



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(670)

41. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 27 marca 2007 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministerstwa Zdrowia na temat sytuacji szpitali niepublicznych.
2. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 13 minut 02)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

W dzisiejszym porządku obrad, proszę państwa, mamy informację ministra zdrowia na temat sytuacji szpitali niepublicznych oraz sprawy różne.

Czy w sprawie porządku obrad są jakieś wnioski?

Nie. Uznaję, że porządek obrad został przyjęty.

Proszę państwa, w dotychczasowych pracach nad budżetem ochrony zdrowia, nad sytuacją, w jakiej są placówki, powrócił problem szpitali niepublicznych, które na równych prawach korzystają z dostępu do środków publicznych, jeśli spełniają wymogi określone przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Mamy bowiem dosyć dużo informacji o tym, że pojawiają się pewne wątpliwości, jeśli idzie o obowiązki zakładów niepublicznych. Ustawa komornicza odsłoniła braki regulacyjne w zakresie dostępu do środków publicznych, gdyż publiczne zakłady opieki zdrowotnej nie mogą, taka jest przynajmniej dotychczasowa interpretacja, po wyczerpaniu limitu uzyskanego z Narodowego Funduszu Zdrowia wykonywać świadczeń zdrowotnych, co powoduje, że przy jednakowych prawach w dostępie do środków publicznych publiczny świadczeniodawca ma znacznie ograniczone pole manewru. Jednocześnie placówki ochrony zdrowia są ogromnie zadłużone. Stąd właśnie wziął się pomysł, aby dzisiaj porozmawiać na temat sytuacji szpitali niepublicznych i ich funkcji w systemie bezpieczeństwa zdrowotnego państwa.

Bardzo się cieszę, że jest z nami pan minister wraz z dyrektorami z Ministerstwa Zdrowia, że jest wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia, także ze wsparciem. Zdaje się, że tym razem trochę słabiej wygląda reprezentacja strony społecznej. Choć oczywiście powiadomiliśmy i zapraszaliśmy wszystkich naszych ludzi, a więc także i tych z prywatnych zakładów opieki zdrowotnej, zdaje się, że nie ma przedstawicieli tego sektora. To jest pewna ułomność dzisiejszej rozmowy. No ale będziemy mimo wszystko procedować.

Bardzo bym prosił pana ministra – i dziękuję za przygotowanie materiału – o przedstawienie stanowiska ministerstwa w tej sprawie.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Grabowski:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Tak jak pan przewodniczący zaznaczył, przedstawię państwu informację ministra zdrowia na temat sytuacji szpitali niepublicznych. Materiały wszyscy państwo ma-

cie, niemniej jednak pewne rzeczy uwypuklę. Otóż w Polsce funkcjonuje generalnie osiemset siedemnaście szpitali, w tym sto siedemdziesiąt dwa szpitale to są właśnie szpitale niepubliczne, zarejestrowane jako niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Szpitale niepubliczne stanowią 21% ogólnej liczby szpitali, a pod względem liczby łóżek, co jest ciekawe, stanowią raptem 5%. To się wiąże między innymi z różnicą wielkości, jaka jest pomiędzy szpitalami publicznymi a niepublicznymi. Jeżeli chodzi o ogólną liczbę łóżek, to jest ich ponad sto siedemdziesiąt dwa tysiące w szpitalach publicznych i osiem tysięcy dwieście w szpitalach niepublicznych. A więc widać różnicę. Widać również różnicę pomiędzy szpitalami publicznymi i niepublicznymi, jeśli chodzi o tak zwaną uśrednioną liczbę łóżek: szpitale niepubliczne – czterdzieści osiem łóżek, szpitale publiczne – dwieście sześćdziesiąt osiem łóżek.

Pierwsza tabelka, którą państwo tutaj widzą, pokazuje, że wśród szpitali niepublicznych mają przewagę szpitale niepubliczne poniżej pięćdziesięciu łóżek. Jest ich sto dwadzieścia cztery. Duże szpitale, do pięćuset łóżek, są cztery. Przeciwnie jest, jeśli chodzi o szpitale publiczne. Małych szpitali jest stosunkowo mało: czterdzieści poniżej pięćdziesięciu łóżek. Natomiast szpitali do pięćuset łóżek jest sto osiemdziesiąt siedem i powyżej pięćuset łóżek – osiemdziesiąt siedem. Wynika z tego, że 79% szpitali publicznych to są właśnie szpitale większe, natomiast 21% stanowią szpitale niepubliczne, i to przekłada się na liczbę łóżek, o czym już mówiłem.

Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach niepublicznych wyniósł w 2005 r. ponad 62% i był niemal 9% niższy aniżeli w szpitalach publicznych. A więc obłożenie szpitali publicznych jest większe, są one bardziej wykorzystywane aniżeli szpitale niepubliczne.

Średni czas pobytu pacjentów w szpitalach niepublicznych i publicznych jest porównywalny, chociaż różnica długości hospitalizacji pomiędzy szpitalami niepublicznymi a publicznymi jest na korzyść szpitali publicznych i wynosi około jednego dnia: pięć i 1/2 dnia – szpitale niepubliczne, sześć i 6/10 dnia – szpitale publiczne. Krótszy pobyt pacjenta w szpitalu pozwala oczywiście na bardziej efektywne wykorzystanie środków, przyjmowanie większej liczby pacjentów i zmniejszenie wydatków o koszty, które musiałby być poniesione w związku z jego ewentualnym wydłużonym pobytem.

Również charakter własności i organy założycielskie szpitali są różne. Po analizie sytuacji stu siedemdziesięciu dwóch zespołów niepublicznych, widać, iż w przeważającej większości są to spółki z ograniczoną odpowiedzialnością – takich szpitali jest siedemdziesiąt jeden – albo osoby fizyczne lub prawne, krajowe bądź zagraniczne, nieposiadające osobowości prawnej – takich szpitali jest pięćdziesiąt pięć. Osoby fizyczne są właścicielami dwudziestu szpitali niepublicznych. Liczby szpitali należących do innych spółek mieszczą się w przedziale od jeden do siedmiu.

No i jeszcze można powiedzieć o certyfikacji jakości szpitali. Otóż 26% wszystkich szpitali niepublicznych posiada certyfikat jakości ISO, wśród szpitali publicznych jest to raptem 15%. Jeśli zaś chodzi o certyfikat akredytacyjny Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, to posiada go 4,7% szpitali niepublicznych i ponad 10% szpitali publicznych. A więc jakość, jeśli chodzi o certyfikaty jakości, jest wyższa w szpitalach niepublicznych niż w publicznych, natomiast z certyfikatami akredytacyjnymi centrum monitorowania jakości jest akurat odwrotnie: szpitale publiczne – prawie 11%, szpitale niepubliczne – blisko 5%.

Ciekawą statystyką jest porównanie kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Otóż wartość kontraktów w przeliczeniu na jedno łóżko, bo tak tylko należy to liczyć ze względu na bardzo dużą różnicę w liczbie szpitali, na szpital niepubliczny przypada 90 tysięcy 400 zł, a na szpital publiczny 91 tysięcy 500 zł. A więc jest różnica około 1 tysiąca zł. Te cyfry ogółem są podane tylko orientacyjnie, bo przecież sprawa jest jasna z uwagi na liczbę szpitali publicznych i niepublicznych.

No i co jeszcze? Może to, że kadra w szpitalach niepublicznych jest zatrudniona głównie na podstawie umów cywilnoprawnych, natomiast w szpitalach publicznych na podstawie umów o pracę.

Jak już państwo porównujecie statystyki, to trzeba zawsze porównywać dwie kolejne tabelki jednocześnie, bo na przykład charakterystyka łóżek szpitalnych w szpitalach niepublicznych jest w załączniku nr 1, a w szpitalach publicznych – w załączniku nr 2. Ja myślę, że te liczby są porównywalne, takie jest moje zdanie. Również wskaźnik wykorzystania łóżek jest podobny, z przewagą dla szpitali publicznych. Jeżeli chodzi o średni czas pobytu, to, jak już mówiłem, jest on dłuższy również w szpitalach publicznych.

To tyle, Panie Przewodniczący, na bieżąco i z grubsza, że tak powiem, może niezbyt ładnie. Ale jeżeli wywiąże się dyskusja, służymy również innymi informacjami. Pan dyrektor na pewno będzie odpowiadał, jeżeli będą pytania. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo bym prosił pana prezesa Grabowskiego o przedstawienie swojego materiału.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja tylko kilka uzupełniających informacji chciałbym przekazać. Otóż istotna jest dynamika procesu zdomawiania się szpitali niepublicznych w pejzażu polskiego systemu ochrony zdrowia: w roku 1999 fundusz zawarł kontrakty z osiemnastoma jednostkami niepublicznymi, w tej chwili jest sto siedemdziesiąt takich jednostek, czyli ta dynamika jest duża. Nastąpiła ogromna zmiana: o ile początkowo było niespełna siedemset łóżek, o tyle w tej chwili jest ich ponad osiem tysięcy dwieście. Oczywiście nie jest to imponująca dynamika na tle ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, stomatologii czy podstawowej opieki zdrowotnej, które w niektórych regionach są sprywatyzowane niemal w 100%. I to jest zrozumiałe, ponieważ szpital to jest duża inwestycja i spore ryzyko. W związku z tym nie należy się spodziewać jakichś nadzwyczajnych zmian w najbliższym czasie, chociaż na przestrzeni ostatnich lat dynamika wartości zrealizowanych świadczeń, czyli tych, za które fundusz zapłacił, w przypadku szpitali niepublicznych od roku 2004 to jest wzrost o 35%, podczas gdy dla wszystkich jednostek razem 9%. To też pokazuje, że szpitale niepubliczne zajmują coraz większy obszar.

Proszę też pamiętać, że niepubliczne niekoniecznie oznacza... To są bardzo zróżnicowane formy własności. W materiale ministra zdrowia jest to opisane. Bardzo często są to sprywatyzowane jednostki komunalne. Mieliśmy okazję nie tak dawno, też na posiedzeniu tejże komisji, omawiać taki przypadek przy okazji ustawy podwyżkowej: szpital doskonale sobie radzi, jak słyszeliśmy, z wyjątkiem zapewnienia podwyżki

pracownikom, zgrabnie uciekł od długów i wydaje się, że na bieżąco również wszystko jest z nim w porządku.

Chcę też powiedzieć jeszcze jedną istotną rzecz. Otóż na przestrzeni ostatnich lat problem nadwykonań, do których zmuszone są szpitale publiczne, naprawdę wygasa. W tym roku – danych jeszcze nie widziałem, ale już o nich cokolwiek wiem – większość nadwykonań została przez fundusz opłacona bądź w wysokości wynikającej z ugód, bądź w 100%. Problem nadwykonań z roku na rok jest coraz mniejszy. Poza tym szpitale niepubliczne również nierzadko mają nadwykonania, z tego prostego powodu, że nadwykonania są tytułem do jakichkolwiek roszczeń czy oczekiwań w stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia. Kto nie wykona więcej świadczeń, ten nie może się spodziewać w przyszłości na przykład wzrostu wielkości kontraktu. W związku z tym to nie jest tak, że szpitale publiczne, pełniąc swoją misję, realizują taką liczbę świadczeń, jaka wynika z konieczności medycznej, a szpitale niepubliczne kończą kontrakt, zamykają drzwi i nie funkcjonują. To byłby trochę fałszywy obraz. Fundusz pod koniec roku – taka jest charakterystyka przychodów funduszu – ma zwykle dodatkowe pieniądze, które może wydać na świadczenia zdrowotne. Różne zasady, stosownie do różnych wielkości kwot w różnych oddziałach, są stosowane, ale w tym roku problem nadwykonań w zasadzie nie istnieje. Jeśli w dalszym ciągu jest o tym głośno, to raczej z powodu problemów w latach 2003–2004. Sprawy są w sądach i cała rzecz tam się toczy. Wtedy fundusz był w dołku finansowym i nie był w stanie płacić nadwykonań. Aktualnie ten problem jest wyraźnie mniejszy. Oczywiście z perspektywy różnych oddziałów różnie to wygląda, ale przynajmniej połowa z nich nie ma już w ogóle tego problemu.

I powiem jeszcze ostatnich parę zdań, na temat sposobu traktowania publicznych i niepublicznych jednostek. Na poziomie aktywności funduszu związanej z kontraktowaniem czy renegocjowaniem umów my nie mamy żadnych przepisów, które by różnicowały szpitale ze względu na ich formę własnościową. Stosujemy jednolitą procedurę i jednolite kryteria wyboru świadczeniodawcy, stawiając im pewien zestaw wymagań obligatoryjnych oraz takich, które są rankingujące, i w zasadzie każdy – to jest cecha nowej ustawy – może się odwołać od rozstrzygnięcia komisji konkursowej. Większość odwołań przechodzi przez moje ręce, w związku z czym mogę państwu zrelacjonować, jak to było w tym roku, bo już wszystkie odwołania zostały rozstrzygnięte. Była to zaledwie 1/3 tego, co było w latach poprzednich, czyli ogromnie się zmniejszyła liczba niezadowolonych z wyników postępowań, z ponad sześciuset do dwustu.

(Głos z sali: Przepraszam, sześćset w zakresie szpitali?)

Nie, nie, w odniesieniu do całości postępowań konkursowych, a to jest czterdzieści tysięcy podmiotów. Nie, nie, szpitali jest w tym zdecydowana mniejszość, niezadowolone są głównie małe podmioty z dziedziny ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Ale szpitali też jest sporo. Ja nie mam w tej chwili tej statystyki, ale mogę państwa zapewnić, że z pewnością nie jest tak, że w liczbie odwołań szpitale niepubliczne dominują. Jest równy podział na publiczne i niepubliczne. Nie ma też jakichkolwiek oznak w procesie odwoławczym, że mamy do czynienia z niezadowolaniem szpitali publicznych z poziomu zawartych kontraktów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy mają państwo pytania do prelegentów?
Bardzo proszę.

Senator Waldemar Kraska:

Ja mam pytanie. Czy państwo wiecie, jaki jest szczególnie preferowany profil tych szpitali, czy to są szpitale ogólne, czy inne?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, dyrektor Warczyński.

**Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia**

Piotr Warczyński:

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo!

Jeżeli chodzi o wielkość szpitali – pan minister już zwrócił na to uwagę – to oczywiście ogromna, przeważająca część tych jednostek, bo wolałbym używać takiego sformułowania niż szpital, posiada kilka łóżek, trzy, cztery, pięć łóżek, i to jest, myślę, co najmniej 80%. One oczywiście się mieszczą w grupie poniżej pięćdziesięciu jeden łóżek, ale to nie znaczy, że mają ich po trzydzieści czy czterdzieści, one mają dosłownie po kilka łóżek. Szpitale, które są zaliczone do niepublicznych jako największe, są to po prostu przekształcone SP ZOZ, najczęściej w spółki, samorządowe szpitale przekształcone w spółki, i dlatego są one zaliczane do szpitali niepublicznych.

Jeżeli chodzi o specjalności, to w małych jednostkach dominują specjalności zabiegowe i to o charakterze chirurgii jednego dnia przede wszystkim, czyli krótkie i bez hospitalizacji. Jest więc kolejny problem: czy tego typu jednostki należałoby w statystyce w ogóle zaliczać do szpitali, prawda? Ale to jest sprawa do rozstrzygnięcia w nowej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, nad którą właśnie pracujemy. Oprócz jednostek zabiegowych, czyli chirurgicznych, są to często jednostki ginekologiczne, jak również – i to jest chyba tendencja trochę wzrastająca – położnicze.

Chciałbym jeszcze w uzupełnieniu zwrócić uwagę na to, że liczba szpitali niepublicznych w kilku ostatnich latach wzrastała, od roku 1999 do mniej więcej 2004, kiedy nastąpiło wyhamowanie tego procesu, i praktycznie od 2004 r. liczba szpitali niepublicznych powoli spada. Może to świadczyć po prostu o trudnościach w zaistnieniu takich jednostek na rynku usług medycznych, no bo one również muszą spełniać warunki opłacalności finansowej, żeby funkcjonować. Dziękuję bardzo.

Senator Józef Łyczak:

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, ja bym chciał wrócić do szpitali, dla których podmiotami tworzącymi są spółki, w których udziały posiadają jednostki samorządu terytorialnego. Podejrzewam, że to obłożenie łóżek dotyczy przedziału, gdzie jest, jak podano, dwanaście takich szpitali, kiedyś mówiono, że ich było około dwudziestu siedmiu. Ja chciałbym zwrócić uwagę konkretnie na szpital w Aleksandrowie Kujawskim, zresztą kilka razy już poruszałem problem tego szpitala. Mianowicie 1 kwietnia 2004 r. powołano spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, która utworzyła niepubliczny zakład opieki zdrowotnej albo tak zwany niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, ponieważ powiat objął 100% udziałów, no i teraz na każdym spotkaniu

starosta cały czas narzeka, że w zasadzie zostali odsunięci od jakiegokolwiek pomocy ze strony państwa, mimo że samorząd podjął trud samodzielnego uratowania szpitala przed dalszym zadłużaniem i upadłością.

Mam pytanie do pana ministra. Co planuje resort? W jakiej formie planuje się pomóc tym szpitalom? Może planuje się nowelizację ustawy? Chodzi mi głównie o szpitale powiatowe, które są w tej chwili, jak wszyscy wiemy, w najtrudniejszej sytuacji i oczekują jakiejś pomocy, której na dzień dzisiejszy nie ma. Czy planuje się coś takiego?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Grabowski:

Ja powiem dwa zdania i może uzupełni to jeszcze pan dyrektor.

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, minister zdrowia w ogóle nie ma możliwości udzielania jakiegokolwiek pomocy finansowej szpitalom powiatowym, których nie jest organem założycielskim, to zasadnicza rzecz. Oczywiście myślimy o tym i przygotowujemy pewne sprawy dotyczące restrukturyzacji, bo to jest kolejna furтка. W tym momencie kończymy procedowanie nad rozporządzeniem dotyczącym restrukturyzacji tego, co pozostało, a zostało 600 milionów zł, i w tym mogą uczestniczyć również szpitale powiatowe. Jeśli jednak myślimy o pomocy, chociażby takiej jak lista szpitali strategicznych, to niestety z tego skorzystać szpitale powiatowe nie mogą – minister zdrowia nie ma prawnej możliwości dofinansowania jakiegokolwiek szpitala powiatowego.

Panie Dyrektorze, poproszę o jeszcze kilka słów, jeśli pan przewodniczący pozwoli, bardzo proszę.

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

Rzeczywiście, obecnie nie ma regulacji prawnych, które mogłyby upoważniać ministra zdrowia do przekazywania środków finansowych nie tylko szpitalom niepublicznym czy dawniejszym samorządowym, ale również publicznym, dla których minister nie jest organem tworzącym bądź nadzorującym, czyli de facto zostają tylko jednostki badawczo-rozwojowe i szpitale kliniczne i to też tylko w zakresie inwestycji.

W nowelizacji ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji, która jutro będzie rozpatrywana przez Komitet Rady Ministrów, z wiadomych przyczyn pomoc jest również przeznaczona dla szpitali publicznych, dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zgodnie z intencją ustawodawcy. Tak że w tym momencie nie ma odpowiednich narzędzi prawnych i wydaje się, że w najbliższym czasie takie narzędzia nie powstaną. Jednakże proszę pamiętać, że na przykład w projekcie ustawy o sieci szpitali szpitale niepubliczne są traktowane na równi z publicznymi, jeżeli chodzi o możliwość wejścia do sieci.

Cała rzecz jednak opiera się na ustawie o zakładach opieki zdrowotnej i na ewentualnych zmianach jej zapisów. Chciałbym ponownie zasygnalizować, że trwają prace nad tą ustawą, a właściwie nad nową ustawą, ponieważ odsunęliśmy dotychczasowe regulacje i zaczęliśmy się zastanawiać nad pisaniem nowych, i te sprawy na pewno również będą rozpatrywane.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo, pan senator Karczewski się zgłaszał.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Właściwie to ja się zgłosiłem tuż przed udzieleniem przez pana dyrektora odpowiedzi na pytanie, które miałem zamiar zadać, bo miało ono dotyczyć między innymi właśnie nowelizacji ustawy o restrukturyzacji i zakładach opieki zdrowotnej. Zatem rozumiem, że w tej chwili jest to już w końcowej fazie? Bo chodzi mi o te 600 milionów zł, które...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, no ale około sześciuset, a to jest dosyć pokaźna kwota niewykorzystanych środków.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Grabowski:

Z pożyczki z krajowego banku w wysokości 2 miliardów 200 milionów zł wykorzystano 1 miliard...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No, trzeba odjąć. Po prostu zostało 600–700 tysięcy zł. Po to więc przygotowujemy nowelizację tegoż rozporządzenia, żeby można było szybko uruchomić te środki i jeszcze niektóre szpitale wspomóc, zwłaszcza w dokończeniu wypłacania dodatku z ustawy 203, bo chociaż większość szpitali, dziewięćdziesiąt kilka procent, się z tym uporała, niemniej jednak są pojedyncze szpitale, które mają dość pokaźne zobowiązania z tego tytułu, i one będą mogły sobie z tego wypłacić, no i na inne cele oczywiście, ale trudno w tej chwili gdybać.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ja się trochę zdziwiłem, bo gdy nowelizowaliśmy i dopuszczaliśmy instytuty badawcze, to pamiętam, że było około 200 milionów zł, a tu raptem widzę bardzo zaskakujący przyrost. Skąd 600 milionów zł? Jeszcze raz zapytam.

Pan dyrektor Warczyński, tak, jeśli pan minister pozwoli.

(Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński: Pan minister pozwoli?)

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Grabowski: Oczywiście, bardzo proszę.)

**Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia**

Piotr Warczyński:

Przepraszam. Kwota się nie zmieniła, ale my szacowaliśmy wtedy, że z tych 200 milionów zł skorzystają jednostki badawczo-rozwojowe. Natomiast ta kwota nie

została wykorzystana przez zakłady opieki zdrowotnej, głównie dlatego że one już same spłaciły zobowiązania, na które później mogłyby czerpać środki, korzystając z tej ustawy, czyli działania dyrektorów wyprzedziły nasze intencje. W tej chwili chcielibyśmy...

(*Głos z sali: To pozytywnie.*)

...żeby z tych 550 czy 600 milionów zł, ponieważ kwota cały czas się troszkę zmienia, 160 milionów zł przeznaczyć, zresztą tak jest w projekcie, dla zakładów opieki zdrowotnej, które uczestniczą w procesie restrukturyzacji. Chodzi głównie o spłatę zobowiązań wobec ZUS, natomiast pozostałe, czyli niecałe 400 milionów zł, na preferencyjne pożyczki dla zakładów opieki zdrowotnej, które otrzymały dotacje, a więc dla tych, które były niezadłużone, a uczestniczyły w procesie restrukturyzacji z powodu otrzymania wcześniej dotacji, które wynosiły, jak państwo pamiętacie, tylko – i aż – 200 milionów zł.

(*Senator Mieczysław Maziarz: Można jeszcze, tak?*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Senator Mieczysław Maziarz:

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, ja chciałbym zapytać, czym jest uwarunkowane kontraktowanie usług medycznych na okres dwóch lat lub dłużej? Ja się odniosę do specjalistyki, bo ona w szpitalach powiatowych dostaje jak gdyby podwójne uderzenie: nie ma wzmocnienia ze strony ministerstwa, nie ma wzmocnienia ze strony marszałka, a liczba procedur, na przykład zabiegów dializacyjnych, wzrasta. Wiadomo, że wzrasta, ponieważ wykrywalność chorób jest coraz większa, wiadomo, ile osób choruje i że liczba chorych dializowanych z pewnością jeszcze wzrośnie cztery... no, trzy razy na pewno.

(*Głos z sali: To w kontekście sytuacji niepublicznych zakładów taka...*)

Tak, chodzi o to, że niepubliczne mają lepiej, a publiczne są blokowane, co stwarza możliwość wykupywania czy po prostu przejmowania przez prywatnych właścicieli oddziałów wysokospecjalistycznych. Jak to tłumaczyć? Proszę państwa, ja dam przykład swojego szpitala. Mamy kontrakt na usługi dializacyjne, założmy, na 3 miliony zł, podpisany dwa lata temu, i w styczniu otrzymujemy transzę sprzed dwóch lat, chociaż już wiadomo, że w porównaniu z tamtym rokiem zrobiliśmy sto pięćdziesiąt dializ więcej. Otrzymujemy transzę sprzed dwóch lat. Gdyby sprawa była zamknięta w roku poprzednim, to dostalibyśmy 3 miliony zł, a tak dostajemy 2 miliony 800 tysięcy zł i przy tworzeniu budżetu powiatowego wykazują, że ta dziedzina w ogóle nie jest opłacalna i w związku z tym nikt nie jest zainteresowany jej rozwojem, a prywatne zakłady się rozwijają. Po prostu dostajemy trzy razy: od ministra, od marszałka i od powiatu. I jeszcze musimy chodzić z tym, że mamy więcej zabiegów, bo przecież ponosimy ich koszty. No ale dostaliśmy transzę, tyle i tyle pieniędzy, i na rozliczeniu miesięcznym wychodzi, że jesteśmy na minusie, chociaż powinniśmy być na plusie. Zarobiliśmy 50 tysięcy zł, a jesteśmy 30 tysięcy zł do tyłu. Oddział jest na minusie, więc po prostu nie opłaca się go prowadzić i najlepiej by go było sprzedać. Czyli, proszę państwa, widzicie, że jesteśmy po prostu... Czy jest konieczność takiego kontraktowania, że na to, na to i na to, skoro pewne oddziały mają tendencję wzrostową? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan prezes Grabowski.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, otóż kontraktowanie na rok, dwa lub trzy lata jest uzależnione przede wszystkim od polityki poszczególnych oddziałów. To są dość różne polityki, ale ponieważ procedura konkursowa jest bardzo żmudna, czasochłonna i zbiurokratyzowana, zawieranie umów wieloletnich po prostu ułatwia ten proces. To nie zmienia faktu, że co roku ilość i cena są uzgadniane. One podlegają negocjacom, nawet jeśli umowa jest wieloletnia. To nie jest tak, że raz zawarta umowa przez trzy lata nie zmienia swoich podstawowych parametrów: ceny i ilości. To, o czym pan senator mówił, jest raczej w sferze planowania. No, tak jest z punktu widzenia Narodowego Funduszu Zdrowia, bo państwa punkt widzenia, to znaczy świadczeniodawcy, jest oczywiście nieco inny, to oczywiste.

Skoro mówimy o dializach, pierwsza obserwacja jest taka: przede wszystkim jest to przedsięwzięcie rentowne, bez żadnej wątpliwości. Gdyby ono nie było rentowne, nie byłoby tak ogromnego parcia, by inwestować w tę dziedzinę kapitał, mniejsza o jego pochodzenie. Jest on oczywiście związany z różnego rodzaju firmami, które inwestują w nowy sprzęt dla niepublicznych jednostek, dzięki czemu są one dobrze wyposażone i dobrze wyglądają, a pacjent może tam być lepiej obsłużony. I to jest niestety proces nieuchronny, bez względu na to, czy my spróbujemy go powstrzymać, czy nie. Pacjenci nawet chętniej się udają do takich jednostek, bo tam po prostu to wszystko lepiej wygląda. Chociaż nie zawsze to, co dobrze wygląda, jest dobrej jakości, ale to już jest inna kwestia.

Czy fundusz zdrowia jest z tego powodu zadowolony, czy nie? Trochę tak, z powodu lepszej jakości usług dla ubezpieczonych, a trochę nie, bo misji publicznej rzeczywiście te jednostki nie wypełniają. Tam często się pojawia argument, że skoro jest większa liczba dializowanych, a państwo nie ma pieniędzy na zakup nowych usług, to my przestajemy dializować. Tego typu dość brutalne argumenty się pojawiają. Ale nie we wszystkich tego typu podmiotach. Czasem jest tak, że one wykonują dodatkowe świadczenia, a do ewentualnych roszczeń i dyskusji dochodzi przed sądem, nie zaś przed pacjentem – to bardzo istotne. Tak to jest.

Czy fundusz zwiększa wydatki na dializy? Nieustająco, bo co roku przybywa dializowanych i zwiększa się średnia liczba dializ przypadająca na jednego dializowanego. Tak po prostu się dzieje. Konsultanci krajowi i wojewódzcy twierdzą, że ten proces jest nieuchronny. Jest to bowiem związane z różnego rodzaju chorobami cywilizacyjnymi, cukrzycą itd. Liczba dializowanych będzie wzrastała – taka jest opinia ekspertów. My na pewno nie kontraktujemy dializ na poziomie prognoz specjalistów z tej dziedziny, ale co roku zwiększamy w sposób znaczący liczbę kupowanych dializ. Oczywiście sposób planowania i kontraktowania jest dość spójny, to znaczy staramy się kontraktować dializy tak, aby były one terytorialnie powiązane z pacjentem, tak żeby on nie musiał podróżować przez pół województwa na dializę. Bo proszę sobie uświadomić, że dla tych ludzi to jest sposób na życie. Taki człowiek musi trzy razy w tygodniu spędzić sporo czasu przy dializatorze, dobrze więc byłoby nie obciążać go dodatkową podróżą. W związku z tym kontrakty są ogłaszane na poziomie powiatu lub

grupy powiatów i planowanie też się odbywa na tym poziomie. Przyrosty na poziomie powiatów są planowane podobnie, chyba że któryś ze świadczeniodawców wykona wyraźnie więcej świadczeń, udowodni, że pacjent wybrał właśnie jego czy grupa pacjentów wybrała właśnie jego i w związku z tym ma tytuł do tego, żeby oczekiwać od funduszu, że jego kontrakt wzrośnie nieco bardziej niż inne. Jeśli państwo powstrzymacie się od działalności, następuje dekapitalizacja jednostki i niechęć do zwiększania liczby świadczeń, no to sami wpadacie państwo w pułapkę, z której ciężko wybrnąć. No niestety, gdzieś w tle musi być ktoś, kto wyłoży pieniądze na poprawienie jakości i wymianę sprzętu. Wtedy wszystko wskazuje na to, że to są działania rentowne. Nie może być inaczej.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Kraska, bardzo proszę.

Senator Waldemar Kraska:

Czy posiadacie państwo wiedzę o tym, jaki procent zakładów niepublicznych należy wyłącznie do zagranicznego kapitału? To jest jedno pytanie.

I drugie pytanie: czy dysponujecie państwo jakąś wiedzą na temat średnich płac w zakładach niepublicznych w porównaniu do zakładów publicznych? Chodzi oczywiście o pensje medyków.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, a jeśli na niektóre z pytań nie da się odpowiedzieć *ad hoc*, to będziemy prosili o odpowiedź na piśmie.

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

Panie Przewodniczący, oczywiście udzielimy szczegółowej odpowiedzi na piśmie. W tej chwili możemy powiedzieć, że właściciele publicznych jest około dwudziestu kilku.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, to znaczy publicznych właściciele niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

(Głos z sali: Czyli samorzady, które tworzyły...)

Tak. Tutaj na pewno siedemnaście jest wymienionych, prawda?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Kapitał zagraniczny? Nie wiem nawet, czy do tego będziemy mogli dotrzeć, szczerze mówiąc, ponieważ dane o stosunkach właścicielskich niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej są dla nas niedostępne.

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

...chyba też jest raczej poza polem dostępu. Możemy tylko się domyślać, że jeśli funkcjonują prywatne jednostki, to raczej ściągają personel na zasadzie atrakcyjności finansowej.

Bardzo proszę, pan senator Karczewski.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Ja mam łatwiejsze pytanie, bo to faktycznie były dosyć trudne pytania. Panie Prezesie, ja mam szczegółowe pytanie o nadwykonania. Bardzo mnie cieszy i chyba wszystkich pozostałych, że nie ma nadwykonań czy że ich liczba znacznie się zmniejsza. Ale czy w rozbiciu na oddziały jest podobnie, czy to się różni w jakimś zakresie? Chodzi mi o terytorialny rozkład nadwykonań.

I może jeszcze pytanie natury ogólnej – jeszcze chwileczkę, bardzo proszę – do pana ministra i przedstawicieli ministerstwa. Mianowicie słyszymy o równym traktowaniu przez narodowy fundusz, a wiemy, że równość w traktowaniu publicznych i niepublicznych zakładów w zakresie obowiązującego prawa nie występuje. Czy w nowej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej równość w możliwościach prawnych będzie występować?

I następne pytanie: co w takim razie z tymi szpitalami? Ja muszę powiedzieć, że nie jestem jakimś szczególnym fanem niepublicznych zakładów czy niepublicznych szpitali, ale skoro rozmawiamy o małych, trzy-, czterołożkowych niepublicznych szpitalach, to moje pytanie dotyczy tych szpitali w kontekście, po pierwsze, ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, po drugie, ustawy o sieci szpitali. Czy te szpitale w ogóle będą funkcjonować, czy nie? I czy w wyniku ustawy o sieci szpitali nie powstanie taka sytuacja, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie będzie mógł równo traktować podmiotów publicznych i niepublicznych? Zresztą siedzieliśmy tu na tej sali i słuchaliśmy prezentacji pana dyrektora o sieci szpitali. Dlatego mam – konkretnie już do pana ministra i do pana dyrektora – pytanie w zakresie właśnie sieci szpitali i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, bo wiemy, że tam będzie nowa definicja szpitala. Czy ten trzy-, czterołożkowy szpital prywatny będzie można dalej nazywać szpitalem? A jeśli nie będzie go można nazywać szpitalem, to czy on w ogóle będzie w sieci szpitali? Jak nie będzie w sieci szpitali, no to już nie będzie mógł być traktowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia tak samo jak ten, który będzie w sieci, ponieważ – mówiliśmy o tym – szpitale, które nie znajdują się w sieci, owszem będą mogły podpisywać z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy, kontrakty, ale tylko wtedy, kiedy zostaną środki po podpisaniu umów ze szpitalami, które będą w sieci. Zatem z jednej strony widzimy, iż są one równo traktowane przez płatnika, natomiast z punktu widzenia prawnego jest wiele różnic – niemożność świadczenia usług poza kontraktem podpisanym na zasadzie komercyjnym przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Skoro w tej chwili jest równe traktowanie ich przez Narodowy Fundusz Zdrowia i jednocześnie występuje nierówność prawna, to czy po nowelizacji lub wprowadzeniu nowych ustaw nie znajdziemy się w takiej sytuacji... Ja wcale nie jestem adwokatem małych szpitali czy szpitali niepublicznych, no ale one, tak intuicyjnie czuję, mogą się znaleźć w gorszej sytuacji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Grabowski

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, Panie Senatorze, nie, no nie, bo zdecydowanie dążymy do absolutnej równości wszystkich szpitali, powtarzam, wszystkich szpitali. W związku z tym pewna nierówność, o której możemy sobie powiedzieć, może wynikać tylko z tego, że jeżeli szpital niepubliczny będzie miał dziesięć łóżek, przykładowo, a publiczny pięćset, to wiadomo, że te szpitale siłą rzeczy nie będą traktowane jednakowo pod względem różnych czynności, jakie będą wykonywać, ale pod względem prawa, statystyk, kontraktowania, powiedzmy, na łóżko, one powinny być traktowane jednakowo. Zwracamy również szczególną uwagę na to, ażeby dostęp i kryteria oraz zasady dotyczące przynależności do sieci, że tak powiem, były jednakowe pod względem prawnym. Tym bardziej że z roku na rok następuje, co pan prezes porównywał, wzrost liczby NZOZ, czyli i tych szpitali. Należy się zatem spodziewać, że w latach 2007–2008 tych szpitali będzie więcej, a więc będzie to konkurencja. W związku z tym zarówno w przepisach prawa, jak i kontraktowania, wszystkie szpitale muszą być równo traktowane. Nie wiem, czy satysfakcjonuję pana senatora...

(Senator Stanisław Karczewski: Przyznam się szczerze, że nie.)

...niemniej jednak taka jest prawda.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan prezes chciałby to uzupełnić, zdaje się, tak?

(Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski: Tak.)

Bardzo proszę.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Chciałbym parę istotnych, jak sądzę, rzeczy na ten temat powiedzieć. Otóż liczba łóżek jest czasem bardzo, ale to bardzo myląca. Ja podam państwu przykład ze swojej praktyki bycia dyrektorem oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. Mianowicie jeden ze szpitali na terenie tego oddziału miał zaledwie kilka łóżek. Jest to prywatna klinika okulistyka, można by odnieść wrażenie, mało znacząca. Tylko że cała Polska, dokładnie, chce się tam leczyć. Jest to *case mix*, czyli struktura zabiegów chyba najbardziej interesująca. Bardzo dużo witrektomii jest tam wykonywanych, chociaż nie są one tak opłacalne jak inne zabiegi okulistyczne. Po prostu jest tak, że medycyna ewoluuje i sporo zabiegów jest wykonywanych w trybie ambulatoryjnym, jednodniowym, metodami endoskopowymi, w związku z czym jest to doskonałe miejsce do realizacji takich świadczeń. I fundusz na pewno będzie zmierzał ku temu, żeby zapewnić ubezpieczonym właśnie taki tryb realizacji świadczeń. Po co oni mają lądować w szpitalu, często przepelnionym, i oczekiwać wiele dni na realizację świadczeń, które mogą być wykonane tak naprawdę w trybie natychmiastowym? Statystyka jest często pułapką myślową, prawda? Patrząc na to w ten sposób, można by dojść do przekonania, że to są nic nieznaczące instytucje, mają mało łóżek, więc mało znaczą. No ale niekoniecznie tak jest, prawda?

Jest jednak inny problem, mianowicie duże instytucje szpitalne zapewniają podstawowe bezpieczeństwo zdrowotne obywateli poprzez oddziały ratownictwa oraz intensywnej opieki medycznej. Jeśli państwo wczytacie się w tę statystykę, zobaczycie, że onkologia w niepublicznych jednostkach w ogóle nie występuje, nikt się tym tutaj nie zajmie z oczywistych powodów, no, może poza jakąś dość drobną chemioterapią, ale o tym, żeby pełen asortyment onkologiczny realizować, tutaj w ogóle nie ma mowy, bo są to ogromne inwestycje itd., itd. Bardzo wysokie są koszty stałe, które trzeba ponosić. W związku z tym nie jest to rozróżnienie między szpitalem publicznym a niepublicznym, tylko między tym, który zapewnia elementarne bezpieczeństwo zdrowotne, często na poziomie regionalnym, oraz tym, który po prostu prezentuje tak dobrą jakość, że niezależnie od tego, czy on będzie w tej sieci czy nie, my i tak znajdziemy pieniądze i kupimy od niego świadczenia, bo one mniej nas będą kosztowały gdzie indziej.

(Głos z sali: Więcej będą kosztowały.)

Jednostkowo oczywiście więcej, ale mniej, jeśli chodzi o nasze globalnie wydatki. Wyraźnie też chcę powiedzieć, że jeśli tak podejść do tej kwestii, to zróżnicowanie, jeśli chodzi o przeliczenie na łóżko, jest za małe, bo mówimy: jak tam jest 1 tysiąc zł różnicy, to może my źle traktujemy szpitale niepubliczne, a ta różnica powinna być większa tak naprawdę, zresztą w tym kierunku idzie ustawa sieciowa. Skoro chcemy zagwarantować ubezpieczonym opiekę dużych instytucji, mniejsza o wątek właścicielski, to prawdopodobnie za ich świadczenia trzeba będzie zapłacić więcej. Tak jak się płaci za armię, policję itd., itd., tak samo trzeba płacić za szpitale kluczowe dla bezpieczeństwa systemu ochrony zdrowia. No bo zwykły gabinet lekarski łatwo jest zorganizować w parę tygodni, a stworzenie szpitala z dobrą ekipą, ludźmi znającymi się na rzeczy, i dobrym sprzętem trwa lata, prawda? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Karczewski i pan senator Kraska jeszcze raz, tak?
Bardzo proszę.

Senator Waldemar Kraska:

Ja bym jednak polemizował z tym równym dostępem, bo, jak państwo widzicie, zakłady niepubliczne powybierały z tego tortu najsmakowitsze kęski i robią na tym pieniądze, a przecież niejednokrotnie szpital publiczny też chciałby robić coś takiego, jakąś jednodniówkę, ale za rogiem jest niepubliczny zakład, który ma kontrakt i to przejął. Czy nie można by jakoś preferować publicznych szpitali, żeby mogły sobie troszkę dorobić i wyrównać straty poniesione na onkologii czy w innych dziedzinach? Dziękuję.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, senator Karczewski.

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Prezesie, Panie Ministrze, my z panem senatorem mówimy właściwie o tym samym, tylko pan senator był uprzejmy wyartykułować to wprost. No bo ja też,

jak myślę o równym dostępie i o tym, o czym mówił pan prezes przed chwilą, o zabezpieczeniu podstawowym, ja bym to raczej nazwał pełnym zabezpieczeniem, bo to nie jest zabezpieczenie podstawowe, tylko pełne, a to jest różnica: duży szpital, który ma możliwość zapewnienia konsultacji kardiologicznej, ciągłej opieki anestezjologicznej itd., itd., zupełnie inaczej funkcjonuje niż szpital, który wykonuje procedury jednodniowe, uważam... No, państwo jesteście z tego zadowoleni, my natomiast, i to już pan senator Kraska powiedział, nie bardzo, dlatego że jednak śmietankę spijają niepubliczne zakłady. To samo mówi siedzący obok mnie senator Maziarz. W sumie jesteśmy za konstytucyjnym, równym traktowaniem podmiotów, ale trzeba też wziąć pod uwagę to, o czym powiedział pan prezes w końcowym fragmencie swojej wypowiedzi, czyli konieczność kompleksowego zabezpieczenia pacjenta leżącego w szpitalu. W dużym szpitalu jest kardiolog i możliwość najprzeróżniejszych konsultacji, natomiast procedury jednodniowe... No, również pytanie pana senatora o pensje wyraźnie wskazuje, że dążył on do uzyskania informacji o tym, w jaki sposób należy te szpitale traktować.

Ja pozwoliłem sobie odpowiedzieć na pytanie pana ministra, że mnie nie satysfakcjonuje jego odpowiedź, dlatego że jednak w nowej ustawie o zakładach opieki zdrowotnej oczekujemy innego traktowania zakładów publicznych. Chodzi o to, żeby zakłady publiczne miały takie same możliwości jak niepubliczne, na przykład stosowania dopłat. Przecież tam pacjent dopłaca, prawda. Jeśli się robi pęcherzyk, który kosztuje 2 tysiące zł z groszami, to pacjent dopłaca 1 tysiąc zł, dzięki czemu lekarz tam zarabia o kilka tysięcy złotych więcej. Odpowiedź jest więc prosta, prawda. Cała ta dyskusja dotyczy zatem nie tyle omówienia stanu, jaki jest, no bo on jest, jaki jest, i na to nie mamy wpływu, ile tego, jak to będzie w ustawach, które nas czekają, o zakładach opieki zdrowotnej i o sieci szpitali. Ja, tak jak mówiłem, nie jestem, broń Boże, ani fanem, ani adwokatem szpitali niepublicznych. Chodzi tylko o to, żeby się nie odwróciła sytuacja, która obecnie jest niekorzystna dla szpitali publicznych w stosunku do niepublicznych, bo pojawia się niebezpieczeństwo, że ona może się odwrócić, chociaż ja w to aż tak bardzo nie wierzę. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Maziarz.

Senator Mieczysław Maziarz:

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo!

Ja konkretnie tracę 500 tysięcy zł. Nie wiadomo, gdzie te pieniądze idą. Gdybym podlegał na przykład pod jakąś komórkę, tak jak dawniej było, pod ministerstwo, bo to jest leczenie specjalistyczne... A tak to oni po prostu mnie obrabowują, szpital powiatowy zabiera mi wszystko. Ja tracę konkretnie 500 tysięcy zł. Co prawda narodowy fundusz ma mi to później zapłacić, tylko że wtedy jest strajk pielęgniarek albo jeszcze coś innego. Dyrektor ma pieniądze, w styczniu bierze pieniądze, ale nikomu na sesji nie powie, że je dostał i jeszcze mnie wysyła, żebym się kłócił i ja nerwy tracę przez cały rok: nie mam, jest źle zaliczone, więc jadę się kłócić, i dostaję pieniądze, bo szef mi je daje oczywiście, i ja się z tego bardzo cieszę, ale nawet nikt mi za to nie podziękuje. Po co ja w ogóle mam się kłócić? Może po prostu dać jednakowe szanse pu-

blicznym i niepublicznym. Gdyby wziął rozliczenie pan minister, pod siebie podciągnął specjalistykę... Niech weźmie nefrologię, te dobre kąski właśnie, dobrze opłacane procedury. Oczywiście, że ja nie zarabiam tak dużo, żeby pieniędzy było tyle, ile potrzeba. Ale jak mi narzuca utrzymanie jakiejś sekcji czy innych rzeczy, a później mnie na tym w ogóle wykoszą, to jak ja mogę konkurować, za co mam kupić sobie aparaturę? Przecież wiadomo, że na wytworzenie procedury potrzeba 70%. Dwanaście czy czternaście pielęgniarek robi trzy miliony i tam idzie 70% aparatury, którą trzeba odnowić, a oni mi zabierają pieniądze. Więc jak ja będę konkurował z prywatnymi jednostkami? Chodzi o to, żeby mogli zabrać 10%, ale żeby więcej mi nie zabierali. A tak, to mnie wezmą na narzucie, później mnie wezmą na tym i po prostu... Gdyby państwo przewidzieli coś takiego, żeby właśnie te dobrze opłacane procedury... Bo to ktoś zabiera i pieniądze za to wywozi za granicę, one nie zostają w Polsce. Chodzi po prostu o to, żeby to przechwycić i dać publicznym jednostkom. No, po sąsiedzku jest stacja i tam dyrektor zarabia 8 czy 12 tysięcy zł, a ja mam 1 tysiąc 900 zł. Tak nie może być, że ja za 1 tysiąc 900 zł robię, a tamten ma 12 tysięcy zł. A pacjenci wcale się do nich nie rwą, ja mam więcej pacjentów od nich. Ale jak ja mogę z nimi konkurować, skoro oni mają wszystko i jeszcze biorą sobie pożyczki? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan prezes Grabowski.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Ja chciałbym tylko zaapelować o jedną drobną sprawę, która umyka w wypowiedziach panów senatorów. Otóż my występujemy przede wszystkim w imieniu ubezpieczonych. Może mało kto w to wierzy, ale upierałbym się, że tak jest. My nie leczymy zakładów opieki zdrowotnej, w ogóle się tym fundusz nie zajmuje i uważam, że nie powinien się zajmować. Ja uważam, że powinniśmy patrzeć z punktu widzenia ubezpieczonego. I teraz mamy taki oto dylemat. Czy ubezpieczony, udając się na badanie endoskopowe, bo przeprowadzenie takie badania uważa za stosowne lekarz POZ czy specjalista, ma się udać do dużego szpitala, bardzo rozbudowanego, gdzie zaraz po wejściu człowiek może się zgubić, czy do małej instytucji, gdzie raz dwa to badanie zostanie wykonane? W moim przekonaniu dopłaty w niepublicznych ZOZ to jest kompletny mit. To jest nieprawda, bo gdyby one występowały, mielibyśmy na to masę skarg, a skargi płyną żwawym strumieniem przez nasze biurka, prawda.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Od pacjenta?

(Głos z sali: Tak.)

Oni się boją śmiertelnie. Gdybyśmy coś takiego u nich wykryli, a pacjent by to potwierdził, to jaki byłby problem z tym, żeby skasować niepubliczny ZOZ? Żaden z nich nawet nie spróbuje pomyśleć o tym, żeby coś takiego zrobić w konfrontacji z funduszem. Fundusz jest bezradny wobec molochów, gdzie różne nieprawidłowości się dzieją, tylko jest kłopot z udowodnieniem i egzekwowaniem tego, natomiast mały zakład niepubliczny bardzo się pilnuje, bo wie, że jest duże niebezpieczeństwo, ponieważ za chwilę powstanie inny zakład, który go doskonale zastąpi. Takie jest moje przekonanie i taka jest moja wiedza na ten temat.

Zgadzam się jednak, że to jest, jak powiedział pewien dyrektor szpitala, profesor chirurg, medycyna łatwa, miła i przyjemna, że się zbiera krem z całego medycznego tortu, bo to są zabiegi, z których obie strony są zadowolone, i pacjent, bo zabiegi są szybko i sprawnie przeprowadzane, i szpital. Ale proszę pamiętać o tym, że oni często konkurują ceną, a nawet ceną i jakością, i wygrywają. Fundusz robi rankingi w konkretnych, wąskich zakresach: ginekologia, chirurgia, endoskopia, i małe jednostki niepubliczne wygrywają te konkurencje.

Ponadto fundusz wydzielił w tym roku do kontraktowania świadczenia w trybie jednodniowym, wyłącznie w trybie jednodniowym, realizowane tylko w takich instytucjach, które normalnej, stacjonarnej opieki zdrowotnej nie prowadzą, właśnie po to, żeby obniżyć cenę tych świadczeń, tak żeby ona była porównywalna z ceną świadczeń w dużych jednostkach zapewniających bezpieczeństwo, i tam, przy wyraźnie niższych cenach, te same świadczenia są realizowane. Poza tym nie tylko niepubliczne jednostki działają w tym trybie, niektóre publiczne jednostki też doskonale sobie z tym radzą, tyle że muszą mieć dryg do robienia interesów: wchodzenia na rynek, zdobywania, konkurowania. Jeśli to występuje, to też jest sukces. Tak my to widzimy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pani senator Rudnicka.

Senator Jadwiga Rudnicka:

Ja mam do pana prezesa jeszcze takie zapytanie, bo właściwie już wcześniej bardzo dużo moich myśli, że tak powiem, zostało wygłoszonych: czy fundusz prowadzi ciągłą analizę kosztów poszczególnych procedur? Ja nie sądzę, że to są jakieś żelazne decyzje, gdyż są procedury, które się opłacają, i takie, które się nie opłacają. Skąd to wynika? Ano stąd, że okazuje się, iż chorujemy na różne rzeczy, które albo się opłacają, albo się bardzo nie opłacają. Trudno jednak wymagać, żeby pacjent sobie wybierał właśnie te opłacające się choroby. Czy istnieje jakaś ciągła analiza wycen procedur? Bo chyba już na początku reformy, kiedy ona była *in statu nascendi*, na pewno powstało bardzo dużo uchybień pod tym względem. Czy one idą dalej, czy jednak się zmieniają? To by mnie interesowało.

I jest jeszcze druga sprawa, z którą szpitale się do mnie zgłaszały. Jak wygląda sprawa podwyżek, które w tej chwili zaistniały, bo one jednak wyszły z funduszu? Co będzie w następnych latach, jeżeli na przykład środki dla danej jednostki się zmniejszą? Co zrobi dyrektor, jeżeli już dał swojej załodze podwyżki? Co ma zrobić, jeżeli dostanie mniejszy kontrakt? Bo wypowiedzenie pracy załodze nie wchodzi w grę, a zmniejszenie płacy niejako automatycznie prowadzi do wypowiedzenia pracy. Czy wtedy on będzie musiał uszczuplać środki na leczenie? Jak to wygląda? Podwyżka nastąpiła. Jakie są jej dalsze losy?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jak rozumiem, część dotycząca wyceny procedur wiąże się z tematem, ale druga część jest raczej pytaniem o to, kiedy podwyżki płac wejdą w ceny usług, tak?

(Senator Jadwiga Rudnicka: Tak.)

Bo to miałyby znaczenie dla...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak. Bardzo proszę.

(*Senator Jadwiga Rudnicka: Tak. Dziękuję. To drugie pytanie po prostu zostało mi zlecone. Szpitale prosiły, abym przy pierwszej okazji o to zapytała. Dziękuję.*)

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Może najpierw odpowiem na drugie pytanie. Pani Senator, natychmiast jak epidemicyzna ustawa podwyżkowa zakończy swoje życie i działanie, włączymy to w cenę, całą pulę pieniędzy, która jest wydzielona. To jest oczywiste. I to powinno umożliwić dyrektorowi utrzymanie pensji na tym samym poziomie, oczywiście o ile nie zmieni się kontrakt danej jednostki. A czy on się nie zmieni? No, tego w żaden sposób zagwarantować nie można, bo przecież jednostki się zmieniają, powstają nowe oddziały, inne znikają, likwidują się – to jest bardzo plastyczny obszar działań. Już samo wdrożenie ustawy podwyżkowej natrafiło na liczne kłopoty, ponieważ ta ustawa, pozornie prosta, kiedy się ją czyta, w zderzeniu z bardzo skomplikowanym systemem finansowania Narodowego Funduszu Zdrowia bardzo się skomplikowała, i to było nie do uniknięcia.

Drugie pytanie: czy znany jest koszt wytworzenia konkretnej procedury? Otóż zanim zostałem pracownikiem Narodowego Funduszu Zdrowia prowadziłem działalność badawczo-publicystyczną w zakresie rachunku kosztów i mogę odpowiedzieć na podstawie badań z roku 2003, że tylko 10% szpitali w Polsce prowadzi rachunek kosztów, który umożliwia wyliczenie wartości procedury, tylko 10%.

(*Głosy z sali: Kiedyś to był większy procent. Tak.*)

Mówię na podstawie bardzo precyzyjnego badania ankietowego. Szczegółami metodologicznymi mógłbym się oczywiście z państwem podzielić, ale to zbyt rozległy temat. 10% szpitali, naprawdę, mówię odpowiedzialnie, liczy koszty w taki sposób, że w ogóle można wyliczyć wartość ich procedur. Jednak gdybyśmy nawet znali te wszystkie szpitale i zidentyfikowali tam te dane, też nie pozwoliłoby to wyliczyć wartości procedur, bo są bardzo niejednolite rachunki kosztów. Wyliczenie średniej wartości procedury ze wszystkich szpitali byłoby bardzo mylące, bo jest bardzo różna organizacja rachunków kosztów. Tego tematu też nie będę rozwijał, ale wiercie mi państwo, tak to jest. W wielu krajach jest to robione tak, że się po prostu wyodrębnia grupę referencyjnych szpitali, które prowadzą jednolity rachunek kosztów, i na tej podstawie wylicza się koszty poszczególnych procedur. I to jest możliwe. We Francji jest dwadzieścia takich szpitali, w Stanach Zjednoczonych nieco więcej. To jest możliwe i do tego powinniśmy zmierzać.

Wielkim postępem jednak byłoby już choćby to, gdyby koszty szpitali były jawne, zwłaszcza publicznych albo tych, które korzystają z pieniędzy publicznych, na przykład gdyby był ujawniony poziom rentowności niektórych oddziałów. Mówicie państwo, że niektóre procedury są opłacalne, a niektóre nie. Oczywiście, absolutnie to jest prawda, wiemy o tym ponad wszelką wątpliwość. Ale dopiero suma wykonanych procedur decyduje o rentowności oddziału X – chirurgii, ortopedii, ginekologii. Dzisiaj tylko z różnych kontaktów towarzyskich, nazwijmy to, wiemy, że ortopedia jest opłacalna, a chirurga nie jest opłacalna, prawda?

(*Głos z sali: Urologia jest opłacalna.*)

Ale wiemy to z kontaktów towarzyskich, powtarzam. Nie mamy dostępu do dobrych danych mówiących o rentowności poszczególnych oddziałów. Bo jeśli chodzi o rentowność instytucji, to już centrum systemów informacyjnych dysponuje odpowiednimi danymi i jest możliwość oceny tego, ale zejście niżej niestety nie jest możliwe. A po to, żeby wyliczyć procedury, trzeba zejść jeszcze niżej, jeśli chodzi o rachunek kosztów, i to wymaga naprawdę dużej precyzji. Muszą być dobre kadry, muszą chcieć współpracować, przekazywać dane, gromadzić je, dbać o ich jakość – to jest bardzo skomplikowana materia. Tak że proszę nie wierzyć w to, że to fundusz nie chce tego robić lub nie ma w tym interesu. Do nas bardzo dużo osób przychodzi z jakimiś kosztami. Przynoszą parę kartek i mówią: to są moje koszty, prawda. Żeby jednak... No, to jest skomplikowana materia, nie chcę tego rozwijać, ale taka jest rzeczywistość.

(Senator Jadwiga Rudnicka: Ale fundusz nad tym pracuje, mam nadzieję?)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Nie tylko. Agencja Oceny Technologii Medycznych nad tym pracuje. Nie wyobrażam sobie jednak, żeby mogła to robić, nie opierając się na pewnej liczbie jednostek, które to robią. No, trudno powiedzieć. Na marginesie chcę powiedzieć, że jest planowana konferencja tejże agencji, na którą chyba nas zapraszają.

(Głos z sali: Kiedy?)

W najbliższy piątek. W tej chwili nie pamiętam dokładnie, ale gdzieś mam to zapisane.

(Rozmowy na sali)

Dosyć oryginalny jest termin tego zaproszenia, bo... No dobrze.

Czy jeszcze ktoś chciałby zabrać głos?

Pan Filip, bardzo proszę.

Ekspert

w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”

Krzysztof Filip:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Ja mam pytanie. Czy można by poszerzyć ten zakres danych o to, ile środków publicznych jest wykorzystywanych przez szpitale i w jakich zakresach?

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: W materiale, który przygotowało ministerstwo, jest to podane.)

Ale to są tylko wartości uśrednione, a mi chodzi o to...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

To ja wiem. Ale to nie jest rozbite na poszczególne zakresy świadczeń, ile to jest procentowo, a to by nam właśnie pokazało, które zakresy świadczeń są preferowane i jaki procent środków publicznych na to idzie. O to mi chodzi. Czy można te dane uzyskać?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Aha, rozumiem. Z informacji prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że częściej kontraktują świadczenia z zakresu chirurgii jednego dnia, ale chyba trzeba byłoby jednak uzyskać informacje z Narodowego Funduszu Zdrowia, prawda, Panie Prezesie?

(*Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski: Tak, to jest oczywiście możliwe, z tym że taka analiza zajmie maszynom prawdopodobnie ze dwa tygodnie. Ale to jest możliwe, tak. Proszę bardzo.*)

(*Rozmowy na sali*)

Czyli jest prośba. Jeden z dzisiejszych wniosków komisji to byłoby prośba do Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby spróbował odnieść się do pytania: jakie procedury są głównie kontraktowane przez szpitale niepubliczne?

Jeszcze pan Filip, tak?

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Bardzo proszę.

Ekspert

w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”

Krzysztof Filip:

Mam jeszcze dwa pytania szczegółowe. W załączniku nr 3, gdzie jest podany wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach niepublicznych, są wartości od 1,3 do jedenastu. Średni czas pobytu w szpitalach mazowieckich to jest właśnie jedenaście, a w szpitalach podkarpackich 1,3. Z czego to się bierze? Chodzi o szpitale niepubliczne. To jest jedno pytanie.

Drugie pytanie: w załączniku nr 11 są wskaźniki liczby łóżek na lekarzy. Nie wiem, czy ja to dobrze czytam. To jest liczba łóżek przypadających na jednego lekarza?

(*Głos z sali: Ile łóżek obsługuje jeden lekarz.*)

Aha. I potem jest w układzie procentowym czy na umowę o pracę i umowę cywilną?

(*Głos z sali: Jest to określona liczba lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy cywilnej i umowy o pracę.*)

Znaczy czterech lekarzy w ogóle tutaj...

(*Głos z sali: Nie czterech lekarzy, tylko cztery łóżka.*)

(*Brak nagrania*)

Ekspert

w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”

Krzysztof Filip:

Ilu na ile, tak? Aha, dobrze.

Mam jeszcze jedną uwagę. Ponieważ w szpitalach niepublicznych, szczególnie w czasie przekształceń, były duże kłopoty z pracownikami i mamy takie doświadczenia jak w Skwierzynie, że żeśmy doszli do Sądu Najwyższego ze sprawami dotyczącymi wypowiedzeń umów o pracę, jest pytanie: czy przy monitorowaniu ustawy o wzroście wynagrodzeń można będzie dostać precyzyjne dane na temat tego, jak jest wykonywany obowiązek podnoszenia wynagrodzeń w jednostkach publicznych i niepublicznych? I w jednych, i w drugich, tak żeby był materiał porównawczy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze.

Teraz pan Zdzisław Bujas.

**Wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Zdzisław Bujas:**

Zdzisław Bujas, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Forum Związków Zawodowych.

Panie Przewodniczący, Panie Ministrze, bo właściwie do pana mam pytanie, ja też jestem zainteresowany średnim czasem pobytu w szpitalu niepublicznym: 11,8. Podawany na wszystkich posiedzeniach organizowanych przez wojewodów szacunkowy średni czas pobytu w szpitalu – zresztą Narodowy Fundusz Zdrowia posiada te dane – waha się między sześć a siedem, co jest uważane za czas w miarę optymalny. Tutaj zaś ten próg jest bardzo wysoki. Jedynym zrozumiałym przypadkiem jest województwo śląskie – chodzi prawdopodobnie o ośrodek w Siemianowicach, który posiada oddziały oparzeń, gdzie pobyty pacjentów są zdecydowanie dłuższe.

Mam więc pytanie do pana ministra. W trakcie pozyskiwania przez kolejne lata informacji dotyczących funkcjonowania niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej wskazywaliśmy na kilka punktów, między innymi, o czym już dzisiaj panowie senatorzy mówili, w zakresie dostępności procedury. Co się zmieniło na dzień dzisiejszy w zakresie zabezpieczenia pacjenta, który korzysta z niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, na przykład w części zabiegowej, endoskopii? Czy istnieje jakiś warunkowy... Podejrzewam, że istnieje. Ale w jaki sposób państwo to monitorujecie? Chodzi o korzystanie przez niepubliczny zakład opieki zdrowotnej z części dotyczącej kontraktu. Co się dzieje z pacjentem w przypadku, kiedy trzeba interweniować na przykład chirurgicznie? A więc czy istnieje jakieś powiązanie między szpitalami niepublicznymi a publicznymi, jak to jest warunkowane i w jaki sposób jest to uwzględnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia?

Następna kwestia, proszę państwa, jest związana z tym, że wyszliśmy z pierwotnego założenia równego traktowania podmiotów publicznych i niepublicznych. Niestety z praktyki bardzo dobrze wiemy – zresztą to też już było powiedziane przez panów senatorów – że zakłady niepubliczne wybierają sobie tak zwanych pacjentów kontrolowanych, proszę państwa, a więc pacjentów, których stan zdrowia jest, nazwijmy to ogólnie, stabilny, zabezpieczony, którzy często mają wykonany pełny pakiet badań. Oni idą na konkretny zabieg, proszę państwa, i po tym zabiegu wracają do domu. Zaś pacjent, który trafia do zakładu publicznego, musi być przez ten zakład przygotowany, a więc zdiagnozowany i zabezpieczony, przed dokonaniem procedury. Czy Ministerstwo Zdrowia zamierza jakoś zobligować część zakładów niepublicznych, które mogłyby być włączone w system całodobowej opieki, do przyjmowania różnych pacjentów, a więc nie tylko wybiórczo tych dobrych, jak mówił pan senator, ale również takich, którzy wymagają całodobowej opieki i często są kosztowni, zarówno jeśli chodzi o leki, jak i o terapię? Dziękuję bardzo.

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

Ja chciałbym tylko zaznaczyć, że rzeczywiście większość pytań jest skierowana do pana prezesa, ale padło też pytanie dotyczące zobligowania... No, myślę, że to, o czym pan mówi, mieści się w warunkach umów świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia, na przykład warunki reakcji w przypadku zaistnienia powikłań

u pacjenta, bo to głównie pan sygnalizował, w małym niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej, który nie zapewnia kompleksowej opieki. W przypadku wystąpienia jakiegoś powikłania przy wykonywaniu procedury pacjent, i to wszyscy pewnie wiemy, jest z oczywistych względów przesyłany do publicznego zakładu opieki zdrowotnej, gdzie są wykonywane procedury, które likwidują to powikłanie, a wiadomo, że one są już mniej opłacalne, bardziej kosztowne. To jest bez wątpienia jeden z problemów z niepubliczną ochroną zdrowia. Ale trudno się temu dziwić, ponieważ są to po prostu przedsiębiorstwa, które szukają dla siebie niszy po to, żeby normalnie funkcjonować w systemie ochrony zdrowia. Na pewno ten problem również będzie regulowany w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, dlatego że chcemy, aby wszystkie obowiązki i prawa... żeby prawa zakładów niepublicznych stały się prawami zakładów publicznych, a obowiązki zakładów publicznych obowiązkami zakładów niepublicznych, i odwrotnie oczywiście, bo na tym polega równość.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jeszcze pan prezes, bardzo proszę.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Proszę państwa, każdy z oddziałów, no, większość oddziałów, bo są jeszcze pewne ograniczenia techniczne, bada ponowne hospitalizacje, które nastąpiły w ciągu czternastu dni z tego samego powodu. Jest to rutynowa działalność. Te świadczenia są na ogół kwestionowane i nie są płacone, co nie wywołuje entuzjazmu wśród świadczeniodawców. Oczywiście przyjęcie z innym rozpoznaniem, jako powikłanie, jest finansowane, bo powikłania się zdarzają wszędzie.

Możemy też oczywiście – już poza okresem sprawozdawczym, w którym w tej chwili jesteśmy – przygotować informację o tym, jak dużo tego typu zdarzeń w ogóle ma miejsce, bo prawdopodobnie obraz tego jest troszkę zniekształcony. Z powodu różnych kazuistycznych zależności między zdarzeniami tworzymy pewien obraz, który w moim przekonaniu nie odpowiada rzeczywistości, mianowicie że często dochodzi do ponownych hospitalizacji po pobycie w zakładzie niepublicznym, a po pobycie w zakładzie publicznym do nich nie dochodzi. Obawiam się, że mógłbym panów rozczarować, gdybym takie zestawienie przygotował.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Nie ma takiego zapotrzebowania? To w porządku.

Chciałbym jeszcze tylko odpowiedzieć na pytanie, które już dawno padło, dotyczące nadwykonań w poszczególnych oddziałach. Oczywiście na razie takich danych nie ma, one będą w sprawozdaniu rocznym. Chętnie też pokażemy to na tle lat ubiegłych, zarówno w przekroju regionalnym, jak i w podziale na poszczególne lata. Oczywiście bardzo różna jest charakterystyka oddziałów na przestrzeni lat. Są oddziały, gdzie problemu nadwykonań od dawna nie ma, co mnie zawsze nawet wręcz dziwiło, i są takie, gdzie jest ich bardzo dużo i one bardzo poważnie obciążają fundusz. Różnice są ogromne. Ja podałem globalną ocenę, mianowicie że w ciągu ostatnich trzech lat nadwykonania wyraźnie przestają być problemem – że fundusz nie zapłacił, że musieliśmy wykonać swoją misję publiczną, taką czy inną, i to zostało przez fundusz zlekceważone. Może to być zapłacone w różnych trybach: to może być ugoda

i redukcja ceny świadczenia dodatkowego, to może być zapłacone w 100% lub może być fundusz zaciągnięty przed sąd, co jest zdecydowanie najgorszym rozwiązaniem, bo w takim wypadku jeszcze prawnicy na tym zarabiają, czego bym raczej nie preferował, i wtedy, jak się okazuje po ostatnim orzeczeniu Sądu Najwyższego w takiej sprawie, również fundusz płaci. W związku z tym w różnym trybie, ale fundusz za nadwykonania w ciągu ostatnich trzech lat solennie płaci.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pani senator Fetlińska, bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, Panie Prezesie, ja chciałabym zapytać, czy ministerstwo i fundusz mają rozeznanie, które świadczenia są deficytowe, a na których szpitale dobrze zarabiają. Bo wiadomo, że na przykład...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Może, ale możliwe, że się wyłączyłam na chwileczkę, a chciałabym być zorientowana. Czy jest taka informacja w ministerstwie?

Druga rzecz to jest opieka nad przewlekle chorymi. Ta opieka była dobrze wyceniona, potem coraz bardziej obniżano jej cenę i wiele zakładów niestety upada, a jest to przecież bardzo potrzebna dziedzina medyczna. Wydaje mi się, że nad tym się należy naprawdę dobrze zastanowić.

I trzecia sprawa: ciągle mówimy o tym, że rentowność zakładu jest tajemnicą, ale jak to się ma do ustawy o dostępie do informacji publicznej? Przecież wszelkie dane o działalności prowadzonej za publiczne pieniądze, powinny być dostępne. Zwracam więc uwagę na potrzebę dokonania analizy prawnej, bo bardzo często, jeżeli chodzi o pewne informacje, to się zasłaniamy właśnie tajemnicą handlową. Chyba zbyt wiele jest takich przypadków. To też należałoby dobrze przemyśleć. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, króciutko.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Jeszcze raz powrócę do rentowności. Otóż dane na temat rentowności jednostek publicznych, które podlegają obowiązkowi sprawozdawczemu – ja nie pamiętam numeru sprawozdania, które zastąpiło F01Z – oczywiście są, rentowność całych jednostek jesteśmy w stanie ocenić. Nie ma natomiast, jeszcze raz podkreślam, podziału na poszczególne zakresy świadczeń, specjalności czy oddziały, a to by nas bardziej interesowało, bo wtedy mielibyśmy bardziej precyzyjne informacje o tym, które części naszego katalogu świadczeń są rentowne lub nierentowne. Na razie wiadomo to tylko o tyle, o ile świadczeniodawcy się skarżą i przychodzą z danymi mówiącymi o tym, że coś jest nieopłacalne. Oczywiście generalnie robią to wszyscy, z tym że niektórzy częściej. Na przykład chirurdzy tak często to robią, że należy im wierzyć, że ich działal-

ność jest raczej deficytowa, szczególnie chirurgia onkologiczna i w ogóle różne fragmenty onkologii, bo onkolodzy też się skarżą znacznie częściej niż inni. Nie znam jednak takiego przypadku, żeby ktoś przyszedł i powiedział, że dostaje za dużo od Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeśli coś jest rentowne, to na pewno jest to informacja bardzo pilnie strzeże i nikt się nigdy do tego nie przyzna, prawda, i wykrywamy to na ogół dość przypadkowo – to wyraźnie chcę podkreślić.

(Rozmowy na sali)

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jeszcze opieka nad przewlekle chorymi.)

To rzeczywiście, przyznaję, jest prawdopodobnie jedna z raczej deficytowych działalności. Dynamika podaży o tym świadczy. Jeśli chodzi o dializy, na przykład, to wyraźnie widać, że na to jest bardzo dużo chętnych, a tutaj całe regiony są zaniedbane. Nie ma podaży świadczeń po prostu.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Gdzie wręcz się zamyka oddziały.)

Tak, gdzie się czasem zamyka oddziały. Tak więc przyznaję, że są to prawdopodobnie świadczenia deficytowe i jeśli nie będzie takich kłopotów jak w tym roku, kiedy ustawa podwyżkowa pozbawiła nas praktycznie możliwości wykonania jakiegokolwiek ruchu – inaczej być może zawsze będę musiał przypominać, że kontraktowaliśmy na poziomie poprzedniego roku, ponieważ nie było co dzielić – jeśli będzie okazja, to myślę, że jest to jedna z dziedzin, w których bez wątplenia trzeba będzie zwiększyć ceny.

Ale zwracam przy tym uwagę na bardzo prymitywny sposób oceny tego, co w tym zakresie jest rentowne, a co nie jest. To jest metoda magła. Ktoś coś mówi, przynosi jakieś dane, nie wiadomo skąd, nie można ich porównać z danymi kosztowymi całości instytucji – z porządnym rachunkiem kosztów to nie ma nic wspólnego. No, różne rzeczy można mówić, prawda? Dobrze byłoby mieć twarde dane kosztowe, które umożliwiłyby sprawdzenie kosztów całkowitych instytucji, kosztów poszczególnych ośrodków, sposobu ich podziału, kosztów bezpośrednich, pośrednich itd. Jeśli rachunek kosztów jest porządny, to my możemy na takich danych się opierać. Niestety z tym jest na dzień dzisiejszy duży kłopot. Na poziomie jednostek informację, o którą pani senator pytała, mamy, na poziomie oddziałów – już nie. Porządnego rachunku kosztów i wydzielonych referencyjnych jednostek nie ma i to będzie poważnym problemem systemu ochrony zdrowia, dopóki go nie rozwiążemy oczywiście.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan dyrektor Warczyński, bardzo proszę.

**Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
w Ministerstwie Zdrowia**

Piotr Warczyński:

Ja chciałbym uzupełnić. Takie jednostki wybiera w tej chwili Agencja Oceny Technologii Medycznej wspólnie z Centrum Systemów Informacyjnych, które to instytucje będą szacowały właśnie koszty świadczeń, czyli procedur medycznych, w ramach tworzenia koszyka świadczeń gwarantowanych.

Jeszcze chciałbym odpowiedzieć na jedno pytanie dotyczące wykorzystania... to znaczy pobytów na Mazowszu.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak. To wynika z prostej rzeczy. Wśród kilkunastu jednostek na Mazowszu dwie są w Konstancinie – jedna z nich jest rehabilitacyjna, a druga to jest sanatorium. W jednej pobytu trwają dwadzieścia dziewięć, a w drugiej dwadzieścia cztery dni. We wszystkich pozostałych jednostkach pobytu trwają jeden, dwa dni.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Podkarpacie po prostu ma taką strukturę, taki jest tam profil łóżek krótkopobytowych, tak bym to ujął.

(Senator Stanisław Karczewski: Mam krótkie pytanie.)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Ja mam krótkie pytanie. Panie Dyrektorze, czy ten wskaźnik dla szpitali publicznych – w kontekście udzielonej przez pana odpowiedzi – uwzględnia tylko łóżka na ostrych oddziałach? No bo to byłby bardzo dobry wskaźnik. Byłby on zaś wręcz nieprawdziwy, gdyby brano tutaj pod uwagę łóżka na oddziałach długoterminowych.

Wróćę jeszcze do pytania, które zadał pan Krzysztof Filip, mianowicie do tabeli w załączniku nr 11. To są bardzo ciekawe dane, jak się im bliżej przyjrzeć, szczególnie właśnie wskaźniki dotyczące liczby lekarzy i pozostałego personelu, myślę o pielęgniarkach, bo one są tu wymienione. Ja mam pytanie. Czy wskaźniki 1,3 i 1,5... Bo jak rozumiem, to jest ogółem, właściwie tak jakbyśmy zakryli poniżej dwie linijki: umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, czyli dotyczy to... Ja omawiam ostatni wiersz, dotyczący liczby pielęgniarek. Czy faktycznie takie są te dane? Bo ja w tej chwili przeliczam sobie te wskaźniki dla oddziałów i kilku szpitali i nie wiem, czy to są dane, które się pokrywają z rzeczywistością, ponieważ wynika z tego, że na jedno łóżko przypada... Nie, na jedną pielęgniarkę przypada 1,3 łóżka, tak? I teraz chciałbym to pytanie odwrócić. Jeśli to są dane rzeczywiste, dobre i należy im wierzyć, to czy w państwa wcześniejszych wyliczeniach – pytam przedstawiciela związku zawodowego pielęgniarek – były takie wskaźniki czy jakieś inne?

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo, tylko króciutko.

**Wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Zdzisław Bujas:**

Bardzo krótko. Panie Senatorze, to wzbudziło też moje zainteresowanie i ja to sobie grubą linią podkreśliłem. Okazałoby się bowiem, że mamy dwa razy więcej pielęgniarek w Polsce, niż ich naprawdę jest. To jest pierwsza uwaga. Myśmy monitorowali to zjawisko i chciałbym powiedzieć, że prawdopodobnie z tej racji, że pielęgniarki często pracują jeszcze dodatkowo, na inne umowy, troszkę się to zamazało i powstał

niewłaściwy obraz. Proszę państwa, wskaźnik 1,3 to jest super proporcja dla oddziałów intensywnej terapii i anestezjologii. Ja przyznam się państwu, że jestem na takim oddziale, ale nie posiadam takiego stanu osobowego. Chciałbym mieć taki potencjał osobowy: 1,3 łóżka na pielęgniarkę. To są prawdopodobnie po prostu niewłaściwe dane. Ale odniesiemy się do tego na piśmie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To jest też nieprawdopodobne: 3,2 lekarza.

(Głos z sali: Sprawdzimy to i poinformuję...)

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Prosilibyśmy właśnie o jeszcze jakieś...)

(Głos z sali: Sprawdzimy, Panie Przewodniczący. Dziękuję bardzo. Tak, tak.)

(Rozmowy na sali)

(Brak nagrania)

Senator Stanisław Karczewski:

Z tego wyliczenia wynikałoby, że mamy w szpitalach zatrudnionych ponad dwieście tysięcy pielęgniarek. To jest niemożliwe.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pani senator Fetlińska.

Senator Janina Fetlińska:

Jeśli można, Panie Przewodniczący, to ja powiem tak: to jest nierealne w naszych polskich warunkach. My w naszych szpitalach – musimy to sobie powiedzieć – mamy tylko dozór pielęgniarski, a nie mamy opieki pielęgniarskiej, ponieważ pielęgniarek jest za mało. Gdyby ich liczba była taka, jaka wynika z tego wskaźnika, to mielibyśmy prawidłową opiekę pielęgniarską. Dlatego w niepublicznych zakładach ta liczba jest taka wysoka. Żeby zapewnić dobrą opiekę pielęgniarską, która jest jednocześnie elementem dobrej jakości leczenia, tyle potrzeba pielęgniarek. To jest po prostu realna liczba, tyle powinno być, prawda, Kolego? Ja uważam, że jako pielęgniarze nie możemy inaczej myśleć.

(Wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Zdzisław Bujas: Jedno słowo, jeżeli pan przewodniczący pozwoli.)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

**Wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Zdzisław Bujas:**

Ja się cieszę, Pani Senator, że była pani uprzejma zadać to pytanie, ale mam jeszcze jedno pytanie do ministerstwa i do Narodowego Funduszu Zdrowia. Proszę państwa, od kilku lat, zgodnie z istniejącym prawem i ustawodawstwem w Polsce, zwracamy się do tych dwóch podmiotów. Poprzednia ekipa rządowa z panem mini-

strem na czele i poprzednik Narodowego Funduszu Zdrowia zadeklarowali, że będzie przestrzegana jedna podstawowa zasada: rozporządzenie ministra zdrowia z 23 grudnia 1999 r. w zakresie minimalnych norm obsady. Proszę państwa, proszę mi wierzyć, zwracamy się cały czas do tych dwóch podmiotów i teraz ta współpraca nam się układa. Muszę powiedzieć, Panie Ministrze, że wspólnie z panem ministrem Religą dokonaliśmy już wstępnych analiz. Niemniej jednak, proszę państwa, cały czas oczekujemy, że w zakresie działań podejmowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia... I tak już się dzieje w moim łódzkim oddziale. Prezes tego oddziału bierze przy kontraktowaniu pod uwagę – wszędzie jest podobnie, ale tu jest niejako prowadzony pilotaż – bardzo dokładną analizę rzeczywistego zapotrzebowania, proszę państwa, zgodnie z rozporządzeniem. Nie jest tak, że tylko się wskazuje ilość czy specjalizacje i na tym się kończy. Chcemy – mówiła o tym pani senator i myślę, że oczekują tego wszyscy obywatele w tym kraju – żeby proporcje, jeśli chodzi o obsadę, były takie same jak w Unii Europejskiej czy chociażby do nich zbliżone. Tam, proszę państwa, na oddziale trzydziestołożkowym jest od sześciu do ośmiu pielęgniarek, czyli personelu podstawowego, a personelu pomocniczego dla zespołu pielęgniarskiego jest dwa, trzy razy więcej. U nas niestety – to, co pani powiedziała – nie jesteśmy w stanie wykonywać podstawowych procedur w zakresie zleceń lekarskich, proszę państwa, pomijam już terapię czy nowości w postępowaniu pielęgniarskim. Tu rzeczywiście ma pani w pełni rację. Jest więc gorąca prośba do ministerstwa i do pana przewodniczącego komisji senackiej, żeby na to zwracać uwagę, bo my apelujemy, ale potrzebujemy państwa wsparcia w tym zakresie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pan prezes chciałby się do tego odnieść.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Krótko na ten temat, otóż my od pewnego czasu przykładamy dużą wagę do badania personelu jako takiego, czy on w ogóle występuje w ofercie. Bo nasz sposób komunikowania się to jest oferta, prawda? Na podstawie oferty zawieramy umowę. W tej ofercie występuje realny, wymieniony z imienia i nazwiska personel lekarski i pielęgniarski, i on tak naprawdę stanowi o potencjale wykonawczym, plus aparatura i architektura danej jednostki. Okazuje się jednak, że w wielu ofertach występują różne fikcyjne osoby, one po prostu tam figurują i to figurują w tylu różnych ofertach, że ich rola może polegać jedynie na tym, że będą tłumaczyły, dlaczego ich nie ma tam, gdzie ich nie ma, prawda? Bo jest niemożliwe, żeby w pięciu miejscach jednocześnie – mówię o realnym zdarzeniu – realizować kontrakt. W związku z tym rzeczywiście w oddziale łódzkim, jak również w wielu innych różnych oddziałach prowadzi się badanie konfliktów w harmonogramach personelu i wynika to nie z podejścia... Bo państwo macie podejście nieco etatystyczne, prawda, i ja to rozumiem. My zaś mamy takie podejście, że musimy zapewnić pewną jakość – po prostu człowiek musi być w swoim miejscu pracy, żeby zrealizować świadczenie. W związku z tym nie mogą się jego harmonogramy pracy na siebie nakładać, nawet dwa, nie mówiąc już nawet o tym, że mogłoby się ich na siebie nakładać więcej.

I konkluzja mojej wypowiedzi: problem, który się pojawił już w zeszłym roku, był taki, że bardzo często król jest nagi – personelu po prostu nie ma. Owszem, na poziomie ofert wszystko wygląda dobrze, ale w realnym świecie personelu nie ma i jest coraz więcej białych plam w tym zakresie, choć jednocześnie są takie miejsca, gdzie personelu jest po prostu za dużo, tylko jest kłopot z dystrybucją. No, tylko że jeśli my tego nie wiemy i naszej gotowości do kupowania świadczeń nie przejawiamy tam, gdzie jest taka potrzeba, tylko tam, gdzie jest podaż, no to tak będzie zawsze, prawda? My musimy o tym wiedzieć i dlatego od pewnego czasu przykładamy do tego dużą wagę, to prawda.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.
(*Rozmowy na sali*)

Senator Stanisław Karczewski:

Chcę się odnieść do tego jednego, powtarzającego się nazwiska, bo muszę to powiedzieć. Panie Prezesie, pan doskonale wie, patrząc od strony świadczeniodawcy, że przysłowiowy Jan Kowalski będzie w izbie przyjęć, będzie w oddziale, będzie w poradni, będzie w endoskopii, będzie w pogotowiu, będzie w USG i to będzie ten sam Jan Kowalski. On tak pracuje, no bo tak pracujemy w Polsce i to też trzeba wziąć pod uwagę. Jeśli państwo zaczniecie bardzo rygorystycznie określać czas pracy Jana Kowalskiego, no to faktycznie nie będzie miał, kto pracować, bo w jednym miejscu się go umieści, a w pozostałych będą wakaty.

(*Rozmowy na sali*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jak państwo widzicie, nie utrzymaliśmy się w temacie, no ale to samo życie się wdziera w omawiane problemy. Ja się martwię, że nie podjęliśmy jeszcze takiej sprawy jak sieciowanie, bo w tej chwili pewne prywatne instytucje zaczynają tworzyć swoją sieć szpitali – nie odnieśliśmy się do tego. No ale ja to spotkanie potraktowałem jako wstęp do seminarium, na które byśmy zaprosili reprezentację szpitali niepublicznych, pracujących mocno w kierunku środków publicznych. To spotkanie traktuję zatem jako pewnego rodzaju wstępną rozmowę na ten temat.

Ja bym prosił o to, żeby skorygować czy sprawdzić dane kadrowe zawarte w materiale, który dostaliśmy od państwa. Liczymy też na odpowiedź na pytanie zadane przez pana przewodniczącego Filipa, przejęte przez pana senatora Karczewskiego, dotyczące zaangażowania niepublicznych placówek w wykonywanie określonych świadczeń. Bo tu się zderzamy z pewnego rodzaju presją dyrektorów mówiących o przejmowaniu tak zwanej śmietanki kontraktowej przez szpitale niepubliczne i musimy podjąć dyskusję w tej sprawie. I to chyba byłoby tyle na dzisiaj. Chciałbym bardzo podziękować...

(*Senator Michał Okła: Można zadać jeszcze jedno pytanie, korzystając z okazji, że są państwo z ministerstwa?*)

No, bardzo proszę, pan senator Okła.

Senator Michał Okła:

Panie Ministrze, mam jeszcze jedno pytanie, bo wiele już dostałem sygnałów w tej sprawie. Czy prawdą jest, że 150 milionów zł ze środków na procedury wysoko specjalistyczne, opłacane przez ministerstwo, zabrano na inne cele? W ostatnim czasie.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Grabowski: Nic mi nie wiadomo na ten temat.)

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Proponowałbym, żebyś się w oświadczeniu o to zapytał.)

Nie, nie, chciałem tylko spytać, czy pan minister coś wie na ten temat. To było wstępne pytanie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To był pilotaż. Dobrze.

Chciałbym bardzo podziękować gościom za udział w tej części posiedzenia komisji i zapowiedzieć, że zaprosimy ich na seminarium.

Liczymy, że pisemny materiał Narodowego Funduszu Zdrowia zostanie nam pozostawiony, o co bardzo prosimy, i będzie do wglądu.

(Rozmowy na sali)

O, dziękujemy.

Przystępujemy, proszę państwa, do omawiania spraw bieżących.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dziękuję bardzo. Dziękuję.

Proszę państwa, w Sejmie jest ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych. To jest prawdopodobnie realizacja... *(rozmowy na sali)* ...zapowiedzi przejęcia części środków z ubezpieczeń komunikacyjnych na rzecz finansowania świadczeń zdrowotnych. Na razie to jest jeszcze nieuchwalone, ale możemy się tego spodziewać.

Do Komisji Zdrowia napłynęło sporo pism dotyczących sytuacji finansowej, jeszcze tej podwyżkowej. Pracownicy ze szpitala we Wschowie proszą o pomoc, bo są teraz samorządowym szpitalem, a nie uzyskali podwyżek, restrukturyzacja odbyła się ich kosztem. My dobrze wiemy, że nie mamy podstawowych możliwości. Odpowiemy im, pisząc, co próbowaliśmy zrobić w ramach procedur wewnątrzsenackich. Pamiętam, że senator Fetlińska przejmowała poprawkę, która tego typu sytuacje mogłaby załatwić, ale to nie uzyskało poparcia Senatu.

Mamy, proszę państwa, lokalną sprawę – najstarszy szpital w Warszawie, Szpital Kolejowy. Mazowszanie, słuchajcie uważniej. Prosiłbym ewentualnie senatora Karczewskiego i senator Fetlińską o zainteresowanie się losem najstarszego szpitala w Warszawie. Dawny Szpital Kolejowy, obecnie imienia Michała Okońskiego, przy ulicy Brzeskiej 12 boryka się z trudnościami, ma 50 milionów zł długu, a nie został objęty pomocą pana ministra.

(Senator Stanisław Karczewski: Dlaczego nie został objęty?)

Ano bo nie został, bo minister nie jest jego organem założycielskim.

(Ekspert w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Krzysztof Filip: To jest chyba szpital marszałka Struzika, byłego marszałka Senatu, i on...)

(Rozmowy na sali)

To są sprawy bieżące, a w czasie omawiania spraw bieżących goście siedzą cicho.
(Ekspert w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”

Krzysztof Filip: Kto podpisał to pismo?)

Oddział terenowy OZZL.

(Rozmowy na sali)

Dopuszczamy jeszcze gościa do głosu? Nie, nie, nie dopuszczamy, nie ma mo-
wy – twarde zasady.

*(Senator Stanisław Karczewski: Ale pan Krzysztof Filip go zna, bo jest z War-
szawy, a ja nie jestem z Warszawy.)*

Nie jesteś z Mazowsza?

(Rozmowy na sali)

(Głos z sali: Mogę przeczytać?)

Ależ oczywiście, wszystkie pisma są do wglądu.

Proszę państwa, to już troszeczkę u nas poleżało – pismo konwentu starostów
oraz Związku Pracodawców Powiatowych Zakładów Opieki Zdrowotnej mówiące
o tym, że pojawiają się postulaty, które przekraczają możliwości finansowe ZOZ, i są tu
podane przykładowe koszty realizacji żądań lekarzy w skali roku, na przykład ZOZ San-
domierz – 13 milionów 200 tysięcy zł itd. Krótko mówiąc, przy wysokim poziomie za-
dłużenia szpitali realizacja żądań lekarzy bez dopływu środków finansowych z zewnątrz
spowoduje katastrofalną sytuację w szpitalach. Ja mówię wam o tym dlatego, że mamy
programy protestów majowych, a tutaj konwent starostów już się do tego odnosi.

Permanentne niedofinansowanie służby zdrowia – to jest, proszę państwa, pismo
konwentu starostów powiatowych.

Rektorzy w liście do marszałka Senatu piszą o złym finansowaniu szpitali kli-
nicznych.

Komitet Helsiński zwraca się do nas, że interwencja, która miała miejsce
w szpitalu MSWiA, łamie podstawowe prawa człowieka. To jest pismo podpisane
przez ludzi z Komitetu Helsińskiego.

Jest też pismo onkologów o tym, że ciągle za dużo ludzi umiera w Polsce z po-
wodu chorób nowotworowych.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, proszę bardzo.

Senator Jadwiga Rudnicka:

Ze wszystkiego, co słyszę i oglądam w centrum onkologii, a dzisiaj jechałam
pociągiem razem z panem docentem Składowskim, bardzo mądrym i zacnym szefem
kliniki onkologicznej, wynika, że sytuacja wymaga, i o to proszą nas onkolodzy z wy-
sokiej półki, ażebyśmy pomyśleli o szkoleniach lub krótkotrwałych stażach dla lekarzy
pierwszego kontaktu i specjalistów. Jesteśmy teraz w ścisłym gronie, więc mogę po-
wiedzieć, że wczoraj pani z kręgów politycznych, przewodnicząca PSL, zresztą bardzo
porządna osoba, przyprowadziła dwudziestodzieciolatniego człowieka z rakiem
jamy ustnej, któremu można było dać już tylko skierowanie do hospicjum. A on się
leczył u stomatologów na paradontozę, na to, na tamto, robili mu różne zabiegi szczę-
kowe, wrywali zęby no i w końcu się znalazł pod moimi drzwiami. Więc coś w tej
dziedzinie zrobić trzeba.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jako obserwatorzy tego gremium powinniście zadbać o to, żeby środki na szkolenia i pewien program...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Bardzo proszę.

Senator Stanisław Karczewski:

Są szkolenia, są środki. Środki są przeznaczane z Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych między innymi na szkolenia, które są prowadzone również dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, a więc nie tylko na badania przesiewowe, profilaktyczne, dofinansowywanie PET i innych wysoko specjalistycznych urządzeń, ale również właśnie na szkolenia. Środki na to mają się znaleźć i mają być. Zresztą one już są.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ale rzeczywiście jest problem organizatora, nie wiadomo, kto ma być organizatorem tego typu szkoleń, i to nie powinno być przedmiotem posiedzenia naszej komisji, tak *ad hoc*, tylko powinno to być przedmiotem zainteresowania rady, która działa przy ministrze i której jesteście państwo obserwatorami: jak uruchomić systematyczny program szkolenia onkologicznego?

Senator Jadwiga Rudnicka:

Przepraszam bardzo, ja tam na wielu posiedzeniach o tym mówiłam. Myślę jednak, że inicjatywa komisji senackiej nie zaszkodziłaby temu tematowi, a może nawet by go, że tak powiem, troszkę ruszyła z miejsca. Chodzi nie tylko o szkolenia teoretyczne. Można by na przykład do specjalizacji dołożyć dwa, trzy tygodnie, po to żeby ktoś coś obejrzał.

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Wiecie co, to ja proponuję wziąć temat...

(Głos z sali: Kształcenie lekarzy w dziedzinie onkologii.)

(Senator Stanisław Karczewski: Już była taka moja propozycja. Ja przy niej obstaję i bardzo proszę o jej realizację.)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Dobrze, programy szkoleniowe, dobrze.

(Brak nagrania)

Mamy pismo Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej z początku marca, która proponuje program czerwcowego seminarium.

(Głos z sali: W Szczecinie?)

Nie, nie, tutaj, 12 czerwca, Rowiński.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Są w Australii. Dobrze.

(Rozmowy na sali)

Coś takiego, o służbie zdrowia i nas nie zaproszono?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Na wyjazd do Australii nikt nas nie zaprosił.

Dobrze. To chyba byłyby wszystkie sprawy bieżące. Jak państwo widzą, one się mieszczą w nurcie problemów, którymi się zajmujemy.

(Senator Jadwiga Rudnicka: Kiedy następna komisja?)

Jedenastego.

A teraz, słuchajcie – wyjazd do Ciechocinka i do Szczecina. Ja powiem o Szczecinie. Rezerwacja miejsc będzie w Radissonie. Dlaczego Radisson? Dlatego że wszyscy uczestnicy kongresu będą tam spali. Chodzi o to, żebyśmy byli w tym samym miejscu. Temat: medycyna rodzinna.

Ale wcześniej mamy wyjazd do Ciechocinka. Bardzo proszę o informację na ten temat.

Senator Józef Łyczak:

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, ja w ubiegłym tygodniu, w piątek i w sobotę, objechałem te sanatoria, które według mnie Wysoka Komisja i zaproszeni wraz z nią goście powinni zobaczyć. Zaplanowaliśmy wyjazd do Ciechocinka z panem przewodniczącym na 16–17 maja. Organizacyjnie ja bym to widział tak, później doprecyzuję to co do minuty: szesnastego komisja dojeżdża do Ciechocinka około godziny 12.00, bo z Warszawy się jedzie mniej więcej trzy godziny. Naszą bazą, w której będziemy mieszkać i gdzie będą nas gościć, że tak to określe, będzie sanatorium „Pod tęźniami”, uważam, że najlepsze. Program pierwszego dnia byłby mniej więcej taki: kwaterujemy się i od dwunastej do trzynastej jemy obiad. Ja raczej biegłem, niż szedłem po tym sanatorium, więc wiem, że powinniśmy sobie dać od półtorej do dwóch godzin na zwiedzenie sanatorium „Pod tęźniami”. W tym samym dniu zobaczylibyśmy jeszcze sąsiednie sanatorium – MSWiA. Czyli byśmy to zakończyli około godziny 16.00. Od szesnastej do dwudziestej chciałbym zorganizować wycieczkę, bo myślę, że Ciechocinek jest bardzo urokliwym miastem, a troszkę odprężenia nam się przyda. W tych godzinach spróbowałbym państwu pokazać cały Ciechocinek. Modlę się tylko, żeby była pogoda i żeby nie było meszek. Ale myślę, że meszek nie będzie, bo jak się dowiedzieli, że przyjeżdża wielka senacka komisja, od razu zaczęli, z burmistrzem na czele, sypać specjalne środki.

(Głos z sali: Burmistrz też?)

Burmistrz i reszta. Są takie środki, które zwalczają meszki, bardzo uciążliwe owady. I o dwudziestej byśmy zakończyli dzień kolacją w sanatorium „Pod tęźniami”.

Natomiast na drugi dzień chciałbym...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tam nie śpimy. Natomiast w drugim dniu chciałbym, żebyśmy zobaczyli PPUC – Państwowe Przedsiębiorstwo „Uzdrowisko Ciechocinek”, w którego skład wchodzi między innymi znany w całej Polsce Dom Zdrojowy, i coś bardziej skrajnego, co potrzebuje pomocy, czyli szpital rehabilitujący dzieci. On jest niedoinwestowany i specjalnie go wybrałem do obejrzenia, bo będą również przedstawiciele ministra. Potem chciałbym pokazać państwu szpital, o którym tyle mówiłem, ten aleksandrowski, tak

króciutko, bo Aleksandrów Kujawski leży 10 kilometrów od Ciechocinka. Pan Religa o nim wie i bardzo się chwalił tym szpitalem gdzieś tam na południu.

(Głos z sali: Dwanaście.)

A skąd wiesz, że dwanaście? No niech będzie.

W drodze powrotnej, po zwiedzeniu szpitala, to byłaby godzina między jedenastą a dwunastą, zobaczylibyśmy sanatorium wojskowe. Ja je oglądałem i ono zrobiło na mnie niesamowite wrażenie, jeżeli chodzi o dosprzętowanie. To już jest czołówka europejska, a nie krajowa, tak uważam, jeśli chodzi o rehabilitację i urzędzenia, jakie tam mają. Tam byśmy zjedli obiad około godziny 15. Jeżeli Wysoka Komisja chciałaby dalej zwiedzać Ciechocinek, to ja dalej będę organizował i możemy przedłużyć pobyt o trzeci dzień.

(Głos z sali: Baseny są w hotelu?)

Tak, baseny są w każdym hotelu, w tym także można z nich korzystać, jeżeli tylko się umie...

(Głos z sali: Podają do pokoju?)

(Wesołość na sali)

Również, jeżeli ktoś jest potrzebujący, tylko to wielki basen, ale to nic.

No i tak mniej więcej te dwa dni w Ciechocinku by wyglądały.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jak widzę, program jest wstępnie zaplanowany. Bardzo się cieszę. Program pobytu na kongresie medycyny rodzinnej też już poprzednio podałem, dzisiaj nie mam go ze sobą, ale on się też ciekawie zapowiada. Krótko mówiąc, maj będziemy mieli wyjazdowy i bardzo intensywny. Więc jedenastego się spotykamy na posiedzeniu komisji, a dzisiaj już dziękuję państwu. Wesołych Świąt.

(Rozmowy na sali)

Dwunastego i trzynastego jest posiedzenie Senatu, więc posiedzenie komisji jest jedenastego.

Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie komisji.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 03)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851