priori złą ustawą, i to złą nie tylko dla lekarzy, ale także dla pacjentów. Sądzę, że rok, który jest przeznaczony na prace nad nią, w jakiś sposób po prostu to odwróci. Będzie to nasza rola, myślę, że także ministerstwa, tak aby w końcu troszeczkę dotarło do mediów, że nie jest to tylko samo zło, ale prowadzi to do czegoś dobrego. To pierwsza kwestia.

Druga sprawa. Chciałbym powiedzieć, że sieć szpitali zawsze kojarzy mi się z siecią rybacką, i myślę, że byłoby dobrze, gdyby zostały w sieci nie tylko grube ryby, ale też gdyby nie uciekły małe, bo one, jak wiemy, czasem też są bardzo smaczne. Sądzę, że praca nad tą ustawą będzie do tego zmierzała.

(*Głos z sali: Wędkarz?*)

Trochę.

Zgadzam się także z panem prezesem, który mówił, że diabeł tkwi w szczegółach. Dlatego proponuję, żebyśmy nie ograniczali się do prac nad samą ustawą, ale także nad rozporządzeniami do tej ustawy, które będą się pojawiały, ponieważ w nich czasami jest to, o co głównie w ustawie chodzi. Pracowaliśmy nad ustawą o ratownictwie, a w tej chwili są różne rozporządzenia, co do których właściwie nie wiemy, jak one będą wyglądały. Ja myślę, że dobrze byłoby, żeby praca w jakiś sposób była może nie uzgadniana w całości wspólnie z nami, ale żebyśmy tak czy tak wspólnie nad tym pracowali. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:**

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Pani się zgłaszała.

Bardzo proszę o przedstawienie się, bo to jest potrzebne do protokołu.

**Główny Specjalista w Federacji Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
Renata Górna:**

Dziękuję bardzo.

Renata Górna, OPZZ i Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej.

Chciałam po prostu po wypowiedzi mojego kolegi z „Solidarności” zabrać głos dla równowagi, aczkolwiek sama również miałam zamiar odezwać się.

Przede wszystkim, Panie Ministrze, bardzo dziękujemy w imieniu strony społecznej, która postulowała wydłużenie terminu konsultacji, bo rzeczywiście uważamy, że jednak musi być pogłębiona refleksja nad tym projektem.

Proszę mi wierzyć, że naprawdę bardzo wiele pytań, jakie płyną do nas z terenu, z naszego środowiska, wynika z dwóch kwestii, z których jedna to na pewno częściowa

nieumiejętność lektury. Nie chce przypisywać braku rozumienia pewnych spraw, ale rzeczywiście związkowcy dzwonią do nas z różnymi pytaniami, z zaniepokojeniem, między innymi pytając również o aspekty pracownicze, których tu – trzeba to przyznać – nie ma tak do końca wpisanych wprost. Dlatego, kończąc ten wstęp, chciałabym naprawdę podziękować. W odpowiednim czasie prześlemy nasze uwagi na piśmie.

Bardzo prosilibyśmy też o to, żeby debata, która odbędzie się później, na etapie konferencji uzgodnieniowych, rzeczywiście była optymalna i żeby podczas niej wysłuchano środowiska. Mamy nadzieję, że będzie to jednak obiektywne spojrzenie na tę sprawę.

Odnosząc się zaś do szczegółów, chciałabym podkreślić tylko pewne elementy, pewne hasłowe kwestie, o których w większości już powiedziano, ale jednak chcę je jeszcze zasygnalizować, tak aby zwrócono szczególną uwagę na pewne sprawy.

Oczywiście nie byłabym sobą, przedstawicielką związków zawodowych, gdybym nie powiedziała właśnie o sprawach pracowniczych, aczkolwiek będziemy odnosić się do całości ustawy. Ustawa rzeczywiście nie mówi o tym, co będzie w przypadku reorganizacji – też chcielibyśmy tak rozumieć to słowo, a nie jako likwidację – szpitala. Ustawa jednak o tym nie mówi. Rzeczywiście tylko w uzasadnieniu jest określone, że koszty na programy osłonowe zostaną zagwarantowane i będą wynosiły 55 milionów zł na dziesięć tysięcy pracowników. Uzasadnienie jest jedynym elementem, który mówi o stronie pracowniczej.

Nie będę rozszerzała tego tematu, bo na pewno będzie czas, być może już w najbliższych dniach, na dyskusję o pakietach osłonowych i różnego typu elementach gwarancji dla pracowników, i to nie tylko zwalnianych, bo mówimy nie tylko o nich. Mówimy też o tych, którzy zostaną przekwalifikowani, którzy być może będą nawet zmieniali miejsce pracy. Zastanowimy się, jak ująć ten element, czy ma to być w ustawie, czy ma to być w jakiejś innej formie, ale musi to być, bo jest jednak wielkie zaniepokojenie i trzeba o to zadbać. To pierwsza sprawa.

Drugą kwestią jest to, o czym mówił pan prezes Włodarczyk, ale nie tylko, bo wielokrotnie padały tu głosy na temat składu rad i kosztów. Nikt nie powiedział o kosztach, ale wiadomo, że pieniądze bardzo kłują w oczy i pojawia się bardzo wiele opinii, że nie jest wyjaśnione, dlaczego akurat tak wielkie są koszty uposażenia członków tych rad: 20 milionów zł w skali roku.

Nie chodzi o to, aby kłócić się, iż ma być suma akurat taka, a nie inna, bo pewnie, że jakaś musi być. Moja osobista refleksja jest taka, że musi być uposażenie dla członków rad, bo jednak jest to zadanie, które powinno być jakoś motywowane, prawda? Chyba nic tak nie motywuje jak pieniądze. Myślę więc, że powinny być w tym zakresie takie aspekty, ale dwukrotność pensji budżetowej jest dla nas trochę nieuzasadniona, zwłaszcza że nie jest umotywowane, dlaczego akurat tyle, tym bardziej że nie zostały określone kompetencje członków.

Pan dyrektor powiedział, że zostaną one określone w delegacji, ale ja teraz przeczytałam sobie rozdział ustawy, który mówi o regionalnych radach, i poza tym, że na etapie delegacji ma być tylko regulamin rady, tryb pracy itd., nie zauważyłam żadnego ustępu, który mówi o tym, jakie mają być wymagania dla tych członków.

Myślę, iż my wszyscy nie wymagamy tego, że ma być takie, a nie inne wykształcenie, ale jednak w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej jest wyraźnie określone, kto może być członkiem rady funduszu i kto może być członkiem rady spo-

łecznej w oddziałach funduszu, czyli są pewne graniczne... Samo sformułowanie dotyczące dawania rękojmi i doświadczenia przy wykonywaniu tego zadania chyba jednak do końca nie konsumuje kwestii zadań, jakie te rady mają wykonywać.

Poza tym regionalne rady mają jeszcze przygotowywać programy dostosowawcze. To jest rzeczywiście ważne zadanie, bo ten program jest najważniejszy, jako że już na samym wstępie projektuje, co dalej będzie się z tym działo. Myślę, że każdy z nas w jakiś sposób oczekuje, żeby te wymagania zostały jednak dookreślone. Chyba najlepiej, żeby zostało to zrobione w ustawie.

Kończąc temat rad, temat spraw pracowniczych, chciałabym jeszcze tylko powiedzieć, że pojawiały się w naszym środowisku głosy na temat tego jednego aspektu finansowego, to znaczy na temat płacenia za gotowość. Głosy są podzielone, czy płacenie za gotowość szpitali w sieci powinno być, czy nie. My jak na razie wyrażamy opinię, że nie powinno być płacenia za gotowość, aczkolwiek myślę, iż powinna być jakaś pogłębiona debata w tym aspekcie.

Oczywiście o wiele lepiej czytałoby się ustawę, gdyby były akty wykonawcze, ale rozumiemy, że na tym etapie nie mogą być one dołączone. To rzeczywiście pomogłoby odpowiedzieć na wiele pytań, które wielokrotnie zadawaliśmy. To chyba tyle. Uwagi przekazemy na piśmie. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:**

Dziękuję pani bardzo.  
Bardzo proszę, pan Krzysztof Filip.

**Doradca w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia  
Niezależnego Samorządnego Związku Zawodowego „Solidarność”  
Krzysztof Filip:**

Krzysztof Filip, Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”.

Bardzo dziękuję za wywołanie do tablicy przez pana ministra, choć sam też miałem zamiar zabrać głos. Chcę powiedzieć tylko dwa słowa. Pierwsze słowo jest takie, że „Solidarność” zawsze występowała o stworzenie sieci szpitali, dlatego że traktowaliśmy to jako pewną kotwicę, która zakotwaczy, po pierwsze, system, a po drugie, pracowników w tym systemie i usunie takie dowolności interpretacyjne, jakie miały miejsce za poprzedniego rządu, kiedy blisko dwa lata dyskutowało się problem restrukturyzacji zakładów i wyszedł pomysł zozów-spółek.

Wtedy to, Panie Ministrze, padła liczba stu pięćdziesięciu łóżek, wtedy to liczone koszty tak albo siak, wtedy to też padały kryteria, często zmieniane, aż w końcu doszło w tej sali – siedziałem naprzeciw pana ministra zdrowia, pana wicepremiera Hausnera i pana marszałka Sejmu – do dyskusji, w czasie której przez jakieś piętnaście minut mówiłem, co się nie podoba, co w ustawie nie jest właściwym rozwiązaniem. Pan marszałek Sejmu wtedy to prowadził i tylko mówił: Panie Przewodniczący, niech pan skończy, Panie Przewodniczący, niech pan skończy. Temat rzeczywiście był drażliwy i pełen raf, aż w końcu skończyło się to głosowaniem, w którym na szczęście odrzucono ustawę. Była to duża niedoróbka, dlatego prasa, choć nie tylko prasa, używała sobie, bo było dużo znaków zapytania.

Ja widzę, że projekt, który powstał, jest w dużym stopniu ramowy. „Solidarność” mówi „tak” sieci szpitali, ale jednocześnie mówi, że należy maksymalnie dopre-

cyzować w ustawie zarówno kryteria szczegółowe, które kwalifikują do sieci, jak i elementy osłonowe, stanowiące de facto sedno restrukturyzacji, a także to, o czym wszyscy mówią, a mianowicie kto decyduje o włączeniu do sieci i o wyłączeniu z niej, jak również to, jakie skutki i dla kogo pociągnie to za sobą.

Myślę, że im ta dyskusja dłuższa, tym lepiej, bo poprzednio naprawdę przekonaliśmy się, że mimo różnych deklaracji w końcu wyszło, jak wyszło. Dzięki Bogu nie mamy zozów-spółek, ale to ta dyskusja pozwoliła to wykazać i do tego doprowadzić.

Jeszcze jedno pytanie. Mówi się o trudnych do wyliczenia skutkach budżetowych. Ja to rozumiem, chociaż poprzednio skutki jakoś obliczano. Odsyła się do programów dostosowawczych, tylko że te programy powinny też uwzględniać, po pierwsze, epidemiologię, a po drugie, możliwości finansowe budżetu państwa i budżetów samorządów. Kiedyś próbowano to wyliczyć w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Czy teraz jest niemożliwe, czy też możliwe sięgnięcie do tych wyliczeń i przedstawienie zaktualizowanych danych? Jednym bowiem z elementów, o które to się rozbija, jest budżet państwa. Tak więc miałem do wypowiedzenia te stwierdzenia i do zadania to pytanie. Dziękuję.

**Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Czy jeszcze ktoś chciałby zadać pytanie albo wyrazić opinię? Nikt.

Bardzo proszę, Panie Ministrze albo Panie Dyrektorze, o odpowiedź.

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

Jeżeli chodzi o kompetencje członków rady, to z tym się zgadzam. Nie wiem, jaki to jest projekt. Ja żyję kolejnymi tymi projektami, które być może...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Rzeczywiście bez wątplenia wymaga to doprecyzowania już na poziomie ustawy. W pełni zgadzam się z tym i na pewno zostanie to zrobione.

Jeżeli chodzi o wynagrodzenie członków, to spoczywa na nich taka odpowiedzialność, wykonują taką pracę, że zaproponowaliśmy takie wynagrodzenie, jednakże też nie jesteśmy sztywno przywiązani do poziomu tego wynagrodzenia, więc jest to kwestia osiągnięcia pewnego konsensusu i ustaleń. Myślę, że jeżeli jest taki odbiór, to wynagrodzenie członków rad z pewnością spadnie.

**Główny Specjalista w Federacji Związków Zawodowych  
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej  
Renata Górna:**

Przepraszam, ja nie chciałabym, żeby moje słowa zabrzmiały jakoś tak bardzo negatywnie. Jest to taka życziwa krytyka. Ja po prostu przekazałam informację na temat tego, jaka towarzyszy temu atmosfera. Nie chciałabym, żeby zostało to potraktowane jako zazdrość czy cokolwiek. Po prostu jest odbiór taki, że rzeczywiście...

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

Spodziewamy się istotnej uwagi co do tego wynagrodzenia ze strony Ministerstwa Finansów i przede wszystkim to będzie wyznacznikiem tego, co będziemy mogli w tym zakresie zmienić albo utrzymać.

Jeżeli chodzi o te sto pięćdziesiąt łóżek, żeby już właściwie zakończyć tę dyskusję, to chcę powiedzieć, że do tej pory na stronach WHO jest dostępne światowe opracowanie, które mówi nie o stu pięćdziesięciu łóżkach, ale bodajże nawet o stu sześćdziesięciu siedmiu. Jest to dokładnie praca naukowa, która mówi o tym, przy jakiej liczbie łóżek jest sens istnienia szpitala, oczywiście wirtualnego, ponieważ, tak jak mówił pan minister, są od tego wyjątki. Monospecjalistyczne szpitale oczywiście nie wchodzi w grę. Mówimy o podstawowym, wielospecjalistycznym szpitalu.

Z punktu widzenia ekonomii i bezpieczeństwa zdrowotnego dokonano takiej analizy i wyliczono, że musi to być właśnie co najmniej sto sześćdziesiąt siedem łóżek. Oczywiście też jest to sprawa dyskusyjna, jednakże Światowa Organizacja Zdrowia uznaje to opracowanie za zasadne, dlatego braliśmy to wszystko pod uwagę.

*(Brak nagrania)*

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

My zastanowimy się nad tym, ale moje pierwsze wrażenie jest takie, co już było brane pod uwagę, że niestety nie będzie to możliwe, dlatego że są to zupełnie inne dane, inna metodologia.

**Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:**

Dziękuję bardzo, Panie Dyrektorze.

Ja rozumiem, Panie Ministrze, że zostałem w mniejszości, jeśli chodzi o czas, i większość osób wypowiadała się jednak za terminami zaproponowanymi przez pana.

*(Senator Mieczysław Maziarz: Ja chciałbym jeszcze zadać pytanie.)*

Tak? Pytania już były, ale bardzo proszę, Panie Senatorze.

**Senator Mieczysław Maziarz:**

Ja chciałbym jeszcze zadać pytanie, bo nie została poruszona sprawa szpitali niepublicznych. Właśnie zastanawiamy się z kolegą, jak będą one finansowane i czy w ogóle jest prowadzona jakaś kontrola, bo tych szpitali jest coraz więcej, biorą one najlepsze procedury i zabierają największe pieniądze, a później, jeżeli chodzi o te wszystkie swady, idzie to do szpitali i nikt nie chce tego przejąć: ani szpital na szczeblu powiatowym – ja mam takich, co przez niedzielę albo przez sobotę i niedzielę spadają, bo nikt nie chce przyjąć – ani ZOL, ani żaden szpital długoterminowy, a nie ma mowy o tym, żeby przyjął niepubliczny. Jak ma się to do rzeczywistości? Oni wykonają najlepszą procedurę, wezmą kasę. A co będzie z powikłaniami? Wiadomo, że zadzwonią po pogotowie i przywieżą do szpitala publicznego. Powikłania są bardzo kosztowne, jeżeli chodzi o leczenie, dlatego mam właśnie pytanie, jak to będzie finansowane. Dziękuję.

**Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:**

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.  
Bardzo proszę, Panie Dyrektorze.

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

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze!

Ten problem pośrednio rozwiąże sieć, mimo że oczywiście z założenia do sieci będą wchodziły na dokładnie takich samych prawach szpitale zarówno publiczne, jak i niepubliczne. Inaczej jest to niemożliwe i wydaje się niezasadne, prawda?

W tej chwili szpitale niepublicznych, ale szpitale, bo mówimy o czymś, co jest szpitalem, a nie jakimś małym zakładem opieki zdrowotnej, który ma dwa czy trzy łóżka, bo to w tym jest problem, choć nawet sto łóżek to nie jest duży szpital, takich naprawdę prywatnych – może tak byśmy to nazwali – szpitale niepublicznych, które mają powyżej trzystu łóżek, jest chyba pięć w skali kraju, więc to nie jest jakiś problem. Są to samorządowe szpitale przejęte przez podmioty prywatne.

Większość prywatnych szpitale niepublicznych, które my nazywamy niepublicznymi, bo one de facto są niepubliczne, to są spółki samorządowe, czyli szpitale publiczne, SP ZOZ, które przekształciły się w spółki samorządowe, w których samorządy mają 100% udziałów albo co najmniej dziewięćdziesiąt kilka. Nie ma takich, które...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak.

Z punktu widzenia systemu są one postrzegane jako szpitale publiczne, one tylko prawnie są szpitalami niepublicznymi. Tak więc problem, bo on bez wątplenia jest, wydaje się możliwy do rozwiązania przez Narodowy Fundusz Zdrowia i odpowiedni system kontraktowania oraz sformułowanie zasad w konkursie ofert w taki sposób, żeby było niemożliwe świadczenie usług do pewnego poziomu, tylko żeby wiązało się to z kompleksowością.

**Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:**

Dziękuję bardzo, Panie Dyrektorze.  
Rozumiem, że więcej pytań już nie mamy.

Ja serdecznie dziękuję wszystkim za przybycie, za cierpliwość, za wytrwałość, bo długo siedzieliśmy. Jeśli można jeszcze na sam koniec powiedzieć dwa słowa, to chcę zauważyć, że jest to ustawa, która od wielu lat jest oczekiwana, i należy życzyć i panu ministrowi, i nam wszystkim, aby została ona wprowadzona w życie.

Ja w tej chwili jak najszybciej wycofuję się już z tych słów. Nie chciałem być źle rozumiany, ale rok 2008 wydawał mi się może zbyt odległy. Rozumiem, że lepiej wprowadzić ustawę dobrą i pracować nad nią.

Odnosząc się jeszcze do słów pani, która wypowiadała się przed chwilą, chciałbym powiedzieć, że faktycznie ludzie w radzie będą mieli olbrzymie zadania, z czym łączą się bardzo duże obowiązki, również duża odpowiedzialność. Jednostkowo to nie są jakieś astronomiczne kwoty, ale faktycznie kwota 16 milionów zł nie tylko dla



nas jest już duża, ale pewnie dla pani minister finansów też będzie spora. To też w jakiś sposób będziemy analizować.

Zgłaszał się jeszcze pan minister.

Bardzo proszę.

**Minister Zdrowia Zbigniew Religa:**

Ja zgłaszam się tylko po to, żeby podziękować za tę dyskusję. Dziękuję, Panie Senatorze, dziękuję poprzedniemu przewodniczącemu, który ze zrozumiałych dla mnie względów musiał wyjść. Chcę bardzo podziękować wszystkim senatorom, jednym i drugim związkom zawodowym, których przedstawiciele zabierali głos.

Mam też jedną prośbę. Tak się składa, że nie wiem, mam taką wadę, iż zawsze mówię to, co myślę. Jeśli więc mówimy, że jesteśmy absolutnie otwarci na dyskusję, nie jesteśmy przywiązani do żadnego z zapisów, pod warunkiem że nie burzy to filozofii, którą przedstawiłem na początku, bo od filozofii nie odejdziemy, to autentycznie jesteśmy otwarci. Bez względu na to, czy propozycje wyjdą z Senatu, z komisji senackiej, czy wyjdą od związków zawodowych, prosimy, czekamy, jesteśmy gotowi wspólnie dyskutować o każdej propozycji, dyskutować, czyli przedstawiać swoje racje i słuchać państwa racji. Dobrze byłoby, żeby w tej dyskusji jakaś jedna racja została potem przyjęta. Ja bardzo serdecznie dziękuję za tę dyskusję.

**Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Serdecznie dziękuję wszystkim za przybycie.

Zamykam już omawianie tego punktu porządku obrad.

Mamy jeszcze sprawy różne i jeśli państwo chcecie jeszcze uczestniczyć w posiedzeniu, choć właściwie... Proszę państwa, ponieważ są to takie nie bardzo istotne kwestie, zamknę już posiedzenie. Zapoznamy się z nimi na następnym posiedzeniu. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia.

Dziękuję.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 11)*

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851