



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(662)

78. posiedzenie
Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia
w dniu 20 lutego 2003 r.

V kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia i prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych o kryzysowej sytuacji kas chorych i zakładów opieki zdrowotnej w zagrożonych dezorganizacją systemu opieki zdrowotnej z przyczyn ekonomicznych województwach: pomorskim, lubuskim, łódzkim i zachodniopomorskim.
2. Informacja przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia i prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych o kryzysowej sytuacji ekonomicznej Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych i zakładów opieki zdrowotnej w województwie dolnośląskim.
3. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 08)

(Posiedzeniu przewodniczą przewodniczący Jerzy Cieślak oraz zastępca przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz)

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Otwieram siedemdziesiąte ósme posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu Rzeczypospolitej Polskiej.

Witam serdecznie zaproszonych gości: panią minister Ewę Kralkowską, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, panią Waclawę Wojtałę, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia oraz panią Wasilewską-Trenkner, wiceminister finansów. Witam panie i panów senatorów.

Informuję, że są wśród nas również senatorowie, którzy nie są członkami Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, ale są żywo zainteresowani omawianymi tematami. Informuję naszych gości, że zgodnie z regulaminem senatorowie spoza komisji mają prawo zabierania głosu, zgłaszania wniosków, nie mogą tylko uczestniczyć w głosowaniu nad ostateczną wersją uchwały komisji.

Witam prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, pana prezesa Macieja Tokarczyka. Witam liczną reprezentację władz administracji rządowej, samorządowej, samorządów i związków zawodowych pracowników służby zdrowia z województwa dolnośląskiego.

Jest mi przykro, że spotykamy się w tak niewesołych okolicznościach i z tak niewesołych przyczyn, ale nadszedł czas, żeby tematy zaproponowane w dzisiejszym porządku obrad znalazły się w orbicie zainteresowania parlamentarzystów.

Porządek obrad dzisiejszego posiedzenia obejmuje dwa punkty. Pierwszy punkt: informacja ministra zdrowia i prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych o sytuacji kas chorych i zakładów opieki zdrowotnej w województwach zagrożonych dezorganizacją systemu opieki zdrowotnej z przyczyn ekonomicznych, a więc w Pomorskiem, Lubuskim, Łódzkim i Zachodniopomorskiem.

Punkt drugi: informacja ministra zdrowia i prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych o kryzysowej sytuacji Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych i zakładów opieki zdrowotnej w województwie dolnośląskim z przyczyn ekonomicznych. W tym punkcie przewidujemy dyskusję i na zakończenie podjęcie uchwały.

I tradycyjnie już do porządku obrad jest wpisany punkt trzeci, czyli sprawy różne. Ten punkt jak zwykle pozostawiamy inicjatywie senatorów.

Czy ktoś z państwa senatorów, członków komisji, ma uwagi do porządku obrad? Nie ma uwag.

Rozumiem więc, że porządek obrad został przyjęty.

Proszę naszych gości, żeby zabierając głos w dalszej części obrad, byli uprzejmi naciskać te zielone guziki na podstawkach mikrofonów, ponieważ każda wypowiedź jest zapisywana, co służy sporządzeniu stenogramu i protokołu z posiedzenia komisji.

Przystępujemy do omówienia pierwszego punktu porządku obrad.

Proszę panią minister Ewę Kralkowską o zreferowanie tematu, który jest przedmiotem naszego zainteresowania, jeśli chodzi o pierwszy punkt porządku obrad – sytuacja ekonomiczna służby zdrowia w województwach pomorskim, lubuskim, łódzkim i zachodniopomorskim. Od razu proszę panią minister i pana prezesa o możliwie lakoniczne referowanie tych tematów, żebyśmy się zmieścili w zaplanowanym czasie, i proszę, żeby te informacje, które otrzymamy, były na tyle skonkretyzowane, żeby można je było umieścić potem w uchwale, bo ona nie może mieć charakteru broszury. Niestety, musi to być w miarę lakoniczny tekst, ale chcielibyśmy, żeby jego zawartość merytoryczna była jak najbogatsza i jak najbardziej konkretna. Dziękuję bardzo.

Proszę, pani minister Kralkowska.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Ewa Kralkowska:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Przede wszystkim chciałabym bardzo serdecznie przeprosić za nieobecność pana ministra Marka Balickiego. Niestety, w tym samym czasie odbywa się posiedzenie Rady Ministrów, które w tym tygodniu zostało przeniesione z wtorku na czwartek, co uniemożliwia panu ministrowi osobistą obecność na naszym spotkaniu. Niemniej jednak postaramy się sprostać zadaniu postawionemu przed nami i odpowiedzieć na wszystkie państwa pytania.

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, zaproponowałabym, żeby w pierwszej kolejności przedstawił ekonomiczne aspekty tej całej sytuacji pan prezes Tokarczyk, a później będziemy się odnosić do dalszych części.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Nie mam nic przeciwko temu.

Chcę poinformować państwa, że wczoraj do Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia zostały dostarczone obszerne opracowania na temat sytuacji finansowej kas chorych w 2002 r. i analiza sytuacji finansowej Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych, Łódzkiej Regionalnej Kasy Chorych, Lubuskiej Regionalnej Kasy Chorych, Zachodniopomorskiej Regionalnej Kasy Chorych, Pomorskiej Regionalnej Kasy Chorych. Jest również spóźniona o osiem miesięcy, ale jest, informacja dotycząca zobowiązań wymagalnych szpitali na 30 czerwca 2002 r. Taki mamy rytm sprawozdawczości, wobec tego aktualniejszych informacji w tej sprawie uzyskać nie mogliśmy.

Proszę bardzo, pan prezes Tokarczyk.

**Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych
Maciej Tokarczyk:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Postaram się w sposób jak najbardziej zwięzły i krótki przedstawić te problemy, a jeżeli będą potrzebne dokładniejsze opracowania, nie tylko dotyczące tych kas, o których pan przewodniczący mówił, ale i pozostałych, oczywiście jesteśmy do dyspozycji.

Wiedza na temat finansowej sytuacji w kasach chorych w 2002 r. w tej chwili dotyczy trzech kwartałów, czwarty kwartał zaś jest zawsze zatwierdzany przez urząd nadzoru po przyjęciu przez radę kas chorych sprawozdań za ten kwartał, tak że na dzień dzisiejszy dostępne są w urzędzie jedynie wstępne sprawozdania. Wiele informacji pochodzi więc z informacji dekadowych.

Ostateczne zamknięcie bilansowe roku 2002 i pełna wiedza, zgodna z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, wynikająca z tego, że biegli przeprowadzą badanie bilansu kas chorych, będzie dostępna prawdopodobnie dopiero za kilka miesięcy, tak jak co roku.

Teraz chciałbym powiedzieć o sytuacji dotyczącej tych kas chorych, o których pan przewodniczący mówił. Z jednej strony mamy sytuację kasy chorych jako płatnika, a z drugiej strony mamy sytuację szeroko rozumianych świadczeniodawców – chodzi tu oczywiście o finanse głównych jednostek lecznictwa zamkniętego. I gdyby posłużyć się aktualnie zbieraną wiedzą z poszczególnych kas chorych na temat czynności komorniczych na rachunkach kas chorych w stosunku do poszczególnych świadczeniodawców i w ramach poszczególnych województw, to faktycznie kolejność tych zajęć komorniczych czy udział procentowy i kwotowy przedstawiają się w ten sposób, że na 16 grudnia 2002 r. – w tej chwili zbieramy z kas aktualniejsze dane i do końca tygodnia będą one państwu przedstawione – wystawione tytuły komornicze w całym systemie, w stosunku do wszystkich kas chorych, opiewają łącznie na kwotę 561 milionów zł. Jest to kwota dotycząca roku 2002.

Bardzo istotny jest tutaj przyrost w poszczególnych latach – 2000, 2001, 2002. Kwoty przedstawione przez komorników do zajęcia na rachunkach kas chorych mają charakter istotnie wzrastający – przedstawię szanownej komisji też dokładniejszy materiał na ten temat, żeby można było się szczegółowo z tym zapoznać. Dodam, że 92% całej tej kwoty dotyczy samodzielnych publicznych ZOZ.

Może jeszcze podam drugą kwotę, bo 561 milionów zł to kwota przedstawiona do zajęcia, a kwota rzeczywiście przekazana przez kasy chorych komornikom to 266 milionów 242 tysiące zł. Czyli pozostaje jeszcze kwota, która jest już zasądzona sądownie, do odzyskania na drodze przejęć komorniczych, przy czym z tej kwoty rzeczywiście już zabranej z systemu 6% dotyczy aptek. Zajęcia komornicze w stosunku do dużej grupy aptek w systemie to też jest dość istotny, narastający w poszczególnych województwach problem. Kwota przekazana przez kasy chorych w związku z zajęciami komorniczymi w stosunku do aptek w całym kraju wynosi 16 milionów 200 tysięcy zł, zgłoszona przez komorników zaś była kwota na poziomie 72 milionów zł. Jeśli chodzi o inne zakłady, w tym niepubliczne zakłady, jest to kwota stosunkowo niewielka, bo 4 miliony 500 tysięcy zł zajętych przez komorników na kontach kas chorych, przy zgłoszonej kwocie prawie 11 milionów zł. W wypadku praktyki indywidualnej jest to kwota zupełnie niewielka, bo rzędu 400 tysięcy zł. I największa pozycja: samodzielne publicz-

ne ZOZ – do 16 grudnia zajętych i przekazanych przez poszczególne kasy chorych jest to razem 244 miliony 572 tysiące zł, przy zgłoszonej do zajęcia kwocie 470 milionów zł.

Można spróbować ocenić sytuację świadczeniodawców w poszczególnych województwach, bo oczywiście urząd nadzoru dysponuje wiedzą na temat poszczególnych jednostek, których dotyczą te zajęcia, i wiemy, jakiej kwoty dotyczą te zajęcia. Często bywa tak, że w związku z poszczególnymi świadczeniodawcami zajmowane są rachunki i w czterech kasach chorych – na przykład Szpital Gruźlicy i Chorób Płuc we Wrocławiu ma podpisane umowy z czterema kasami i rachunki tych czterech kas są zajmowane.

Jeśli chodzi o procentowy udział, to z tej całej kwoty przekazanej czy zajętej przez komorników na rachunkach kas, czyli z tych wskazanych 560 milionów zł, ponad 21% to są kwoty zgłoszone w ramach Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych – to jest 119 milionów 600 tysięcy zł, z czego do 16 grudnia 2002 r. przekazanych zostało 77 milionów 500 tysięcy zł. Druga, biorąc pod uwagę wielkość zajęć, jest kasa lubuska, choć jest to o wiele mniej, bo kwoty wskazane przez komorników do zajęcia kształtują się na poziomie 92 milionów zł i stanowią przeszło 16% kwoty w skali całego kraju. Komornikom zostało przekazanych zaś 25 milionów zł. Następną kasą chorych jest kasa pomorska, gdzie przekazano komornikom blisko 30 milionów zł. I jeszcze jedną kasą o tak wysokim poziomie zadłużenia jest kasa łódzka, przekazano bowiem komornikom 32 miliony zł. Oczywiście, istotny poziom zajęć komorniczych dotyczy również kasy branżowej, ponieważ ma ona podpisane umowy z wieloma jednostkami w kraju. Wskazana tutaj komornikom kwota do zajęcia jest wysoka, przekracza 100 milionów zł, przekazanych zaś zostało 21 milionów zł.

Czyli pojawia się tu taki problem, że komornicy wysyłają tytuły do zajęć komorniczych do wszystkich kas chorych, a zdarza się nawet tak, że wysyłane są tytuły dotyczące jakiejś jednostki do kas chorych, z którymi nie ma ona podpisanych umów. Ten problem w ostatnim okresie stał się po prostu bardzo istotny.

Kasa chorych, która ma stosunkowo niskie zajęcia komornicze, to kasa podkarpacka, gdzie przekazano komornikom 800 tysięcy zł – na rachunkach tej kasy były najniższe zajęcia komornicze. Kolejną kasą o niskim stosunkowo poziomie zajęć komorniczych jest kasa wielkopolska, gdzie przekazano 3 miliony zł.

Ten materiał oczywiście przekażę państwu w całości, żeby mogli się państwo z tym zapoznać.

Bardzo istotną kwestią w tym wszystkim jest to, że gdybyśmy popatrzyli na udział poszczególnych miast – jako siedzib jednostek, w których dokonały się te zajęcia komornicze – to Wrocław znalazłby się na pierwszym miejscu. W tym okresie w samym Wrocławiu w związku z samodzielnymi publicznymi ZOZ – tak wynika ze sprawozdawczości, którą mamy – przekazano komornikom 33 miliony zł. W samym Wrocławiu. Drugim co do zajęć komorniczych miastem, które jest siedzibą samodzielnej publicznej jednostki, jest Gorzów Wielkopolski. Tam te zajęcia też są na poziomie kilkunastu milionów złotych. W Łodzi z kolei jest to 6 milionów zł, a na przykład w Warszawie i w Trójmieście 7 milionów zł.

Szczegółowe materiały na ten temat zostaną państwu udostępnione, żebyście państwo mogli się z tym zapoznać. Ewentualnie, gdyby były szczegółowe pytania dotyczące jakiejś konkretnej jednostki, to oczywiście mamy informacje na ten temat – z jednym zastrzeżeniem, że urząd nadzoru nie ma informacji o zajęciach komorniczych

bezpośrednio na kontaktach bankowych szpitala, ponieważ taka wiedza nie jest urzędowi udostępniana i nie mamy bezpośrednio możliwości zbierania takich informacji.

Gdyby popatrzeć na Wrocław, to okazałoby się, że w roku ubiegłym, w stosunku do całego kraju, blisko 13% zajęć komorniczych, kwotowo, miało miejsce na terenie Wrocławia. Ten problem na pewno jest więc dość istotny dla tych jednostek, dla tego samorządu, dla organów prowadzących, które mają szpitale na tym terenie.

Oczywiście jest to tylko jeden z elementów, który pozwala w jakiś sposób ocenić kondycję świadczeniodawców. I jak widać na przykładzie zarówno zajęć administracyjnych, jak i sądowych, sytuacja samodzielnych publicznych ZOZ i dochodzenie poprzez zajęcia komornicze jest tutaj największym, najistotniejszym problemem.

Innym problemem jest podejście do sytuacji płatników w poszczególnych województwach, czyli regionalnych kas chorych. Z punktu widzenia sytuacji finansowej, gdyby nie zagłębiać się w szczegóły, to najbardziej źle oceniana przez urząd nadzoru była sytuacja dwóch kas chorych – dolnośląskiej i pomorskiej. W końcu roku rozważano nawet możliwość wprowadzenia tam zarządu komisarycznego. Przy czym w kasie pomorskiej bardzo istotny był problem związany z opóźnieniem płatności w stosunku do aptek. Niestety bowiem są trzymiesięczne zaległości w stosunku do aptek. Kwota nieprzekazana aptekom – bo dochodzi do skumulowania wierzytelności na poziomie poszczególnych hurtowni i firm farmaceutycznych – wynosi przeszło 70 milionów zł.

W kasie pomorskiej wystąpił w końcu roku bardzo istotny problem i tam chyba teraz jest najgorsza sytuacja, poza kasą dolnośląską. Wzrastały tam znacznie zobowiązania w stosunku do świadczeniodawców przy wyczerpanym funduszu rezerwowym i praktycznie przy znacznie pogarszającej się sytuacji finansowej kasy chorych. Doszło do wymiany zarządu i są podejmowane próby działań sanacyjnych. Na przykład w województwie pomorskim powstał, już przy udziale nowego zarządu, szósty z kolei program naprawczy, który został rozpisany na pięć lat. Doświadczenie kilkuletnie wskazuje jednak, że każdy rok kończy się praktycznie jedynie wydłużeniem czasu realizacji programu naprawczego, a wyniki finansowe tej kasy chorych z roku na rok istotnie się pogarszają.

Jeśli chodzi o kasę lubuską, tam również jest prowadzony program naprawczy. Kasa ta jako instytucja raczej nie korzysta z debetu na rachunku bieżącym. W sposób akceptowalny prowadziła też działalność gospodarczą. Nie zmienia to jednak faktu, że sytuacja samodzielnych publicznych ZOZ na tym terenie jest, z punktu widzenia zajęć komorniczych, tragiczna. Na terenie Gorzowa Wielkopolskiego doszło do połączenia trzech jednostek szpitalnych i do kumulacji zobowiązań. I teraz w stosunku do tej jednej jednostki roszczenie komornicze sięga 40 milionów zł. W związku z tym prowadziliśmy w ostatnim tygodniu...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Chodzi o zajęcia komornicze – to jest najwięcej na terenie kraju. To jest to, co już w sposób sądowy zostało zasądzone dla tej jednostki. Przynajmniej w sprawozdawczości dolnośląskiej... Ale aż tak istotnych kwot zajęcia komorniczego nie ma. Będzie, ale na dzisiaj jeszcze nie ma.

Niewątpliwie szpitale wojewódzkie i w Zielonej Górze, i w Gorzowie Wielkopolskim są w takiej sytuacji, że trudno sobie wyobrazić prowadzenie, czy to z punktu widzenia organu prowadzącego, czy to z punktu widzenia dyrekcji szpitala, racjonalnej działalności mającej na celu udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Takich jednostek w Polsce jest pewna grupa i można oceniać je już na podstawie wyroków sądowych. Jeżeli państwo sobie życzyacie, to oczywiście my mamy zestawienia tych publicznych jednostek w kolejności...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, bo informacje, kiedy zapadł wyrok sądowy, kiedy komornicy przekazali kasom już konkretny tytuł, przychodzą z pewnym opóźnieniem, ale staramy się to monitorować w miarę na bieżąco i jeśli ktoś z państwa życzyłby sobie dane z jakiegoś terenu, to możemy je udostępnić.

Urząd nadzoru może tak naprawdę opierać swoją wiedzę, w przypadku sytuacji publicznych ZOZ, na sprawozdawczości GUS. Czym między innym jest to spowodowane? W połowie zeszłego roku rozpoczął się spór z trzema jednostkami na terenie Śląska, urząd nadzoru próbował bowiem wdrożyć działania kontrolne bezpośrednio w jednostce szpitalnej. Skończyło się to tym, że nie wpuszczono kontrolerów urzędu, nie udostępniono na terenie szpitala materiałów i nie dano możliwości kontroli tych trzech jednostek. W efekcie urząd nadzoru podał do sądu grodzkiego dyrektorów tych szpitali i teraz po pół roku będzie, bodajże w przyszłym tygodniu, pierwsza sprawa przeciwko jednemu z tych dyrektorów – trafiło niedawno w tej sprawie zawiadomienie do urzędu nadzoru. Posłużono się opiniami prawnymi dotyczącymi zapisów w ustawie o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i stwierdzono, że urząd nadzoru ma prawo badać tylko legalność umów zawartych pomiędzy kasą chorych a świadczeniodawcą i uniemożliwiono tę kontrolę. W pewnym okresie była to nawet rzecz głośna w mediach. Będzie więc sprawa przeciwko dyrektorowi, bo zgłosiliśmy w sądzie grodzkim...

(Przewodniczący Jerzy Cieślak: Panie Prezesie...)

Już, króciutko...

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Panie Prezesie, informacje, które przekazał nam pan na przykład o Górnośląskiej Regionalnej Kasie Chorych, w sensie poznawczym mają dla nas oczywiście istotne znaczenie, ale chciałbym uporządkować tę pana wypowiedź. Mielśmy mówić o zajęciach komorniczych, a tu mówimy o kondycji ekonomicznej poszczególnych kas chorych. Dowiedzieliśmy się, jak wygląda sytuacja w województwach pomorskim i lubuskim, nie było zaś informacji o Łódzkiem ani Zachodniopomorskiem, a ponieważ taki jest temat naszego posiedzenia, to prosiłbym o powrót do tej sprawy.

Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych Maciej Tokarczyk:

W województwie łódzkim problem także jest po stronie płatnika. Wstępny wynik finansowy kasy łódzkiej – jak na razie to tylko wstępny wynik – wydaje się jednym z gorszych w kraju i wynosi – to jest wynik ujemny, oczywiście – przeszło 100 milionów zł. Czyli po stronie płatnika ta sytuacja jest bardzo niekorzystna, płatnik też ma poważne problemy finansowe. Po stronie świadczeniodawców zaś, jak mówiłem, zajęcia komornicze w łódzkiej kasie chorych przekraczały 30 milionów zł. Tak że tutaj mamy problem i po jednej, i po drugiej stronie.

W materiale, który przedstawiłem, są wszelkie dane dotyczące sytuacji finansowej kasy łódzkiej w poszczególnych miesiącach, spływu składki i kontraktów zawiera-

nych na poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych. Jeśli byłoby to dla państwa interesujące, to jestem do dyspozycji, mogę wyjaśnić tę sytuację. Jak mówiłem, kasa łódzka realizuje program naprawczy już od kilku lat i ten program również jest nieskuteczny, ponieważ kolejny rok kończy się sporym ujemnym wynikiem finansowym przy bardzo trudnej sytuacji świadczeniodawców, biorąc pod uwagę zajęcia komornicze, dokonane i zgłoszone.

Kolejną kasą chorych jest zachodniopomorska kasa chorych, która tak naprawdę popadła w problemy finansowe mniej więcej w połowie ubiegłego roku, ponieważ doszło wtedy do naruszenia funduszu rezerwowego. Od tego momentu kasa musiała wszcząć program naprawczy. Dodatkowo pogorszenie sytuacji miało miejsce w związku z rozliczeniem trzeciego kwartału przez Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, bo wpływy tej kasy chorych zostały jednorazowo pomniejszone o 25 milionów zł, w związku z czym pojawiły się opóźnienia płatności dotyczące dwóch tygodni. I dlatego akurat ta kasa chorych i ten region mają istotny problem. Dzisiaj bowiem utrzymuje się opóźnienie płatności w stosunku do świadczeniodawców, jak również w stosunku do aptek, sięgające dwóch tygodni, co oczywiście wpływa niekorzystnie na sytuację finansową świadczeniodawców.

Poza tym niemożliwy do utrzymania jest poziom finansowania kontraktów zawartych w roku 2002, ponieważ powiększony on był w roku 2002 o fundusz rezerwowy, który w tym roku został wpisany do przychodów kasy. W związku z tym w propozycjach na rok 2003 najbardziej obniżone w stosunku do roku 2002 są kontrakty dotyczące tej kasy. Sytuacja jest groźna, bo część świadczeniodawców nie podpisała umów, a potraktowała okres pierwszego kwartału jako okres wypowiedzenia umów wieloletnich, bo były tam umowy wieloletnie. Na pewno więc w najbliższych miesiącach duży problem będzie występował na terenie województwa zachodniopomorskiego w związku z tym, że znacznie mniejszy będzie poziom finansowania akurat tego województwa.

Zadłużenie świadczeniodawców, oczywiście szacowane jedynie na podstawie zajęć komorniczych, w tym województwie jest akurat na dzień dzisiejszy niższe niż w tych województwach, o których mówiliśmy wcześniej. W zachodniopomorskim co prawda przekazano pod koniec grudnia komornikom jedynie 8 milionów 700 zł, ale zgłoszenie wierzytelności wynosiło już 35 milionów zł. Ten problem więc na pewno będzie narastał.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Zbliżamy się do końca wypowiedzi, jak rozumiem. Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, usłyszeliśmy informację na temat zajęć komorniczych, które są dramatycznym problemem zakładów opieki zdrowotnej i kas chorych. Dotyczy to całego kraju, ale mają one szczególne znaczenie w wybranych województwach, które są tematem naszego posiedzenia. Usłyszeliśmy też podstawowe informacje na temat kondycji ekonomicznej kas chorych i kłopotów, jakie mają te kasy.

Chcę państwa poinformować, że województwa, które są tematem dzisiejszego posiedzenia, nie zostały wybrane na podstawie protekcji, czyli lobbingu, jak to się teraz ładnie mówi, tylko na podstawie analizy ekonomicznej, którą na moją prośbę przekazał mi zarówno urząd nadzoru, jak i Ministerstwo Zdrowia. Być może w ostatecznym tekście uchwały komisji nie wszystkie te województwa się znajdą, bo będziemy jednak próbowali sprowokować stworzenie jakiegoś programu ratunkowego dla służby zdro-

wia w określonych regionach kraju. Zdajemy sobie sprawę z ograniczonych środków, jakimi dysponujemy w tym zakresie. Dlatego cała nasza dyskusja, rozmowa i informacje powinny zmierzać właśnie do tego, żebyśmy mogli do końcowej uchwały wpisać to, co rzeczywiście jest najpilniejsze i co może prowadzić do złagodzenia najbardziej dramatycznych sytuacji w poszczególnych regionach kraju. I niestety w tej chwili tylko na tych regionach możemy się koncentrować – nie tylko możemy, musimy, bo to jest niezmiernie istotna sprawa.

Bardzo proszę Ministerstwo Zdrowia o zreferowanie tematu. Która z pań? Pani minister Kralkowska, proszę uprzejmie.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Ewa Kralkowska:

Jeśli można, proszę państwa, chciałabym spróbować analitycznie powiedzieć na temat tego, jak przekłada się ta sytuacja w kasach chorych na funkcjonowanie ochrony zdrowia, bo o tym trzeba mówić tak szeroko. Naturalnie zakłady opieki zdrowotnej mają kłopoty finansowe i jest tam ogromne zadłużenie. Materiały na ten temat, które przekazaliśmy komisji, są, jak pan przewodniczący słusznie powiedział, z 30 czerwca zeszłego roku. Wynika to z tego, że tak naprawdę nie mamy żadnej możliwości pozyskania dokładnych informacji od zakładów opieki zdrowotnej, bo to organy założycielskie mogą pozyskiwać te dane i w ogóle ingerować w tę sferę, a minister może wyłącznie prosić organy założycielskie o przekazanie informacji. Zwróciliśmy się w zeszłym roku o taką informację i nie wszystkie organy założycielskie nam odpowiedziały, ale ponieważ odpowiedziało nam powyżej 50%, to uważamy, że da się to przełożyć na informację, którą można analizować.

Proszę państwa, zadłużenie ochrony zdrowia generują głównie szpitale, jest to 90% zadłużenia. Zadłużenie jest różne w zależności od regionu, od struktury jednostek zakładów opieki zdrowotnej, które są w tym regionie, i od potrzeb zdrowotnych danego regionu. Wiemy doskonale, że jest nierównomierne rozłożenie struktury organizacyjnej, czyli szpitali, w obrębie całego kraju, że są takie rejony w naszym kraju, gdzie na przykład istnieje nadmiar łóżek szpitalnych w stosunku do rzeczywistych potrzeb.

Jak państwo wiecie, istniały programy restrukturyzacyjne opracowane na poziomie województw i były przekazywane pieniądze z budżetu państwa na realizację tych programów restrukturyzacyjnych. Założeniem tych programów było to, żeby dostosować strukturę organizacyjną jednostek opieki zdrowotnej do rzeczywistych potrzeb poszczególnych województw. Takie było założenie. A jak wygląda realizacja? To odbiega nieco od założeń. Przepraszam, że to mówię, ale myślę, że musimy zdawać sobie sprawę z rzeczywistych powodów tego, że ochrona zdrowia nie wychodzi na prostą, tak bym powiedziała. Wśród tych powodów jedynym powodem nie może być to, co się w mediach określa brakiem środków finansowych. Naturalnie tych środków finansowych w ochronie zdrowia nie jest za dużo. Równocześnie jednak pieniądze, które były przekazane na restrukturyzację zakładów opieki zdrowotnej, nie wszędzie spełniły swoje zadanie, czyli nie wszędzie zostały wykorzystane na dostosowanie struktury zakładów do rzeczywistych potrzeb. Powiem więcej, w wielu miejscach w Polsce zostały otworzone nowe jednostki organizacyjne, nowe szpitale, choć na tym terenie jest niepełne wykorzystanie łóżek szpitalnych, bo nie ma takich potrzeb. Są to

pewne zaszczości, proszę państwa, dlatego że te szpitale były już na pewnym poziomie realizacji planów wyposażenia itd. Organy założycielskie z tego terenu pod presją środowisk lokalnych zrealizowały to zadanie i zakłady zostały uruchomione. I jest to jedna z przyczyn, i to bardzo ważna, tego, że zadłużenie szpitali się pogłębia.

Chciałabym powiedzieć, że wśród informacji o zadłużeniu szpitali przekazanych nam przez organy założycielskie jest też informacja według mnie bardzo ważna, że około 18% szpitali nie jest zadłużonych, czyli funkcjonując w tych samych warunkach finansowych, posługując się tymi samymi kontraktami, zdołały jednak zamknąć budżet. To jest bardzo ważna informacja, dlatego że część szpitali – staramy się to monitorować na bieżąco, proszę państwa, aczkolwiek nie mamy pełnego aktualnego ogądu, jak mówiłam – przy zmianie systemu zarządzania i przy pewnej restrukturyzacji organizacyjnej funkcjonowania jednostki uzyskuje odpowiedni wynik finansowy, budżet bilansuje im się na bieżąco, a to, co im najbardziej dolega, to stary dług i lawina narastających odsetek. Zmiany organizacyjne mogą jednak dawać nadzieję, jakieś światło w tunelu widać.

Następna sprawa, proszę państwa, to funkcja i nadzór organu założycielskiego. Nie chciałabym rzucać kamyczka do niczyjzego ogródka, ale analizując przyczyny takiego stanu rzeczy, staramy się patrzeć na sprawę z różnych punktów widzenia. Jak państwo wiecie, minister zdrowia – nie tylko minister zdrowia, także inni ministrowie konstytucyjni, że tak powiem, ministrowie resortów mundurowych chociażby – jest organem założycielskim bardzo małej liczby funkcjonujących zakładów opieki zdrowotnej. Organami założycielskimi są głównie marszałkowie, starostowie, a w tej chwili także rektorzy. Największa porcja długów, że tak powiem, dotyczy starostw, czyli tych jednostek, gdzie organami założycielskimi są powiaty, a druga co do wielkości – tych, których organami założycielskimi są marszałkowie.

Z czego to wynika? Wynika to również z tego, że są to zakłady opieki zdrowotnej, które są zarządzane przez te organy założycielskie. Analizując wyrywkowo, że tak powiem, sytuację jednostek organizacyjnych, można wysnuć wniosek, który chyba nie jest zbyt śmiały, że w tych miejscach, gdzie organ założycielski – przepraszam, że tak mówię, ale staram się mówić w sposób prosty – zauważył, że zadłużenie zaczyna być generowane, i dostatecznie wcześniej podjął próby restrukturyzacji, tam zakłady wyszły na prostą. Tam, gdzie z roku na rok zadłużenie jest coraz większe i nie ma odzewu w postaci zmian restrukturyzacyjnych, tam niestety dochodzi do kolosalnych zadłużeń, przekraczających wartość majątków szpitali, przychody szpitali i są tam zajęcia komornicze. Jest to błędne koło, z którego bardzo trudno będzie wyjść na prostą.

W tej chwili jesteśmy oczywiście w stanie odpowiedzieć na większość szczegółowych pytań, jakie państwo będziecie mieli w tym zakresie, mamy materiały, jesteśmy do tego przygotowani.

A jakie my widzimy możliwości działań, jakie wyjście z tej sytuacji możemy zaproponować? Proszę państwa, chciałabym powiedzieć, że konieczna jest przemyślana i głęboka restrukturyzacja zakładów opieki zdrowotnej. To nie może być restrukturyzacja pozorna, bo według nas to nie jest restrukturyzacja, jeżeli, powiedzmy, zwolni się grupę pracowników w obrębie istniejącej jednostki. Owszem, zmniejszy to koszty osobowe, nie zmniejszy jednak generalnych kosztów funkcjonowania jednostki. Te koszty osobowe są na ogół zmniejszane na bardzo krótko, bo zaraz się okazuje, że na miejsce zwolnionego pracownika trzeba przyjąć innego czy ewentualnie za-

trudnić firmę zewnętrzną, która będzie wykonywała daną czynność. Jest to więc działanie pozorne.

Żeby osiągnąć efekt ekonomiczny, trzeba wyłączyć z funkcjonowania jakąś część jednostki. Jest to możliwe do zrobienia tam, gdzie są zapewnione świadczenia zdrowotne na przykład w obrębie jednego starostwa, powiatu. Istnieją tam, powiedzmy, trzy szpitale i wykorzystanie łóżek jest na poziomie 40%. Wiadomo więc, że jeden z tych szpitali można w sposób bardzo racjonalny zagospodarować inaczej, przeznaczyć go na inne cele niż, powiedzmy, udzielanie świadczeń zdrowotnych – oczywiście bez szkody dla zdrowia mieszkańców tego regionu, bardzo wyraźnie chcę to powiedzieć. Mechanizmy, za pomocą których w jakiś sposób można przeprowadzać tę restrukturyzację, też powinny być przemyślane, dlatego że prosta likwidacja zakładu opieki zdrowotnej, prośbę państwa, jest ogromnie kosztowna i przerzuca wszystkie koszty likwidacyjne na samorządy terytorialne, a tego samorządy nie będą w stanie unieść, często bowiem przekracza to w ogóle możliwości ich budżetu. Ale istnieją inne mechanizmy – mechanizm łączenia jednostek, zmiany funkcji, wyłączenia części zadań i zmniejszenia w ten sposób kosztów.

Według nas, bez takich bardzo głęboko przemyślanych działań nie da się wyjść z tej patowej sytuacji. Uważamy, że samo proste przekazanie środków finansowych – tutaj patrzę w stronę pani minister, bo naturalnie przede wszystkim nie mamy kopalni diamentów, z których pieniądze zostałyby przekazane szpitalom w prosty sposób – i samo proste oddłużenie jednostki bez podjęcia działań, które zmniejszą koszty działania jednostki, w ogóle jest bez sensu. Przepraszam, ale za chwilę narosną te same długi i pojawią się te same kłopoty.

Dlatego nawet gdyby były te pieniądze, to i tak minister zdrowia będzie stał na stanowisku, że konieczne jest działanie bardzo głębokie, konieczna jest restrukturyzacja funkcji. Pieniądze, które są w tym roku na przykład na restrukturyzację zatrudnienia, muszą być skierowane na restrukturyzację zatrudnienia nie pozorną, ale związaną ze zmianą funkcji zakładów opieki zdrowotnej. I wtedy być może uda nam się pomóc w tych sytuacjach kryzysowych, o których pan przewodniczący mówił, województwom szczególnie w tej chwili zagrożonym, bo takie województwa są. Naturalnie, to nie może być działanie ministra zdrowia, bo minister zdrowia nie ma do tego uprawnień, nie taka jest jego funkcja, to musi być działanie lokalnych władz, władz samorządu terytorialnego, wojewody, a minister zdrowia przyłączy się do tego, poprzez to, będzie pomagał i będzie współdziałał. Ale on nie może być tu decydentem, nie może decydować, jakie działania w regionie mają być podjęte.

Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, to tyle ogólnego spojrzenia na te problemy. Jeżeli będą pytania szczegółowe, jesteśmy do państwa dyspozycji.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

Mam nadzieję, że ta rozszerzona perspektywa i głębsze nieco, niż przewidywaliśmy, informacje są przydatne dla analizy porównawczej sytuacji w poszczególnych województwach. Dlatego nie przeszkadzałem w rozszerzaniu tematu. Myślę, że mogę być nawet wdzięczny pani minister i panu prezesowi za przekazanie tych informacji w sposób przystępny, ale wyczerpujący.

Staram się, proszę państwa, wyłowić z tych wypowiedzi takie dość istotne fakty, które charakteryzują obowiązujący system ochrony zdrowia w naszym kraju, dlatego

że to również musi być przedmiotem pogłębionej analizy i prawdopodobnie inicjatyw legislacyjnych – jeżeli nie rządu, to Senatu. Pani minister zwróciła uwagę na to, że minister może prosić jedynie organy założycielskie o informacje. Gdzie więc są ośrodki koordynacji działań zakładów opieki zdrowotnej na terenie kraju? Tym bardziej że mamy i publiczne, i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, mamy organy założycielskie różnych szczebli, jeżeli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną, mamy jeszcze w budowie system ratownictwa medycznego z ogromnymi kłopotami ekonomicznymi. W tej sytuacji brak ośrodków koordynujących, brak jasnego określenia, kto za co odpowiada, gdzie się dysponuje środkami, kto odpowiada przed prawem za skuteczność świadczeń zdrowotnych...

Jest to sprawa niezmiernie skomplikowana. Chcę też przypomnieć, że minister zdrowia może tylko apelować do kas chorych o podpisywanie kontraktów. I takie apele słyszeliśmy przed kilkoma dniami w telewizji – minister apelował do kas chorych o podpisywanie kontraktów. Taki jest aktualnie obowiązujący system ochrony zdrowia i takie są jego mankamenty – tylko dwa z nich wyłowiliśmy, czy wyłowilem, na tym etapie naszych rozważań.

Przystępujemy do pytań do przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych.

W pierwszej kolejności pytam: czy panie i panowie senatorowie chcą zadać pytania? Pan senator Religa, pani senator Koszada, pan senator Piwoński.

Proszę bardzo, ale ze względu na czas, bo dyskusję będziemy mieli jeszcze w drugiej części posiedzenia, prosimy o lakoniczność wypowiedzi.

Senator Zbigniew Religa:

Mam pytanie do pana prezesa. Pan prezes wspominał o działaniach sanacyjnych na terenie kasy pomorskiej oraz o programach naprawczych, które są wdrożone w pozostałych dzisiaj omawianych kasach. Panie Prezesie, na czym polegają te działania naprawcze czy działania sanacyjne?

I pytanie do pani minister. Czy państwo również traktują jako restrukturyzację danej jednostki rozszerzenie działalności, a więc powołanie nowych jednostek? Dziękuję.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Czy od razu odpowiedź, czy po kolejnych pytaniach? Jak państwo wolicie? Od razu? Proszę bardzo, tylko proszę też o odpowiedzi możliwie lakoniczne, precyzyjne i na temat poruszony w pytaniach.

**Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych
Maciej Tokarczyk:**

Bardzo krótko. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zobowiązuje kasy chorych do planowania swoich przychodów w perspektywie trzyletniej. W związku z tym programy naprawcze, aby mogły być realizowane, też są kształtowane w perspektywie wieloletniej. Jeśli w danym roku powstała nadwyżka kosztów nad przychodami, to w kolejnym roku musi się pojawić odwrotna sytuacja, czyli musi być nadwyżka przychodów nad kosztami.

Oczywiście, niepewność, która dotyka systemu kas chorych od dwóch lat co do poziomu składki – czy składka będzie zwiększona, czy zmniejszona – spowodowała między innymi to, że wiarygodność tych trzyletnich szacunków jest niska, są one dość mało wiarygodne. Sam fakt, że kolejnych programów naprawczych na przykład w kasie pomorskiej czy dolnośląskiej powstawało siedem i tak naprawdę kończyły się tym, że okres zakończenia realizacji programu naprawczego wydłużał się o kolejny rok czy o kolejne dwa lata, wskazuje na zupełną nieskuteczność działań naprawczych, aczkolwiek było kilka programów naprawczych, które w pewnym sensie przyniosły, z punktu widzenia kasy chorych, pozytywne skutki, takie przykłady też można przytoczyć. Ale akurat w pomorskiej kasie jest to zupełnie nieskuteczne.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję.
Pani minister.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Ewa Kralkowska:**

Chciałabym odpowiedzieć panu profesorowi w ten sposób: naturalnie, ze względu na postęp medycyny i potrzeby zdrowotne ludności istnieje potrzeba otwierania nowych oddziałów, ale otwieranie nowych oddziałów musi się wiązać z zamykaniem starych, dlatego że pula ogólna łóżek potrzebnych do leczenia pacjentów pozostaje według wszystkich wskaźników podobna, być może inaczej rozkładają się akcenty, jeśli chodzi o poszczególne specjalności, bo chory i tak gdzieś był leczony, czyli w sumie musi się to bilansować. Działania restrukturyzacyjne postrzegamy więc w ten sposób, żeby to było dopasowanie bazy do potrzeb zdrowotnych.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję.
Pani senator Koszada.

Senator Aleksandra Koszada:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Pani Minister, powiedziała pani, że 18% szpitali nie jest zadłużonych, i dodała pani, że dolega im tylko stary dług i odsetki. Chciałabym zapytać, z jakiego terenu są to szpitale. Wiele szpitali przeprowadzających restrukturyzację praktycznie zbilansowało na koniec roku wydatki z wpływami, a mimo to na pierwszy kwartał kontrakty są niższe o 7%, 10%. I w tym momencie znowu sytuacja staje się bardzo kiepska, szczególnie jeśli chodzi o szpitale jedyne na terenie powiatu, które obsługują na przykład sto dwadzieścia tysięcy mieszkańców. Dziękuję.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję, Pani Senator. Rozumiem, że pytanie jest skierowane do pani minister. Proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Ewa Kralkowska:

Już odpowiadam: te 18% szpitali w ogóle nie ma zadłużenia, nie ma również starego długu, jest, że tak powiem, na zero. Wśród tych, które mają zadłużenie, są też takie, które na bieżąco się bilansują, a mają stary dług – to jest jak gdyby inna grupa.

(Przewodniczący Jerzy Cieślak: Z narastającymi odsetkami, to nie jest bez znaczenia.)

Z narastającymi odsetkami, tak, to nie jest bez znaczenia, bo to się pogłębia. Ale te 18% wyszło na zero, nie ma żadnego długu, ani starego, ani bieżącego. I jeszcze jedno chcę powiedzieć: to nie są szpitale ani z jakiegoś określonego regionu, ani określonego poziomu referencyjnego, bo wśród tych niezadłużonych szpitali są i szpitale powiatowe, i szpitale marszałkowskie, ze wszystkich poziomów referencyjnych i różnie rozrzucone w kraju, tak że nie jest to związane z konkretnym kontraktem czy z konkretnymi zadaniami.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję.
Pan senator Piwoński.

Senator Zbyszko Piwoński:

Chcę powiedzieć, Pani Minister, zresztą gromadzimy w tej chwili akurat...
(Brak nagrania)

Właściwie stworzyliśmy taki system, że zbyt daleko poszliśmy z uprawnieniami organu założycielskiego i właściwie w regionie nikt nie ma możliwości takiego skutecznego działania, żeby te wszystkie zamierzenia zostały zrealizowane.

Pytanie jest takie: jakie w stosunku do nas, do parlamentu mielibyście państwo oczekiwania? Co należałoby tutaj zmienić? Zajmujemy się w tej chwili tą sprawą akurat po uchwale, którą przyjęliśmy w styczniu. Oczekujemy na sprawy, które musimy trochę naprawić, ażeby to państwo zaczęło skutecznie działać, bo inaczej to będziemy bezradnie patrzyli na to, co się wokół dzieje.

Jednocześnie mam przed sobą dokument, który trochę obciąża także resort. Bo kiedy starostowie, co się rzadko zdarza, ale jednak się zdarza, występują z wnioskiem, że chcieliby razem, wspólnie kierować określoną placówką, to otrzymują odpowiedź, że jest to niemożliwe. I jest to niemożliwe nie tylko w świetle obecnego prawa, ale równocześnie planowana nowelizacja nie przewiduje takiej sytuacji. I to mnie zaniepokoiło. Resort, jeśli chodzi o to, co jest w gestii samego resortu, nie zmierza do takiej elastyczności zapisów prawa, żeby można było połączyć to z tamtym, po prostu, i żeby ta cała restrukturyzacja miała większą szansę powodzenia.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję.
Odpowiada pani minister Kralkowska.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Ewa Kralkowska:

Dziękuję bardzo. To jest bardzo ważne pytanie, ono podejmuje problem działań, które moglibyśmy rozpocząć, żeby coś z tym zrobić. I powiem tak. W licznych dyskusjach i wystąpieniach niektórych starostów, ale niektórych, było takie hasło, że należy ujednoczyć organ założycielski szczególnie szpitali na terenie województwa i były propozycje, żeby tym organem został marszałek. Takie były głosy. I teraz powiem, jak to można...

(Sygnał telefonu komórkowego)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Przepraszam bardzo, Panie Senatorze, prosiłbym o skrócenie rozmowy. A może po prostu wyłączylibyśmy telefony komórkowe, bo tematy, które dzisiaj omawiamy, są niezmiernie istotne dla przyszłości polskiej służby zdrowia.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Ewa Kralkowska:

Jeśli chodzi o ujednoczenie organu założycielskiego, to jest wiele za i wiele przeciw. Jest na pewno jeden argument za – taki, że jeżeli jest jeden gospodarz, to może koordynować i widzieć sprawę w sposób bardziej perspektywiczny, a wielu gospodarzy na tym samym terenie podlega wielu naciskom lokalnym i bardzo trudno jest podjąć decyzję, które z punktu widzenia społeczności lokalnej są czasami praktycznie nierealne. Argument drugi jest taki, że od razu pojawiają się szczegółowe problemy, czy z zadłużeniem, czy bez zadłużenia, kto ma pokryć istniejący dług, a kto ma być za to odpowiedzialny itd. Różne zdania więc były na ten temat.

Proszę państwa, wychodząc naprzeciw takim postulatom, opracowując małą nowelizację ustawy o ZOZ, która w tej chwili jest uzgadniana, zaproponowaliśmy w jednym z naszych projektów pewne wyjście z sytuacji, w tej chwili bowiem nie ma żadnej prawnej możliwości, żeby to zrobić. Zaproponowaliśmy takie rozwiązanie, że jeżeli organy założycielskie się porozumieją, to będą mogły to zrobić. To się spotkało z negatywną oceną Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu. Opinia tej komisji w tych sprawach jest obligatoryjna i ta opinia była negatywna, proszę państwa. Dalej jest to opracowywane, poddawane dyskusji, być może więc, jeżeli więcej będzie wystąpień, to się zmieni.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

Dobrze się stało, że wśród gości z Dolnego Śląska mamy również przedstawicieli dwóch starostw. Reprezentację Dolnego Śląska przedstawię potem, przed rozpoczęciem drugiej części posiedzenia, która będzie już podejmowała konkretne tematy. Będziemy mogli usłyszeć wówczas również opinię panów w tej sprawie, a pytanie, bardzo istotne, pozostaje na razie otwarte.

Pan senator Bielawski.

Senator Janusz Bielawski:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Pierwsze pytanie jest do pana prezesa UNUZ. W tej chwili wiadomo, że za te same procedury w różnych regionach płaci się różne pieniądze. Wystarczy przekroczyć granicę Odry – ja jestem z Dolnego Śląska – żeby się dowiedzieć, że za tę samą procedurę prawie dwukrotnie więcej płaci Wielkopolska Regionalna Kasa Chorych. Pytanie jest takie: ile jest szpitali zadłużonych na terenie województwa wielkopolskiego, mazowieckiego, śląskiego? Kiedy otrzymamy odpowiedź na to pytanie, dowiemy się, czy poziom finansowania odgrywa istotną rolę w zadłużeniu jednostek ochrony zdrowia.

A druga kwestia – kieruję ją do pani minister Kralkowskiej – to w pewnym sensie komentarz. Wszystko byłoby dobrze, gdyby była taka możliwość, że na przykład na Dolnym Śląsku jest za dużo szpitali, więc bierzemy szpital w Bogatyni i przy pomocy czarodziejskiej różdżki przenosimy go do województwa lubelskiego albo w suwalskie, gdzie jest za mało szpitali. Ale likwidacja czy zmiana profilu szpitali nie jest taka prosta. Ten problem występuje nie tylko u nas, borykają się z nim również państwa zachodnie. Znam taki przykład z Austrii – szpital dziecięcy w Wiedniu, który powinien być zlikwidowany, ponieważ ekonomicznie jego istnienie nie jest uzasadnione – mało tego, budynek jest wyeksploatowany do tego stopnia, że remont się nie opłaca – nie może być zlikwidowany, ponieważ obywatele dzielnicy, w której szpital się znajduje, nie pozwolą na to. Nie ma takiego odważnego w radzie miasta, który głosowałby za likwidacją takiego szpitala, ponieważ nie zostałby już wybrany do samorządu.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Panie Senatorze, muszę być niegrzeczny, ale druga część pana wypowiedzi jest raczej głosem w dyskusji, a nie pytaniem.

(Senator Janusz Bielawski: Przepraszam.)

Nie mieszajmy może tych tematów, niech nasze posiedzenie będzie uporządkowane.

Pytania były skierowane do pana prezesa Macieja Tokarczyka, który zaraz będzie odpowiadał, i następnie do pani minister Kralkowskiej... Było pytanie do pani minister czy nie?

(Senator Janusz Bielawski: Nie.)

Aha, nie było.

Proszę bardzo.

**Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych
Maciej Tokarczyk:**

Pozwolę sobie odpowiedzieć na to pytanie krótko, choć temat jest bardzo złożony: to nie tylko cena jednostkowa, ale i sposób kontraktowania. Akurat przy ocenie kasy dolnośląskiej, ale w dużej mierze i pomorskiej, bo tam zarówno kasa, jak i świadczeniodawcy mają istotne problemy, jest to nie tylko... Bo w przypadku DRG, który od kilku lat funkcjonuje, wartość punktu jest pochodną liczby wykonanych świadczeń. Jeżeli DRG funkcjonuje tylko w lecznictwie szpitalnym, tam, gdzie jest stosunkowo

mała baza – na przykład w województwie podkarpackim, tam akurat jest najmniej zadłużonych jednostek – to ten sam sposób finansowania, bez *fanholdingu*, czyli bez tej metody finansowania lekarza specjalisty, że lekarz POZ płaci lekarzowi specjalście za poradę, a do szpitala kieruje pacjenta bez żadnego udziału finansowego... To znacząco uważam, że stwierdzenie, iż jedynie na przykład wartość procedury szpitalnej powoduje taką sytuację, jest niedostateczne. Przy ocenie przed wprowadzeniem zarządu komisarycznego brano bowiem pod uwagę cały sposób kontraktowania. Z POZ łatwiej odesłać do szpitala, jeśli dodatkowo szpital ma istotnie dużą bazę.

Specyficzny sposób kontraktowania od trzech lat zapewniał każdy szpital, nie limitując liczby przyjęć. Początkowo tworzony plan finansowy na poziomie szpitala wydawał się o wiele wyższy niż na końcu, po superkorektach, po zmniejszeniach wartości punktów. Wydawał się możliwy do wypracowania. To przeświadczenie pojawiało się przez trzy kolejne lata i myślę, że dyrektorzy tak naprawdę w ostatnim okresie zorientowali się, że obiecywano więcej, niż system mógł ostatecznie zaproponować.

Czyli gdyby tak się stało, że na Dolnym Śląsku byłaby zupełnie inna baza, Panie Senatorze, gdyby nie było być może tam *fanholdingu*, to efekt byłby prawdopodobnie troszkę inny niż w tej chwili. Oczywiście, zarówno w Wielkopolsce, jak i na Dolnym Śląsku... Jeśli pan senator byłby zainteresowany, to dostarczę dane na temat tych jednostek, ale będą to dane dotyczące zajęć komorniczych, bo nie mam wiedzy o rzeczywistym zadłużeniu szpitala, urzędowi bowiem nie jest to dostępne – mam F-01 z roku poprzedniego, a dane z GUS będą dostępne prawdopodobnie koło maja i wtedy będzie można to szczegółowo zobaczyć.

Czyli odpowiedź jest taka, że na pewno nie tylko, bo cena jednostkowa jest pochodną całości procesu kontraktowania.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Pan prezes poruszył dwie istotne sprawy. Powróć do sprawozdawczości. Rzeczywiście, proszę państwa, tak to zostało ustawione kilka lat temu, że sprawozdania finansowe zbiera tylko GUS od 1 stycznia do 31 marca, opracowuje je w kwietniu i maju, po czym najwcześniej w ostatniej dekadzie maja, w pierwszej dekadzie czerwca organizatorzy ochrony zdrowia szczebla krajowego i wojewódzkiego mogą dowiedzieć się, jaka jest kondycja ekonomiczna zakładów opieki zdrowotnej, a ściślej rzecz biorąc, jaka była w roku poprzednim, który zakończył się pół roku, sześć miesięcy wcześniej. I jak jest możliwe podejmowanie operatywnych decyzji w takiej sytuacji?

Myślę, że postulat zmiany tego elementu systemu również powinien znaleźć się w uchwale komisji Senatu. Nie ma materiału koniecznego do podejmowania operatywnych działań – można to robić jedynie na podstawie informacji kwartalnych, co najwyżej półrocznych, ale nie rocznych z sześciomiesięcznym opóźnieniem. To jedna sprawa.

I druga sprawa. Panie Prezesie, myślę, że pan się ze mną zgodzi, jeśli powiem, że jednak do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wmontowano wiele zapisów, które stanowią o niekorzystnym sprzężeniu zwrotnym w systemie, ten system napędza się w niewłaściwym kierunku. I dlatego najbardziej opłaca się hospitalizować pacjentów zdrowych i to do trzech dni, powiedzmy sobie szczerze. Organizatorzy ochrony zdrowia w terenie zaczęli wyciągać wnioski i kasy chorych nauczyły się

ogrywać, że tak powiem, zakłady opieki zdrowotnej, ale kadra kierownicza zakładów opieki zdrowotnej nauczyła się ogrywać kasy chorych. Tylko nie wszędzie i nie zawsze dawało to dobre efekty, bo na przykład mnożenie pacjentów leczonych powodowało, przy nierozciągliwej puli środków w kasie chorych, obniżenie stawki jednostkowej za procedury medyczne. I to są bardzo istotne sprawy i chciałbym, żeby one również były szerzej podjęte może już w dyskusji.

Pan senator Jarmużek.

Senator Zdzisław Jarmużek:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

O ile dobrze zrozumiałem zapowiedź pana przewodniczącego, to przedmiotem przynajmniej tej pierwszej części posiedzenia komisji mają być te cztery kasy i ich problemy finansowe. Otóż, chciałbym zapytać pana prezesa, który zna problemy finansowe lubuskiej kasy chorych, czyli właściwie dręczenie finansowe tej kasy w minionych latach, o taką rzecz. Pan prezes wyszedł w pewnym momencie na przeciw lubuskiej kasie i podjął decyzję o wyrównaniu finansowym dla lubuskiej kasy za rok 2001 w wysokości ponad 24 milionów zł. Nie wiem jednak, dlaczego 29 stycznia tego roku anulował pan prezes tę swoją decyzję. Chciałbym właśnie spytać o powody.

Poza tym, chciałbym przypomnieć, że lubuska kasa ma najmniejszą kwotę na jednego ubezpieczonego, mniejszą już od śląskiej, od wielkopolskiej, od wielu innych kas i jakoś sobie dawaliśmy radę, mimo tego, podkreślam, dręczenia finansowego przez poprzedników pana i przez panią minister Knysok. A raptem pan również w ostatniej chwili anuluje swoją decyzję. Dlaczego?

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

Proszę pana prezesa o odpowiedź.

**Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych
Maciej Tokarczyk:**

To jest pewnie ostatni przyczynek do oceny systemu powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, ponieważ wyrównanie między kasami dokonuje się w poszczególnych latach na podstawie liczby ubezpieczonych przypisanych do danej kasy, średniej przychodów ubezpieczonego, osób powyżej pewnego wieku itd. Proszę państwa, ponieważ w tym spornym roku 2001 była pewna luka prawna, czyli nie było wskazane, kto podaje liczbę ubezpieczonych w poszczególnych kasach, ta decyzja była kilkakrotnie przez NSA uchylana. I ostatnim razem urząd nadzoru posłużył się opinią biegłego, ponieważ nie było wskazane, że to minister podaje. NSA uznał to za nieprawidłowe, wskazanie prezesa również zostało uznane za nieprawidłowe. Zrobił więc te szacunki biegły.

A czemu taka data właśnie? Ponieważ Ministerstwo Zdrowia podjęło trud stworzenia centralnej bazy ubezpieczonych – ta baza w tej chwili jest tworzona – i tak naprawdę w tym momencie wyszedł na jaw ogrom patologii tego systemu.

Proszę państwa, właśnie 28 stycznia – ta opinia biegłego miała być przedmiotem oceny Naczelnego Sądu Administracyjnego – uzyskaliśmy dane z centralnej bazy ubezpieczonych. Dane te wskazywały, że w Polsce na czterdzieści milionów numerów PESEL obecnych w kasach – nigdy nie łączono peseli, żeby określić, w której kasie jest pacjent – przekazanych przez ZUS, KRUS i z list lekarzy rodzinnych, zdublowanych jest trzy miliony siedemset prawidłowych numerów PESEL, czyli jest przynajmniej o trzy miliony siedemset więcej. Dzięki danym z tej centralnej bazy ubezpieczonych okazało się, że na przykład kasa branżowa, która była obecna na terenie wszystkich kas chorych, jest zdublowana w 43%, czyli spośród dwóch milionów ośmiuset ubezpieczonych w kasie branżowej blisko milion dwieście tysięcy osób jest ubezpieczonych również w innej kasie chorych. Biegły przyjął, że w tej kwestii najbardziej wiarygodną, przynajmniej na poziomie innych kas, jest kasa branżowa. No, ale niestety, opinia biegłego nie została uwzględniona i decyzja będzie wydawana ponownie.

Lubuska kasa chorych jest akurat druga w kolejności, bo jest tam przeszło 13% zdublowanych numerów PESEL z innych kas, przy czym z wielkopolskiej kasy jest sześćdziesiąt sześć tysięcy, a czterdzieści parę tysięcy osób jest i w kasie branżowej, i w lubuskiej. Nad tym materiałem oczywiście trwają prace, bo fundusz też musi mieć to oczywiście szczegółowo opracowane.

Te dane są zatrważające. Co więcej, kiedy porównano numery PESEL przekazane przez KRUS i ZUS, okazało się, że są osoby zgłoszone jednocześnie do siedmiu, sześciu kas. Osób, które są w dwóch kasach, jest zaś milion osiemset. W dodatku, proszę państwa – może to już zabrzmia troszkę śmiesznie – sam biegły na koniec przyznał się, że on również należy do dwóch kas chorych. Czyli faktem jest, że są osoby zgłoszone do dwóch kas, szczególnie częste są takie przypadki w kasie branżowej, ponieważ na przykład odprowadza się tytuł emerytalny do kasy branżowej, a z dodatkowego miejsca pracy do kasy, powiedzmy, mazowieckiej.

Okazało się więc, że tamten algorytm wyrównania finansowego musiał upaść. Opinia biegłego, według której przyjęto taką zasadę, była bowiem taka, że kasa branżowa jest najbardziej wiarygodna, czyli że tam jest stosunkowo najmniej powtórzeń, a okazało się, że jest blisko 50%. Jest to błąd poważny i ta decyzja oczywiście byłaby przez Naczelnego Sąd Administracyjny unieważniona. Uchyliliśmy więc tę decyzję. Procedura jest wszczęta i będzie prowadzona, bo to jest problem roku bieżącego. Gdyby fundusz nie rozpoczął swojej działalności, a pozostał system kas chorych, niemożliwe byłoby utrzymanie wyrównania finansowego na rok 2002, 2003 i na każdy inny rok, ponieważ pacjenci są pozapisywani do dwóch kas chorych i takich pacjentów jest grubo ponad milion, oczywiście nie mówiąc o tym, że jest jeszcze duża liczba osób nieubezpieczonych. Jest to kwestia skomplikowana. Mamy dane dzięki centralnej bazie ubezpieczonych i są one rozsyłane do kas. Te dane, niestety, są bardzo wstydlive. Trafiliśmy na problem, którego nikt nie mógł się spodziewać. Nikt się nie spodziewał, że dotyczy to przeszło 42% osób ubezpieczonych w kasie branżowej.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

I w ten sposób doszliśmy do kolejnego systemowego problemu. Nie zgadzam się z panem prezesem, że jest to problem tego roku – jest to problem czterech ostatnich lat. Przede wszystkim jednak jest to problem braku sprawnie funkcjonującego systemu

identyfikacji płatników składek w dniu 1 stycznia 1999 r. Reszta jest już konsekwencją tego, co się stało tego dnia w polskiej służbie zdrowia.

Ostatnie pytanie zadaje pani senator Sadowska.

Senator Wiesława Sadowska:

Dziękuję bardzo.

Pani Minister! Szanowni Państwo!

Obserwujemy – państwo chyba to potwierdzenie – dość dynamiczny rozwój niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Powiedziałabym, że jest to wzrost trochę niekontrolowany, bo przecież te niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej także sięgają po pieniądze do kas chorych. Czy Ministerstwo Zdrowia ma jakiś pomysł, żeby to racjonalizować, żeby to było dostosowane do istotnych potrzeb na danym terenie? Dziękuję.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję.

Pani minister Kralkowska.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Ewa Kralkowska:**

Proszę państwa, zasady konkurencji i gospodarka rynkowa zezwalają na to, żeby każdy założył firmę, przepraszam, że tak powiem, jaką chce i podjął związane z tym ryzyko, bo ta firma będzie funkcjonowała lub nie. Inną sprawą jest pytanie, czy wszystkie powstające zakłady muszą mieć kontrakt z ubezpieczycielem. To jest inne zagadnienie. Dyskutujemy nad tym, jak ten problem w sposób racjonalny rozwiązać. Naturalnie te zakłady opieki zdrowotnej, które będą miały dostęp do kontraktowania – wszystko jedno, publiczne czy niepubliczne, bo musi być równość podmiotów wobec prawa – muszą spełniać warunki konieczne do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Powiedziałabym, że tutaj znowu szwankują mechanizmy kontrolne, bo wiemy, proszę państwa, o tym, co się dzieje, ale wiemy na podstawie danych z pojedynczych zakładów. Z punktu widzenia ministra zdrowia to zjawisko w tym momencie jest niemożliwe do skontrolowania. Istnieją bowiem takie zakłady opieki zdrowotnej, które w momencie rejestracji, w rejestrze wojewody, spełniają warunki określone w statucie, a później zmienia się ich sposób funkcjonowania i taki zakład nie odpowiada już temu, co jest w rejestrze. Z punktu widzenia prawa taki zakład nie powinien móc zawierać kontraktów z ubezpieczycielem, bo tylko ten, który, że tak powiem, legalnie działa, może mieć dostęp do ubezpieczyciela.

I to jest, proszę państwa, następna sprawa, powiedziałabym nawet, że worek ze sprawami. Z punktu widzenia mediów, społeczeństwa będą one bardzo interesujące, będą więc nagłaśniane i oglądane z różnych stron. Nagle okaże się bowiem, że ubezpieczyciel nie zawiera kontraktu z kimś, kto nie spełnia prawnych kryteriów, czyli nie odpowiada tym warunkom, na podstawie których został zarejestrowany. Proszę państwa, wymaga to, niestety, bardzo żmudnej pracy kontrolnej i taki trud będzie musiał zostać podjęty. Kontrola tych zakładów jednak leży w gestii wojewodów. Wojewodo-

wie mają nie tylko rejestrować zakłady, ale także kontrolować, czy odpowiadają warunkom rejestracji.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

Zbliżamy się do końca pierwszego punktu porządku dziennego.

Pan senator Religa.

Senator Zbigniew Religa:

W związku z tą tragiczną sytuacją województw, którą omawiamy, mam pytanie do Ministerstwa Zdrowia i do pana prezesa: czy na dzień dzisiejszy mają państwo koncepcję, jak wyjść z tej trudnej sytuacji?

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Pytanie krótkie i wyobrażam sobie, że można odpowiedzieć krótko na tak krótkie pytanie.

Proszę bardzo, pani minister Kralkowska.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Ewa Kralkowska:**

Gdybyśmy wszystko wiedzieli, to bylibyśmy genialni, a za takich się nie uważamy. Myślę jednak, że mamy różne koncepcje, nad wieloma dyskutujemy, które być może przybliżą nas do jakiegoś rozwiązania. Tych koncepcji, proszę państwa, jest kilka. Zostały już podjęte prace nad poprawieniem sytuacji, jaka zaistniała z powodu zadłużenia. Jeżeli będą państwo sobie życzyli, to dokładnie powiemy, co jest robione i na jakim znajduje się etapie.

W tym roku, jak państwo wiecie, istnieje pewna ograniczona pula środków na restrukturyzację zatrudnienia. W tej chwili jest w ministerstwie – jest w końcowej fazie opracowań, na jutro to już będzie gotowe – sposób, w jaki podejmiemy do zagospodarowania tych pieniędzy przez województwa. Chodzi tu o województwa, które są w szczególnej sytuacji i którym, według nas, należy pomóc, ale pomóc pod warunkiem, że również robią coś, żeby wyjść z tej kryzysowej sytuacji. Czyli są podejmowane pewne działania. Są podejmowane inicjatywy legislacyjne, proszę państwa, które też w jakiś sposób wspomogą zakłady opieki zdrowotnej i ich finanse – podatek od nieruchomości, możliwość zajęć komorniczych przez fundusz już tylko do 25%, a nie do 100%. To są takie małe kroki, które być może złożą się na całość, ale mówię, że być może, nie da się bowiem zrobić tego z poziomu Ministerstwa Zdrowia. Minister zdrowia nie ma żadnych uprawnień władczych, że tak powiem, w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej i myślę, że bez wzmocnienia funkcji nadzorczej organów założycielskich, bez koordynacji działania ochrony zdrowia na terenie województwa, bez nadania komuś uprawnień koordynacyjnych, czy to wojewodzie, czy marszałkowi... Tutaj jest potrzebna jakaś inicjatywa, powiedzenie, kto tak naprawdę odpowiada za koordynację działań w ochronie zdrowia na terenie województwa. W tej chwili nikt nie jest kompe-

tentny, by podejmować działania koordynacyjne – wojewoda sprawdza tylko, czy działalność jest zgodna z prawem, i nic więcej. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, powrócimy do tego tematu podczas dyskusji. Pytanie jest bardzo istotne, bo jest to pytanie o przyszłość, a po to między innymi się tu spotkaliśmy albo przede wszystkim po to się spotkaliśmy, żeby stworzyć jakąś perspektywę, choćby krótką, ale perspektywę rozwoju wydarzeń w najbliższym czasie.

Pani minister zwróciła uwagę na kolejną niemoc czy też niemożność ministra, który znowu czegoś nie może, po raz kolejny o tym mówimy. Chciałbym jednak zwrócić uwagę obecnych na sali na rozdział 7 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Daje on po raz pierwszy jakieś uprawnienia koordynacyjne zarządom województw, jeśli chodzi o budowanie planów zdrowotnych na terenie województw, ale równocześnie zobowiązuje starostów do współpracy i apeluje o współpracę do samorządów zawodowych pracowników służby zdrowia. Ponieważ w radach mają zasiadać również przedstawiciele związków zawodowych, więc ta reprezentacja będzie znacznie szersza. Istotne jest, że pierwszy raz reguluje się relacje w pionowych strukturach, między samorządem województwa a powiatami. I tu nie chodzi o uprawnienia władcze, podkreślam, ale z całą pewnością chodzi tu o uprawnienia koordynacyjne. I to jest pierwszy przepis, który takie zasady wprowadza.

Proszę państwa, pytania i odpowiedzi wyczerpaliśmy. Mamy dwadzieścia dwie minuty spóźnienia w stosunku do planów porządku obrad, ale rozpoczęliśmy z kilkuminutowym opóźnieniem i to opóźnienie nie jest, jak na mury parlamentu, opóźnieniem nietypowym czy dramatycznym – nietypowym raczej w tym sensie, że takim małym.

Wobec tego pozwolę sobie ogłosić siedem minut przerwy. Chwila oddechu i przejdziemy do drugiego punktu porządku obrad.

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Wznawiam po przerwie posiedzenie komisji.

Przystępujemy do drugiego punktu porządku obrad – informacja ministra zdrowia i prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych o kryzysowej sytuacji Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych i zakładów opieki zdrowotnej w województwie dolnośląskim z przyczyn ekonomicznych.

Chcę państwa poinformować, że na zaproszenie pana ministra Balickiego we wtorek w godzinach rannych uczestniczyłem w posiedzeniu kolegium ministra zdrowia, które w całości poświęcone było tylko jednemu tematowi: sytuacji w województwie dolnośląskim. Dokumenty, które leżą przede mną, są między innymi wynikiem ustaleń posiedzenia kolegium. Sądzę, że to, co referować będą przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, również jest wynikiem dyskusji nad wstępnymi propozycjami, koncepcjami. Przedstawiciele ministerstwa czują presję czasu, żeby nie było wątpliwości,

i zdają sobie sprawę z konieczności podejmowania decyzji, które będą kołami ratunkowymi dla tego regionu, dla służby zdrowia w tym regionie.

Pozwolę sobie teraz przedstawić obecnych na posiedzeniu komisji gości. Obecny jest wicewojewoda dolnośląski pan Waclaw Dziędział, obecny jest wicemarszałek województwa dolnośląskiego pan Janusz Pezda, a towarzyszy mu, jak pamiętam, dyrektor Jarosław Drobnik, zastępca dyrektora Wydziału Polityki Społecznej w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim. Prawda?

(Głos z sali: Tak jest.)

Obecny jest pan profesor Leszek Paradowski, jego magnificencja rektor Akademii Medycznej imienia Piastów Śląskich we Wrocławiu. Obecny jest również pan Andrzej Woźny, dyrektor Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych, pan doktor Andrzej Wojnar, przewodniczący Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, pani Elżbieta Garwacka-Czachor... Pani doktor, tak? Nie, przewodnicząca Dolnośląskiej Rady Pielęgniarek i Położnych. Obecna jest też pani doktor Janina Puławska, wiceprzewodnicząca Regionalnego Sekretariatu Ochrony Zdrowia „Solidarność” Dolny Śląsk, pan Henryk Sarnowski... Przepraszam, jeszcze do pana powrócimy. Jest pan Andrzej Łakota – jeśli dobrze kojarzę, wiceprzewodniczący Rady Wojewódzkiej Związku Zawodowego Pracowników Ochrony Zdrowia we Wrocławiu. Jest pan Henryk Sarnowski, wicestarosta oleśnicki, który reprezentuje konwent starostów, obecny jest również pan Aleksander Magusiak, starosta milicki. Mam nadzieję, że żadnego z obecnych na sali gości nie pominąłem.

Przypomnę jeszcze o konieczności przedstawiania się w momencie zabierania głosu.

Proszę państwa, po informacji, o którą będę prosił Ministerstwo Zdrowia i Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, przystąpimy do dyskusji. Tym z państwa, którzy nie mają doświadczenia w pracach komisji senackich, chcę powiedzieć, że wszyscy obecni na sali mogą zabierać głos w dyskusji. Będę się starał nie ograniczać czasu wypowiedzi, ale apeluję o lakoniczność i formułowanie wniosków – im bardziej konkretne wnioski, tym lepiej dla uchwały, którą komisja podejmie. Pierwszeństwo zabierania głosu mają senatorowie, a czy z tego pierwszeństwa będą chcieli skorzystać, to jest sprawa moich koleżanek i kolegów, ale informację taką powinienem państwu przekazać.

Proszę o zabranie głosu panią minister Ewę Kralkowską.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Ewa Kralkowska: Jeśli pan przewodniczący pozwoli, to proponowałabym w tej samej kolejności, czyli najpierw pan prezes o ekonomii, a później ja na temat reszty.)

Pozwalam. A zatem najpierw pan prezes Maciej Tokarczyk, proszę bardzo.

Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych Maciej Tokarczyk:

Pozwolę sobie przedstawić sytuację dolnośląskiej kasy chorych i publicznych jednostek, ponieważ takie dane mamy z GUS, brakuje zaś w GUS danych na temat niepublicznych jednostek. Sytuacja wygląda w ten sposób, że pierwszy rok funkcjonowania kasy chorych zakończył się ujemnym wynikiem finansowym na poziomie blisko 90 milionów zł, dokładnie ujemny wynik finansowy wyniósł 89 milionów 300 tysięcy zł. Rok 2000 zakończył się ujemnym wynikiem finansowym kasy chorych na poziomie 15 milionów zł i rok 2001, po korektach, skończył się ujemnym

wynikiem finansowym 5 milionów zł – wynikało to ze zmian memoriałowych w zapisie. Generalnie...

(*Przewodniczący Jerzy Cieślak*: Myślę, że teraz, zanim pan prezes poda wynik roku 2002, wszyscy obecni na posiedzeniu powinni wstrzymać oddech.)

Myślę, że łatwiej będzie to zrobić panu dyrektorowi Woźnemu, ponieważ ostateczny wynik i roczne sprawozdanie, jak mówiłem, jeszcze do nas nie trafiły. Teraz będę mógł powiedzieć jedynie, jakie były szacunki z punktu widzenia urzędu, bo my też szacujemy te koszty.

Jeżeli chodzi o samodzielne publiczne jednostki, to sytuacja jest znamieną już od roku 1999, ponieważ jak wynika właśnie z tych sprawozdań GUS, publiczne jednostki zakończyły rok 1999 wspólnie ujemnym wynikiem finansowym również na poziomie blisko 90 milionów zł, czyli i kasa, i jednostki. Rok 2000 publiczne jednostki – mówię o wynikach finansowych netto publicznych zakładów opieki zdrowotnych – zakończyły wynikiem minus 406 milionów zł. Czyli widzimy tutaj bardzo szybką progresję, a rok 2001 – minus 300 milionów zł, czyli ten ujemny wynik był troszkę mniejszy niż w roku 2000. Tyle danych statystycznych.

Zajęcia komornicze w samym Wrocławiu, jak mówiłem, w stosunku do wszystkich dokonanych w kraju zajęć stanowiły 12,6%, tyle zajęć komorniczych miało miejsce w jednostkach z siedzibą na terenie miasta Wrocławia. I gdyby przyjąć tylko dane z kasy... Nie, to też nie jest do końca prawda, ponieważ dotyczy to zajęć dokonanych tylko w kasie dolnośląskiej, a jak wiemy, te zajęcia były również w kasie branżowej, były również w kasie śląskiej czy opolskiej, która miała umowy z jednostkami z tego terenu. I, proszę państwa, wiarygodności zgłoszonych przez komorników do kasy dolnośląskiej, to jest razem administracyjnych i sądowych, do 16 grudnia, a dotyczy to tylko roku 2002, było 119 milionów 690 tysięcy zł, z czego kasa chorych do 16 grudnia przekazała 77 milionów 400 zł – są też dostępne aktualniejsze dane, z tym że jeszcze nie zostały przetworzone, więc w takiej surowej formie mogą być udostępnione. Przy czym te przekazane 77 miliony zł stanowi 29,1% wszystkich przekazanych zajęć komorniczych w skali kraju, przeszło 266 milionów zł przekazanych w całości systemem. Samo miasto czy jednostki na terenie miasta ewidentnie więc dominują w skali kraju, jeśli chodzi o te zajęcia – oczywiście różne organy prowadzące są tu właścicielami, Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych również.

Wynik finansowy tych samodzielnych publicznych ZOZ, jak wynika z danych GUS, był w roku 2001 troszkę mniejszy niż w 2002, ale dane pochodzące z czerwca wskazują na pewną progresję, jeśli chodzi o zobowiązania krótkoterminowe dotyczące publicznych jednostek na 31 grudnia, niestety 2001 r. Na koniec 1999 r. te krótkoterminowe zobowiązania wynosiły bowiem 289 milionów zł, na koniec 2000 r. było to 495 milionów zł, a na koniec 2001 r. było już 704 miliony zł. To są dane z F-01 na koniec roku 2001. A co do szczegółowych zadłużeń poszczególnych jednostek, to myślę, że ani urząd nadzoru takich danych nie ma i nie pozyska, gdyby próbował, ani kasa chorych nie będzie miała takich szczegółowych danych, ponieważ świadczeniodawcy nie będą się kwapili, aby takie dane przekazać, bo oczywiście przy podpisywaniu umów na świadczenia zdrowotne świadczyć to będzie na ich niekorzyść.

Sytuacja, jak państwo widzą, i z punktu widzenia kasy, i z punktu widzenia publicznej sfery, gdzie zbiera się sprawozdawczość, istotnie się pogarsza, przy czym odpowiedź na pytanie o sytuację w samej kasie chorych jako płatniku w mojej ocenie

mieści się po części w odpowiedzi, której udzielałem już na temat sposobu kontraktowania. I jest to moja osobista opinia, opinia uzyskiwana od menedżerów, którzy funkcjonowali tam na podstawie kontraktów, jak również wynika ona z całego nadzoru nad tą kasą. I ten jedyny, odrębny sposób kontraktowania w stosunku do reszty kraju, od 1999 r., co jest zawarte w materiałach konkursowych, wskazuje na to, że kasa chorych nie kupuje świadczeń zdrowotnych, a jedynie je finansuje, w związku z tym nie funkcjonuje limit świadczeń, ponieważ to nie kasa ma limitować. Sposoby kontraktowania w przypadku lecznictwa zamkniętego, bo o tym głównie mówimy, oparte na ruchomej wartości punktu i superkorekcie, kiedy jedynym elementem limitującym była ewentualnie liczba łóżek, powodowały przy dużej bazie świadczeniodawców i przy *fanholdingu*, gdzie lekarz POZ, kierując do szpitala, nie ponosił kosztów, a kierując do specjalisty, koszt taki ponosił, istotny wzrost liczby świadczeń udzielanych w szpitalach.

Proszę państwa, to może zabrzmie dziwnie, ale wskażę skalę problemu. Gdyby epidemiologiczne dane pozyskane z kasy chorych dotyczące liczby osób hospitalizowanych przyłożyć do wzoru Hilburtona, który określa zapotrzebowanie na łóżka, okazałoby się, że należy w trybie pilnym – te wyliczenia robiono w sierpniu zeszłego roku, tak że dotyczy to tamtego czasu – uruchomić około tysiąc sto łóżek na terenie Dolnego Śląska.

Czyli ten sposób kontraktowania powodował przyrastającą liczbę hospitalizacji. Jeśli bowiem sięgnęlibyście państwo do rzeczywistych danych – są to dane z roku 1998, a nie z 1999, kiedy już ten system zaczął działać – to okazałoby się, że liczba hospitalizacji rosła, a co za tym idzie, wartość jednostkowa hospitalizacji malała. I na końcu tego wszystkiego – co przedstawiał pan senator – faktycznie ta wartość punktowa jest bardzo niska. Skoro nie limitujemy, to zwiększona liczba hospitalizacji powoduje zmniejszenie wartości i efekt jest dokładnie taki, jaki jest – kasa chorych, jako płatnik, jest w bardzo trudnej sytuacji finansowej. W momencie wymiany zarządu tej kasy, a nawet w momencie przygotowania decyzji o zarządzie komisarycznym, który w końcu nie został wdrożony, kasa oczekiwała, że urząd nadzoru wyrazi zgodę na debet na poziomie 90 milionów zł, oczywiście przy nieskutecznie realizowanym programie naprawczym, przy wielu, wielu innych parametrach, przy narastających zobowiązaniach w stosunku do świadczeniodawców. Czyli nie to, że mamy tu malejący poziom środków finansowych, ale mamy po prostu pogłębiający się debet finansowy. I chciałbym powiedzieć, że taka sytuacja w kasie chorych kształtowała się już praktycznie od roku 1999. Na przykład debet, czyli tak naprawdę pewna forma kredytu, z której korzystała na rachunku bieżącym kasa dolnośląska na przykład w 2000 r., już w styczniu 2000 r. wynosił 67 milionów zł, a w marcu 2000 r. 66 milionów zł.

W pewnych okresach skorelowanych w czasie z superkorektami, czyli wtedy kiedy istotnie potrącano pieniądze świadczeniodawcom, ten debet nie był wykorzystywany przez kasę chorych. Tak było na przykład w marcu, kwietniu i lutym roku 2002. To zresztą było już kiedyś tematem wystąpień pana senatora na posiedzeniu senackiej komisji, omawialiśmy już ten problem. Ta superkorekta polegała na jednorazowym potrąceniu środków finansowych, co istotnie wpłynęło na problem tych jednostek. Wiele spraw w tym zakresie toczy się w sądach i myślę, że będzie się kończyło niekorzystnie dla kasy chorych czy dla funduszu, który będzie przejmował zobowiązania.

Generalnie mamy do czynienia z bardzo niestabilną gospodarką, wiążącą się z otwartym systemem Nielimitowym od 1999 r. Z punktu widzenia urzędu nadzoru ta jednostka była bardzo trudna do kontroli i kiedy w roku 2002 wdrożono szczegółowy

nadzór, okazało się między innymi, że przy zbieraniu kolejnych zapytań pojawiły się trzy rzeczywiste stany finansowe – co może potwierdzić pan dyrektor Woźny, bo osobiście wprowadzałem go w ówczesną sytuację kasy. To było nie do pojęcia, że w danym dniu były trzy rzeczywiste stany finansowe. Spowodowane to było tym, że im więcej wykonywano świadczeń... Bo kasa wiedziała, że w którymś momencie będzie malała wartość punktu i choć w zasadzie obiecana była większa kwota, to w miarę rozliczeń i dodatkowej superkorekty te pieniądze miały być odbierane.

Czyli można próbować bronić tezy, że system kontraktowy w dużej mierze spowodował istotne problemy. Jeśli użyjemy odpowiednich matematycznych wzorów i podstawimy do nich dane pochodzące ze zdrowia publicznego, zobaczymy konieczność... Może nie restrukturyzacji łóżek, ale natychmiastowego otwarcia dużej liczby dodatkowych łóżek szpitalnych.

Oczywiście jestem w stanie próbować odpowiedzieć państwu na szczegółowe pytania. Na niektóre zapewne nie będę w stanie odpowiedzieć, ale to pewnie będzie mógł zrobić pan dyrektor. Niektóre pytania na pewno powinny być skierowane do samorządu. Oczywiście jestem tutaj, to opracowanie zostało przekazane i myślę, że też może być tematem późniejszych zapytań do urzędu nadzoru.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo, Panie Prezesie.

Proszę państwa, na podstawie osobistych doświadczeń z pewną nieufnością odnoszę się do tych informacji o dynamice wzrostu i spadku zadłużenia w poszczególnych latach, ponieważ wiem, że po reformie menedżerowie ochrony zdrowia, którzy po raz pierwszy zderzyli się z problemem zadłużenia, z taką dynamiką zadłużenia, z takim limitowaniem środków, żądaniem czy wymuszaniem dyscypliny ekonomicznej, po prostu bali się ujawniać rzeczywistą wysokość zadłużenia, szczególnie, gdy w grę wchodziły kontakty z mediami. Obawiali się, że ujawnienie rzeczywistej wielkości zadłużenia spowoduje, że kontrahenci przestaną dostarczać leki, żywność, środki czystości, ponieważ będą mieli świadomość, że mogą należnych sobie pieniędzy nigdy nie odzyskać. Dlatego przez długi czas te rzeczywiste zadłużenia były ukrywane albo wykazywane były tylko wierzytelności wymagalne, z pominięciem niewymagalnych, co zawsze dawało jakąś wielkość stwarzającą wrażenie, że sytuacja w zakładzie jest nieco lepsza, niż była naprawdę.

Pan prezes chce uzupełnić, proszę.

**Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych
Maciej Tokarczyk:**

Słowo komentarza w sprawie tego, do jakiego stopnia rozregulowana była sytuacja w kasie. Kiedy w końcu został powołany nowy zarząd, a praktycznie rozważano decyzję o wprowadzeniu zarządu komisarycznego – był to szósty bodajże program naprawczy, który w listopadzie przewidywał zamknięcie na zero wyniku finansowego roku 2002 – to wiedzieliśmy z wewnętrznych analiz urzędu nadzoru, że ten ujemny wynik będzie wynosił około 108 milionów zł. To był istotny dysonans i dlatego było to przedstawiane radzie.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję.
Ministerstwo Zdrowia.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Ewa Kralkowska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Minister zdrowia, zdając sobie sprawę z tego, że trudna sytuacja Dolnego Śląska wymaga szczególnego spojrzenia, już od jakiegoś czasu bardzo precyzyjnie monitoruje tę sytuację. W wyniku tego dysponujemy w tej chwili bardzo dokładnymi danymi na temat zadłużenia poszczególnych jednostek województwa i tego, co się tam dzieje, tak że możemy w każdej chwili państwu te informacje przekazać i naszą wypowiedź uzupełnić szczegółami. Chciałabym jednak zaproponować ogólniejsze spojrzenie na tę sprawę

Chciałabym uświadomić państwu senatorom, że 20% całego tego zadłużenia w skali kraju to zadłużenie SPZOZ na Dolnym Śląsku. Takie jest rozmieszczenie długu, jeśli spojrzeć na regiony. Kolejność wielkości zadłużenia na Dolnym Śląsku w kontekście organów założycielskich jest następująca: najwięcej SPZOZ podległe Akademii Medycznej, w drugiej kolejności marszałkowi województwa, w trzeciej starostom. Taka jest kolejność.

Odpowiemy na wszystkie pytania o szczegóły sytuacji finansowej poszczególnych zozów, ale chciałabym teraz przedstawić problem od drugiej strony. Z trudną sytuacją mamy do czynienia od czterech lat i od tych czterech lat, mimośrodków przekazywanych na restrukturyzację – województwo dolnośląskie dostało od roku 1999 do roku 2000 łącznie 88 milionów 300 tysięcy zł, przepraszam, że to mówię – w województwie nie przeprowadzono żadnych istotnych zmian, które wyłączałyby, że tak powiem, funkcjonowanie stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej, a w przypadku utraty możliwości pokrywania przez zakłady opieki zdrowotnej ujemnego wyniku finansowego we własnym zakresie nie podjęto działań przewidzianych w art. 60 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej – chodzi o zmiany gospodarki finansowej zakładów lub ich likwidację. I to daje przykry efekt, że w tej chwili organy założycielskie nie są w stanie udźwignąć ciężaru istniejących zobowiązań finansowych.

W wyniku monitorowania tej sytuacji przez UNUZ i Ministerstwo Zdrowia zorganizowano spotkanie z wojewodami, które odbyło się w styczniu 2003 r. Wojewoda dolnośląski otrzymał wtedy od ministra zdrowia szczegółową informację na temat stanu i struktury zadłużenia SPZOZ z prośbą o podjęcie stosownych działań. Również, proszę państwa – już nie mówię o historii różnych podejmowanych w ostatnim okresie działań, żeby doraźnie w jakiś sposób wspomóc zakłady – w zeszłym tygodniu skierowaliśmy pisemną prośbę do wojewody dolnośląskiego o przedstawienie nam oceny sytuacji zagwarantowania świadczeń zdrowotnych w województwie oraz bieżących informacji o sytuacji samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. Chcieliśmy się bowiem podzielić z państwem tymi informacjami. Do dzisiaj jednak tych informacji nie otrzymaliśmy.

Mając na uwadze tak bardzo trudną sytuację finansową zakładów opieki zdrowotnej na Dolnym Śląsku, od 5 lutego tego roku Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Mi-

nisterstwem Finansów podjęło prace zmierzające do wyjścia z tego zadłużenia itd. Prace te podjęto równolegle z pracami zespołu międzyresortowego, który również próbował w jakiś sposób pomóc wyjść zakładom opieki zdrowotnej z zadłużenia – jak państwo wiecie nie jest możliwe oddłużenie w sposób prosty, wyciągnięcie pieniędzy. Ale żeby wszystkie te działania podejmowane przez Ministerstwo Finansów i Ministerstwo Zdrowia odniosły jakikolwiek skutek, muszą powstać bardzo realne i że tak powiem, chodzące po ziemi programy restrukturyzacji w regionie, programy działające w województwie. Nikt tego za województwo nie może zrobić, bo nikt nie przyjedzie tam i nie pozna tej sytuacji. A tak jak powiedziałam w pierwszej części swojej wypowiedzi, w ciągu tych czterech lat, niestety, rzeczowych działań w tym zakresie było bardzo mało albo były one niewystarczające.

Taka jest w tej chwili sytuacja, proszę państwa. W dokumencie, który wpłynął w dniu wczorajszym, wojewoda dolnośląski sygnalizuje, że do opanowania sytuacji na Dolnym Śląsku niezbędnych jest 200 milionów zł, a 100 milionów zł potrzeba, żeby w ogóle podjąć rozmowy z wierzycielami, żeby zacząć negocjacje. Z punktu widzenia budżetu jest to po prostu niemożliwe. Nie chciałabym, broń Boże, wypowiadać się za panią minister Wasilewską, ale minister zdrowia patrząc na całość sytuacji, nie widzi możliwości przekazywania środków finansowych bez podejmowania działań restrukturyzacyjnych. Naturalnie, jest w tym roku pewna pula środków finansowych przeznaczonych na restrukturyzację zatrudnienia i mogą być one przekazywane tam, gdzie te działania będą podjęte.

To tyle, jeśli chodzi o ogólne spojrzenie na sytuację. Przykro mi, że mówię rzeczy, które być może są trudne, ale musimy patrzeć na sprawę bardzo realnie. Jeżeli państwo senatorowie będą chcieli, to służymy wszystkimi danymi finansowymi, ocenami zakładów oraz tego, co się dzieje w gospodarce finansowej regionu Dolnego Śląska.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, są takie liczby, które w sposób skrótowy, ale obrazowy charakteryzują sytuację. Informacji mamy lawinę, a przecież są to informacje przekazywane wybiórczo, bo to jeszcze nie charakteryzuje do końca wszystkich problemów, nie wchodzimy tu przecież w szczegóły, w rozkład zadłużeń, w poszczególne zakłady opieki zdrowotnej, w przyczyny inne w każdym powiecie, każdy powiat ma bowiem inne warunki funkcjonowania. Dlatego chcę skierować do pani minister krótkie, ale chyba zasadnicze pytanie. Czy prawdą jest, że według najświeższych informacji, a więc nie tych z czerwca 2002 r., tylko tych, które zostały w miarę uprawdopodobnione, w województwie dolnośląskim zobowiązania wymagalne zakładów opieki zdrowotnej przekroczyły 900 milionów zł? To pytanie kieruję do pani minister Wojtali, która w ministerstwie odpowiedzialna jest za działalność ekonomiczną.

I pytanie do pana prezesa Tokarczyka – ciągle jeszcze fatyguję pana przed udzieleniem głosu panu dyrektorowi Woźnemu. Czy prawdą jest, że ten rachunek symulacyjny debetu Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych na 31 grudnia zamknie się kwotą 108 milionów zł i że należy to zbilansować jako problem ekonomiczny służby zdrowia w tym województwie? Proszę o odpowiedź.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Wacława Wojtala:**

Panie Przewodniczący, według danych, które dostaliśmy wczoraj od marszałka województwa, kwota zadłużenia, kwota zobowiązań wymagalnych wynosi 950 milionów zł. Według danych, którymi dysponuje Ministerstwo Zdrowia, a dane te pochodzą z ankiety wypełnionej przez zakłady na Dolnym Śląsku – ankieta była wysłana do wszystkich, ale nie otrzymaliśmy pełnego zbioru – zobowiązania wynoszą 626 milionów zł. Jest to stan na 30 czerwca. Jest więc dosyć duża różnica. Niewątpliwie te zadłużenia wzrosły w ciągu pół roku, ponieważ kondycja poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej, ich płynność finansowa uniemożliwia płynne regulowanie bieżących zobowiązań i one stale narastają.

Chciałabym odnieść się jeszcze do wypowiedzi pani minister Kralkowskiej, bo widziałam reakcję państwa na informacje dotyczące struktury zadłużenia w stosunku do organów założycielskich. Ta informacja nie dotyczyła zadłużenia nominalnego. Gdyby wziąć pod uwagę liczbę zakładów opieki zdrowotnej, to na przykład w akademii medycznej zadłużenie – według danych, które posiadamy – wprawdzie stanowi 15% zadłużenia całego Dolnego Śląska, ale wynosi 96 milionów zł i dotyczy czterech zakładów opieki zdrowotnej. Mając więc na uwadze wielkość zadłużenia, trzeba również popatrzeć, ile zakładów podległych jest danemu organowi założycielskiemu. To tylko gwoli wyjaśnienia.

To, co jest bardzo niepokojące i co nas w Ministerstwie Zdrowie ogromnie niepokoi, to struktura czy wielkość zadłużenia w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej. Dzięki uprzejmości urzędu marszałkowskiego mamy pewne dane dotyczące kondycji finansowej zakładów podległych marszałkowi. Z tej analizy wynika, że prawie wszystkie zakłady mają roczne przychody mniejsze niż koszty działalności. I w zasadzie z punktu widzenia ekonomicznego, a dzisiaj mówimy o sytuacji ekonomicznej, jest to tragedia i nie daje to żadnej nadziei na rozwiązanie problemów, ponieważ źródła przychodów są mniejsze niż koszty. Co więcej, zobowiązania wymagalne, czyli te, których termin płatności dawno minął, w wielu zakładach wielokrotnie przekraczają roczne przychody, już nie mówię o wartości majątku.

I teraz dochodzi do zajęć komorniczych, bo wierzyciele już nie mogą dalej kredytować zakładów opieki zdrowotnej – na marginesie powiem, że wiemy, iż na Dolnym Śląsku firma Bresco, duży dostawca usług dla szpitali, nie otrzymywała zapłaty, więc wymówiła świadczenie usług. Jest to duży problem. Wierzyciele, nie mogąc się doczekać na własne należności, przychody, uciekają się do zajęć komorniczych. W strukturze zobowiązań wymagalnych na Dolnym Śląsku najwięcej w stosunku do kraju zobowiązań zostało przekazanych w drodze cesji innym podmiotom i teraz te podmioty bezwzględnie dochodzą swoich praw. I co jest niepokojące, to fakt, że wartość zajęć komorniczych w niektórych zakładach w końcu ubiegłego roku jest prawie równoważna rocznym przychodom zakładów. To jest sytuacja, która po prostu nie powinna mieć miejsca. A zdarza się także, że w jednym przypadku wartość zajęć kilkakrotnie przekracza przychody roczne. To tyle na razie.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Bardzo dziękuję, Pani Minister.

Pytanie do pana prezesa Tokarczuka o 108 milionów zł debetu w Dolnośląskiej Regionalnej Kasie Chorych.

**Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych
Maciej Tokarczyk:**

Mogę powiedzieć to, co wiem na pewno, z tym że nie chodzi tu pewnie o debet, ale o wynik finansowy. Urząd nadzoru sprawuje ten nadzór zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i pewne jest, że pierwszy kwartał roku 2002 zakończył się stratą w wysokości 9 milionów 768 tysięcy zł, co stanowi 1,94% kosztów ogółem, drugi kwartał 2002 r. zakończył się stratą w wysokości 37 milionów 383 tysiące zł, co stanowi 3,8% kosztów ogółem, a trzeci kwartał zakończył się stratą w wysokości 65 milionów 668 tysięcy zł, co przekracza już 4% kosztów ogółem. Oczywiście, jak wcześniej mówiłem, niestety nie wiemy, jak ostatecznie zamknięte będą księgi i jak będzie wyglądała strata z czwartego kwartału, a w związku z tym z całego roku. Według naszych szacunków była to kwota przekraczająca 100 milionów zł.

Obecnie kasa realizuje program naprawczy, w którym był zapisany ujemny wynik na poziomie bodajże osiemdziesięciu kilku milionów zł – z pamięci mówię – i realizacja tego programu jest rozpisana do roku 2007. Ponieważ jesteśmy dzisiaj w ramach obowiązującego prawa z ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, to ten program naprawczy rozpisany jest na pięć lat i w poszczególnych latach ma być spłacana ta kwota, na przykład w roku 2004 – 18 milionów zł, w 2005 – też 18 milionów zł, w 2006 – 18 milionów zł i w 2007 – również 18 milionów zł.

Tak więc stojąc na straży takiego prawa, na podstawie jakiego działa urząd nadzoru, i nie mając ostatecznej wiedzy na temat skończonego wyniku finansowego po zamknięciu ksiąg... Aczkolwiek, jak wcześniej mówiłem, biorąc pod uwagę rozbieżność pomiędzy szacunkami przy poprzednim jeszcze programie naprawczym, który miał zakończyć rok 2002 może nie dodatnim wynikiem finansowym, ale około zera, a myśmy szacowali, że będzie to przeszło 100 milionów zł, myślę, że ten wynoszący 100 milionów zł ujemny wynik finansowy pojawi się na koniec roku, co też jest związane z superkorektą, czy ona będzie, czy nie, w jakim zakresie będzie, na ile drastycznie będzie przeprowadzona przez kasę itp. A tak naprawdę kasa będzie badana przez biegłych i ten bilans będzie zatwierdzany przez urząd nadzoru, będzie uznany za wiarygodny dopiero po zatwierdzeniu przez biegłych.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

Przystępujemy do dyskusji. Nie będziemy już wyodrębniać pytań. Chciałbym, żebyśmy może pytania łączyli w dyskusji z wypowiedziami. Proszę tylko o lakoniczność wypowiedzi i o formułowanie wniosków na zakończenie. Proszę państwa, chciałbym również, żebyśmy się koncentrowali na przyszłości, to znaczy na tym, co można zrobić w tej sytuacji. Mamy sytuację scharakteryzowaną. Myślę, że nie są to informacje, które napawają optymizmem, wprost przeciwnie, po udzieleniu tych informacji przez Ministerstwo Zdrowia i urząd nadzoru ubezpieczeń trzeba się bronić przed skrajnym pesymizmem.

Znam niektóre wnioski, które były kierowane również do Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, ale jeżeli państwo mają jakieś wnioski, powiedzmy, ratunkowe czy też pomysły na rozwiązanie problemu dolnośląskiej służby zdrowia, jeżeli nawet te wnioski są amatorskie, jeżeli są niedopracowane, jeżeli są tylko pomysłem, to jednak

bardzo proszę o ich wyrażanie. Ten, kto wniosek zgłosi, będzie mógł na przykład usłyszeć kompetentną odpowiedź, dlaczego jego pomysł nie może być realizowany. To też jest istotne. Ważne, żeby nie upowszechniać w środowisku i w regionie informacji, że są pomysły, tylko są one blokowane na przykład przez władze centralne i wojewódzkie, bo to nie jest zgodne z prawdą.

Pierwszy do głosu zgłosił się pan Andrzej Wojnar, przewodniczący Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Bardzo proszę, Panie Doktorze.

Przewodniczący Dolnośląskiej Izby Lekarskiej Andrzej Wojnar:

Pani Minister! Panie Prezesie! Panie Przewodniczący! Panie, Panowie Parlamentarzyści! Szanowni Państwo!

Najpierw sprawa aktualna. Drugą dobę trwa okupacja budynku Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych przez pracowników szpitala w Świdnicy. Działania ich wspiera czynnie poseł ze Świdnicy pan Grzegorz Górniak. Chcą oni tylko realnych stawek, takich na przykład, jakie są w kasie śląskiej – to jedyne żądanie, jedyny postulat. Stawki zaproponowane przez kasę i nieprzyjęte przez dyrektora szpitala, który do tej pory nie podpisał aneksu, mogą spowodować drastyczne obniżenie poziomu funkcjonowania, mogą wręcz spowodować likwidację tego szpitala.

Starosta świdnicki, czyli przedstawiciel organu założycielskiego, wczoraj późnym wieczorem powiedział w telewizji, iż konwent starostów stanowczo protestuje przeciwko tak niskiemu poziomowi finansowania jego szpitali, stanowi to bowiem zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów. Zaapelował, wiedząc o dzisiejszym posiedzeniu, o szczególne traktowanie finansowe szpitali dolnośląskich na szczeblu centralnym.

Jutro o godzinie 12.00 rozpoczyna się dwugodzinny strajk ostrzegawczy szpitali dolnośląskich. Cztery główne postulaty to: zwiększenie stawek do wysokości rzeczywistych kosztów usług, uruchomienie procedur oddłużania, wypłata zaległych wynagrodzeń i wdrożenie kryzysowego programu ratunkowego.

Dolnośląska Izba Lekarska, którą reprezentuję, na podstawie relacji czterech delegatur – wrocławskiej, wałbrzyskiej, jeleniogórskiej i legnickiej – oraz przekazanych dokumentów stwierdza, że sytuacja, zwłaszcza w szpitalnictwie, jest dramatycznie kryzysowa. Spirala długów narasta, komornicy blokują konta, dyrektorzy nie płacą pensji. Dyrektorzy szpitali zgłaszają do izby, na moje ręce, pisemne uwagi, iż niejednokrotnie świadomie stwarzany jest stan zagrożenia życia i zdrowia pacjentów przez brak środków finansowych na zakup odpowiednich leków i sprzętu. Dyrektorzy oczywiście powiadomili o tym organy założycielskie, marszałka, rektora, starostów.

Sytuacja grozi przerwaniem w każdej chwili ciągłości świadczeń w naszych szpitalach. Rozważana była ewakuacja klinik wrocławskich, ale ewakuacja taka byłaby tragedią – takie stanowisko opublikowaliśmy – tragedią, katastrofą dla chorych, dla akademickiego miasta, dla regionu. Do ewakuacji nie powinno dojść ze względu na możliwość wystąpienia zgonów zwłaszcza w klinikach zabiegowych w katedrze anesteziologii. Nie muszę w tym gronie tego tłumaczyć. Nie można ewakuować klinik, które nie mają odpowiedników w regionie, ewakuować bez zabezpieczenia logistycznego czy aparaturowo-sprzętowego. Ewakuacja klinik to również przerwanie toku studiów na wyższej uczelni,

przerwanie prac naukowych, zerwanie wielu umów, międzynarodowych, krajowych, również z niepoliczalnymi skutkami finansowymi, ale również etyczno-moralnymi.

Nadzwyczajna sytuacja wymaga nadzwyczajnych rozwiązań, wymaga doraźnej interwencji. Po raz pierwszy pisemny wniosek o nadzwyczajne, awaryjne środki finansowe złożyłem osobiście panu ministrowi Balickiemu w Warszawie 24 stycznia, po raz drugi podczas wizyty pana ministra zdrowia we Wrocławiu 3 lutego i po raz trzeci zaapelowalem o awaryjne środki finansowe w liście skierowanym do pana prezydenta Rzeczypospolitej Aleksandra Kwaśniewskiego 12 lutego. Za każdym razem sygnalizowałem równolegle również konieczność natychmiastowego zablokowania, do czasu wejścia w życie ustawy o funduszu, działań komorniczych, zajęć środków na świadczenia pracownicze i bieżącą działalność szpitali, bo część zadłużonych szpitali już się bilansuje, po heroicznym pracach naprawczych, ale grozi im upadek z powodu długów i zajęć komorniczych.

I teraz moje propozycje, być może amatorskie, źródeł tego awaryjnego finansowania. Jest pięć tych źródeł. Pierwsze źródło: 60 milionów zł z uchwalonego budżetu na restrukturyzację służby zdrowia, według słynnej poprawki senatora naszej ziemi pana doktora Jerzego Cieślaka. Drugie źródło: środki z rezerwy ministerstwa i rezerwy budżetowej państwa, jedna i druga istnieje. Trzecie: 110 milionów zł z uchwalonego budżetu na restrukturyzację służby zdrowia z podatku akcyzowego – wiem, że to wchodzi miesiącami, ale można już coś planować. Czwarte: 180 milionów zł wynikające z niedoszacowania przez ZUS, o czym była również dzisiaj mowa, ubezpieczonych na Dolnym Śląsku oraz dodatkowo w wyniku przejścia równoległego, gremialnego ubezpieczeń z kasy branżowej do regionalnej. I piąte: środki z pobranej już za styczeń większej o 0,25% składki zdrowotnej. Idea takich interwencyjnych dotacji znalazła poparcie wielu parlamentarzystów z naszego województwa, różnych opcji. Były w tej sprawie interpelacje poselskie, o dwóch wiem na pewno, do pana ministra zdrowia włącznie, a ostatnia znalazła wyraz w piśmie pana senatora Jerzego Cieślaka z 13 lutego skierowanym do pana ministra zdrowia Balickiego – jest tam mowa o dwóch źródłach finansowania, o których wspominałem, dwóch z pięciu.

Dolnośląska Izba Lekarska zwróciła się zaś z apelem do pana wojewody i do pana marszałka o wdrożenie kryzysowego programu ratunkowego na teraz oraz strategicznego programu naprawczego na najbliższe miesiące. Programy te muszą być oparte na rzeczywistych, rzetelnych danych demograficzno-epidemiologicznych oraz szerokich konsultacjach ze środowiskiem, głównie z konsultantami wojewódzkimi, i powinny polegać naszym zdaniem na pilnym przeprofilowaniu i komasacji placówek ochrony zdrowia w rejonie.

Przypominam, że od początku reformy zrobiono na Dolnym Śląsku dużo, zrobiono bardzo dużo, jeśli mówić o restrukturyzacji w formule zwolnień. Zwolniono bowiem z pracy dziesięć tysięcy pracowników, dziesięć tysięcy pracowników. Nie można zamykać szpitali pełnych pacjentów tylko dlatego, że poprzedni zarząd dolnośląskiej kasy chorych robił błędy w dzieleniu naszych pieniędzy, doprowadzając szpitale do skrajnego bankructwa.

I reasumując, chciałbym zaapelować o zmianę filozofii, koncepcji i priorytetów w dzieleniu państwowych pieniędzy. Tu widzę między innymi kapitalną zasadę wyartykułowaną w ustawie o Narodowym Funduszu Zdrowia mówiącą o tym, iż minimalny czy minimalno-optymalny plan zabezpieczenia usług medycznych powstanie na samym dole, w starostwach, w gminach. Chodzi nie tylko o to, aby potem przyszły pię-

niądze na realizację tych planów, ale żeby dziś rozpocząć reanimację umierającego szpitalnictwa Dolnego Śląska. Ale do tego potrzebny jest zastrzyk awaryjnych pieniędzy. Dlatego o te doraźne środki finansowe gorąco apeluję. Zdrowie i życie obywateli Rzeczypospolitej są najważniejsze. Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję, Panie Doktorze.

Przypomnę tylko, że wszystkie te postulaty adresowane są głównie do pana ministra Balickiego, obecnie ministra zdrowia, wcześniej do pana ministra Łapińskiego. Problem w tym, że decyzje o uruchomieniu jakichkolwiek środków zarówno z rezerwy celowej, jak i z rezerwy ogólnej budżetu państwa podejmuje minister finansów.

Pani minister Wasilewska-Trenkner zareagowała, czego się zresztą spodziewałem, ale jeżeli pani minister pozwoli, to jeszcze będzie pewnie kilka postulatów z tego podwórka...

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Finansów Halina Wasilewska-Trenkner: Sprostowanie tylko.)

Proszę bardzo. Jeśli chodzi o sprostowanie, to proszę bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Finansów

Halina Wasilewska-Trenkner:

Tak, Panie Przewodniczący, chodzi o sprostowanie. Kwota, o jakiej tu mówimy, to kwota ruszana z rezerwy ogólnej budżetu. Rezerwa ogólna budżetu państwa wynosiła w budżecie, w projekcie i potem w ustawie, 75 milionów zł. Proszę wybaczyć, że nie będę mówiła dokładnie, na co jest przeznaczona, bo przecież nie o to chodzi, ale na sprawy wagi państwowej. Zostało z tej rezerwy wydanych już ponad 10 milionów zł, są zatem 63 miliony zł i takie perspektywy, jakie mamy, i na arenie międzynarodowej, i wewnątrz kraju. A w kraju mamy zimę, która się zazwyczaj kończy wiosną. Jest tylko pytanie, czy i jak się to skończy. I to pierwsza sprawa.

Decyzji na temat uruchamiania rezerwy ogólnej budżetu państwa nie podejmuje, Panie Przewodniczący, minister finansów, bo ministrowi finansów wolno podjąć taką decyzję do wysokości 750 tysięcy zł, co, jak słyszymy, kiedy jest mowa o tych liczbach, jest sumą śmieszną. Pan premier osobiście może podjąć decyzję dotyczącą najwyżej 1 miliona zł. Pozostałe decyzje podejmuje Rada Ministrów. Proszę więc, żeby pan nie mówił, że to wynika z obstrukcji ministra finansów. To pierwsza sprawa.

Sprawa druga. 60 milionów zł, które na pewno jest w rezerwie celowej na restrukturyzację służby zdrowia w całym kraju, i 110 milionów zł, które być może będą, jeżeli do końca III kwartału wypracujemy odpowiednie dochody, będzie można podzielić. Po to jednak, żeby można było je podzielić, Panie Przewodniczący, Wysoka Komisjo, minister zdrowia musi przedłożyć ministrowi finansów propozycję, jak dzielić te pieniądze. Ale żeby móc przedłożyć taką propozycję, muszą być odpowiednie podstawy prawne. Chciałabym powiedzieć, że w obecnej sytuacji prawnej minister zdrowia nie ma podstaw do wydania tych pieniędzy, a taki postulat usłyszeliśmy przed chwilą w manifeście – bo to wystąpienie ze względu na emocjonalne zaangażowanie było prawie manifestem, zresztą ja się temu nie dziwię, mówię tylko, że po prostu nie ma podstawy prawnej. Minister finansów też nie ma prawa wykorzystać pieniędzy,

które są pieniędzmi Skarbu Państwa, i zapłacić za zobowiązania jednostek komunalnych, ponieważ szpitale, których organami założycielskimi są jednostki samorządu terytorialnego, nie mogą korzystać ze wsparcia Skarbu Państwa bezpośrednio, trzeba do tego podstawy prawnej. Te szpitale, które są w gestii uczelni medycznych – jak wyżej. To, co możemy ewentualnie zapłacić – chociaż też nie mamy podstawy prawnej, aby bez wyroku sądowego zapłacić zobowiązania – to zobowiązania tych szpitali, które są w gestii ministrów resortowych, czyli ministra zdrowia, ministra obrony, ministra spraw wewnętrznych i administracji. Dlatego również jest to bardzo trudny problem.

Pani minister Kralkowska mówiła już, że pracujemy nad znalezieniem rozwiązań, a to, że nie widać spodziewanych efektów, nie wynika z tego, że ktoś nie chce, tylko z tego, że musimy mieć odpowiednią podstawę prawną do rozpoczęcia całej akcji. Mówimy przecież o przeraźliwie dużych pieniądzach. Państwo tutaj mówią o milionach złotych, ale, Panie Przewodniczący, 300 milionów zł, o których tu mówimy, to jest na przykład połowa rocznego budżetu państwa na kulturę. Te 600 milionów zł, o których tu była mowa, a może 800 milionów zł, a może i 900 milionów zł, to więcej, niż wydajemy na rodziny zastępcze, na dożywianie dzieci. To są ogromne pieniądze. Jeżeli nie znajdziemy sposobu – a na tym się trzeba skoncentrować – na zahamowanie tego przyrastania zobowiązań, to każdy krok w kierunku dodania pieniędzy będzie tylko – proszę mi wybaczyć, wiem, że to jest straszliwie trudna sytuacja – tworzeniem sytuacji przejściowej, a nam chodzi o to, żeby rzecz rozwiązać w sposób trwały.

Gdyby tak było prosto, że oddłużenie przynosi ulgę... Panie Przewodniczący, my, jako Skarb Państwa, do 1 stycznia 1999 r. przejęliśmy obsługę zadłużenia szpitali, zakładów opieki zdrowotnej w wysokości 8 miliardów 500 milionów zł, bo tyle obsługuje Skarb Państwa. Ten dług został bowiem rozłożony na raty, płacimy od tego odsetki, co ogranicza budżet, jeśli chodzi o inne możliwości. Poza tym od 1 stycznia 1999 r. prawie do dzisiaj finansujemy wyroki sądowe za błędy w sztuce lekarskiej. Trudno mi w tej chwili powiedzieć – tych decyzji w ciągu roku są tysiące – ile z nich przypada na Dolny Śląsk, ale w ubiegłym roku to była wartość 250 milionów zł. To nie są małe pieniądze. Chcę pokazać państwu tylko, jak bardzo, mimo wszystko, zaangażowany jest budżet w pomoc dla jednostek służby zdrowia, ale nie wszędzie mamy podstawę prawną. Dziękuję.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję, Pani Minister.

Kiedy mówiłem, że adresatem postulatów kierowanych z terenów Dolnego Śląska i innych województw – Panie Wojewodo, wiem, jest wszystko zapisane, jest kolejność – nie może być tylko minister zdrowia, to oczywiście miałem na myśli to, że ani premier, ani Rada Ministrów nie podejmie decyzji w sprawie uruchomienia jakichkolwiek środków, jeżeli nie będzie odpowiedniego wniosku, a jestem głęboko przekonany, że bez podpisu ministra finansów taki wniosek nie będzie nawet rozpatrywany, nie mówiąc o podjęciu uchwały.

Dlatego rozkładajmy to. Być może dojdziemy do wniosku, że potrzebny jest już międzyresortowy zespół pracujący nad rozwiązaniem tych dramatycznych problemów, o których tutaj słyszymy. Doceniam i rozumiem to, co powiedziała pani minister. Pracowaliśmy nad ustawami okołobudżetowymi, potem nad budżetem państwa i wiemy, jak to wygląda. Mamy jednak do czynienia z sytuacją, w której może nastąpić przerwanie ciągłości opieki zdrowotnej w stanach zagrożenia życia. Proszę państwa, każde spotkanie zespołu pogotowia ratunkowego na terenie kraju, mówię nawet o potknię-

ciu, a nie tylko o jakichś dramatycznych wydarzeniach, jest pokazywane w mediach ogólnopolskich, w telewizji. Wyobraźmy sobie, co się będzie działo, jeżeli rzeczywiście w regionie dolnośląskim czy w którymś z województw, które już wcześniej omawialiśmy, nastąpi zablokowanie dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Nie będę tego na tym etapie komentował, chcę tylko, żebyśmy się koncentrowali na tym, co naprawdę możemy zrobić, zaledwie zasygnalizowałem kilka problemów. Będę udzielał głosu w kolejności zgłoszeń, tak że proszę nie sądzić, że stosuję protekcjonizm.

Jako drugi do dyskusji zgłosił się pan wojewoda Dziendziel, proszę bardzo.

Wicewojewoda Dolnośląski

Wacław Dziendziel:

Szanowna Pani Minister! Panie i Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Chciałbym uzupełnić wypowiedź pani minister. Z analizy zebranych informacji z powiatów i z urzędu marszałkowskiego wynika, że zadłużenie placówek służby zdrowia w powiatach i gminach, bez pięciu jednostek powiatowych, na koniec roku wynosi 360 milionów zł – to są wszystkie długo- i krótkoterminowe zobowiązania – w szpitalach marszałkowskich 435 milionów zł, w klinicznych 125 milionów zł, w resortowych 34 milionów zł, prawie 35 milionów zł, a łączna suma zobowiązań to 956 milionów zł. I bez odsetek sytuacja jest nadzwyczajna. W takich sytuacjach specjaliści lekarze mówią, że należy zaordynować specjalne środki i ten problem wspólnymi siłami rozwiązać. Nie mówię, że działać ma tylko jedna strona, samorząd powiatu, samorząd wojewódzki czy pan rektor, który zarządza swoimi klinikami. Musi to być wspólne działanie. W przeciwnym wypadku może, oby nie – mówił o tym pan senator – może zdarzyć się dramat. Nikt sam już sobie tutaj nie poradzi.

Są i takie sytuacje, że na przykład w powiecie studziesięciotysięcznym, gdzie były dwa ZOZ, dwie dyrekcje szpitali, w każdym szpitalu cały zestaw wydziałów, pediatria, ginekologia, położnictwo, połączono je, a mimo wszystko zadłużenie na dzień dzisiejszy wynosi ponad 30 milionów zł – przy czym budżet powiatu to jest rząd 60 milionów zł, roczne przychody kasy chorych to jest około 1 miliona 900 tysięcy zł, a suma wszystkich zadłużeń to 950 milionów zł, czyli 50% budżetu kasy. A gdzie środki na bieżące funkcjonowanie?

O drugą część wypowiedzi poprosiłbym pana doktora Drobnika. Poprosiłbym, żeby odniósł się pan do zarzutu pani minister, że do dnia dzisiejszego nie udzieliliśmy pani minister odpowiedzi na faks, który przyszedł w piątek o godzinie 17.40. Bardzo proszę.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Bardzo proszę, Panie Dyrektorze.

Zastępca Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej w Śląskim Urzędzie Wojewódzkim

Jarosław Drobnik:

Panie Przewodniczący, myślę, że jest istotne skomentowanie tego, ponieważ...

(Przewodniczący Jerzy Cieślak: Proszę może troszkę bliżej mikrofonu.)

...faks przyszedł bardzo późno, o 17.36, i od poniedziałku uruchomiliśmy pewną procedurę. Niemniej wczoraj do dyrektora gabinetu politycznego pana ministra wysłaliśmy informację dotyczącą wstępnej analizy finansów jednostek dolnośląskiej służ-

by zdrowia oraz pewien komentarz. Jeśli jest prośba o przedstawienie oceny zapewnienia świadczeń zdrowotnych w województwie oraz informacji o sytuacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, to przy dziewięćdziesięciu dwóch szpitalach nie da się w ciągu jednego dnia zebrać informacji dodatkowych, które byłyby istotne.

Pan wojewoda skomentował sytuację następująco – myślę, że pan dyrektor Woźny potwierdzi – obecnie większość szpitali na Dolnym Śląsku, praktycznie wszystkie, podpisały kontrakt z kasą chorych. Dzisiaj, może powiem górnolotnie, dzięki heroicznym działaniom załogi, która nie dostaje pieniędzy, dzięki próbom negocjacji z komornikami, z wierzycielami, bardzo daleko idącej życzliwości kasy one nadal świadczą usługi, niemniej z dnia na dzień mogą powoli, lawinowo kończyć swoją działalność. Pierwsze objawy widać w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr1, który jest bardzo istotnym elementem systemu. I taką też informację przesłaliśmy.

Ale chcę również powiedzieć, że w trakcie wizyty pana ministra pan wojewoda przekazał pewne informacje dotyczące naszego punktu widzenia związanego z restrukturyzacją ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku, z pewnymi przekształceniami w zakresie jednostek, połączeniem zarządzania tymi jednostkami. Do dziś nie mamy opinii w tej sprawie.

Ale co innego jest tu istotne. Tak naprawdę ten program zwany restrukturyzacją musi powstać i być akceptowany na Dolnym Śląsku. My pokazujemy pewne istotne, naszym zdaniem, słuszne kierunki, ale może nie wszystkie podmioty czy organy zażycielskie zechcą to zaakceptować. A jak można mówić dzisiaj o jakiegokolwiek restrukturyzacji, jeżeli według naszych danych prawie 900 milionów zł to są zobowiązania krótkoterminowe – bo tak są one kwalifikowane według druku F-01/z – co prawdopodobnie oznacza że są już one wymagalne? Jak można doprowadzać do jakiegokolwiek restrukturyzacji, jeżeli nie zatrzyma się fali narastania zadłużenia, jeżeli większość jednostek nie realizuje świadczeń pracowniczych całkowicie bądź robi to tylko w formie zaliczkowej na bardzo niskim poziomie? Efektem tego jest już zajęcie i okupacja dolnośląskiej kasy chorych, a na jutrzejszy dzień planowany jest strajk ostrzegawczy. Obawiamy się, że bez pomocy państwa nie uzyskamy niczego.

Wobec tego chciałbym zadać pewne pytanie i bardzo mnie interesuje odpowiedź. Często poruszamy temat wysokości składki zdrowotnej, ale ściągalność jest zupełnie inna od planowanych przychodów. Dlaczego obsługa tego zadłużenia nie może być po stronie państwa?

(Przewodniczący Jerzy Cieślak: Panie Dyrektorze, jeżeli pan kieruje pytanie, proszę wskazać adresata.)

Myślę, że to pytanie do pani minister finansów, choć uważam, że udział w tym powinien mieć także minister zdrowia. Ściągalność składek zdrowotnych jest na poziomie dziewięćdziesięciu kilku procent, kasa chorych robi pewien plan finansowy, obniżenie ściągalności powoduje obniżenie liczb w planie finansowym kasy czy płatnika, bo tak prawdopodobnie będzie, i to tak schodzi na szpitale. Tego dotyczy moje pytanie. Myślę, że wyjaśniłem kwestię materiału, materiał był u pana ministra w różnych...

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję, Panie Dyrektorze.

Zgłosił się pan senator Bielawski, ale zgodził się poczekać na swoją kolej według kolejności zapisywania się do głosu i nie korzystać z priorytetu. Wobec tego, według kolejności zgłoszeń, pan marszałek Janusz Pezda.

**Wicemarszałek Województwa Dolnośląskiego
Janusz Pezda:**

Panowie Senatorowie! Pani Minister! Panie i Panowie!

Chciałbym tylko przypomnieć, że sytuacja na Dolnym Śląsku bierze się również z pewnych zdarzeń historycznych – nie będę ich wymieniał, bo jak sądzę, jesteśmy zorientowani. Liczba szpitali, które występują na Dolnym Śląsku, jak przytoczył dyrektor Drobnik, dziewięćdziesiąt dwa, związana jest z takimi, a nie innymi zaszłościami. Na Dolnym Śląsku mamy dwadzieścia tysięcy łóżek – jest to wskaźnik najbardziej miarodajny, chociaż wywołuje alergiczne odruchy u wszystkich, którym o tym mówimy.

Zajmuję się służbą zdrowia od 1 lutego bieżącego roku. Od 1999 r. do końca bieżącego roku w szpitalach marszałkowskich narastają straty – od 37 milionów zł do 138 milionów zł. To oddłużenie proste, które było do 1998 r., nie było więc pełne, a więc ciągną się stare długi. Zobowiązania powstałe od 1999 r. wynoszą od 142 milionów zł w 1999 r. do 487 milionów zł – to zobowiązania krótkoterminowe, które praktycznie stały się już wymagalne. W sumie na Dolnym Śląsku te zobowiązania przekraczają grubo 800 milionów zł, dochodzą do blisko 900 milionów zł. Nie chcę tu mówić za naszą regionalną kasę, ale na wartość przychodów 1 milion 860 tysięcy zł na szpitale przeznaczają się około 850 milionów zł, więc te zobowiązania pokrywają wartość przychodów. Jest właściwie kompletnie zerwana płynność finansowa. W tej chwili możemy powiedzieć, że dolnośląska służba zdrowia, niestety, zbankrutowała.

Nasze różne programy, które w części przygotowaliśmy, w tej chwili wyhamowane wytycznymi do opracowania wojewódzkiego programu planu zdrowotnego przysłanego w ubiegłym tygodniu przez panią minister Kralkowską – dziękuję uprzejmie, bo tak miałem informacje pozyskiwane tylko drogą przecieków, nazwijmy to tak, dalej i tak nie do wykorzystania, bo Narodowy Fundusz Zdrowia dopiero w tej chwili wszedł w życie...

(Głos z sali: Jeszcze nie.)

Jeszcze nie wszedł, przepraszam, została podpisana przez prezydenta ustawa. Te programy wymagają bardzo czasochłonnych opracowań, a więc nasz bardzo skrótowy program, który mieliśmy przygotowany, stał się nieaktualny. Zakładał on likwidację kilkunastu szpitali powiatowych, kilku szpitali marszałkowskich, a skonstruowany został w taki sposób, aby można było dokonać zasadniczych zmian w sieci szpitali na terenie Dolnego Śląska. Będziemy musieli to dopracować, zajmie to sporo czasu. Pragnę jednak powiedzieć, że ten program absolutnie nie będzie mógł wejść w życie, jeśli nie będzie żadnych osłon finansowych.

Na zatrudnionych na Dolnym Śląsku około czterdziestu tysięcy osób tych zwolnień nie było aż dziesięć tysięcy, ale rozumiem podkreślenie wagi sprawy, bo dokonaliśmy poważnych cięć w zatrudnieniu. Ale nie było to aż dziesięć tysięcy. A więc na czterdziestu tysięcy zatrudnionych powinniśmy, naszym zdaniem, zwolnić około sześciu, siedmiu tysięcy – razy cztery tysiące na osobę to daje około 30 milionów zł, a to tylko osłona dla zwolnionych. Proszę jednak zwrócić uwagę na to, że pozostanie dług, o który upomną się wierzyciele, zobowiązania, o które upomną się wierzyciele. Samorząd województwa dolnośląskiego ma budżet roczny w granicach 250 milionów zł, a zobowiązania wynoszą 487 milionów zł i już na dniach staną się wymagalne. Nie możliwe jest, abyśmy dokonali poręczeń w takiej wysokości. Po likwidacji szpitali

wierzycciele natychmiast upomną się o środki finansowe. Nie możemy nawet ogłosić, które szpitale będą likwidowane.

Brak systemu powiązań pomiędzy szpitalami powiatowymi a wojewódzkimi – nie mówię już o szpitalach klinicznych jego magnificencji rektora – powoduje, że nasza restrukturyzacja staje się iluzoryczna. Właściwie odpowiadamy tylko i wyłącznie za szpitale marszałkowskie. Nie mamy prawa wymagać, możemy jedynie wywierać pewnego rodzaju presję na szpitale powiatowe. W jednym powiecie stuścisiedziestopięciotysięcznym funkcjonuje obecnie pięć szpitali powiatowych i niedługo, w końcu bieżącego roku, otrzymujemy jeszcze jeden szpital, z podziękowaniem, oczywiście. Dodatkowo mamy dwa szpitale w ramach inwestycji wieloletnich – przedstawiciel jednego jest na sali. Drugi szpital, dzięki któremu można by zrestrukturyzować – czytaj: zlikwidować – cztery szpitale w Świdnicy, został powstrzymany nieszczęsnym kontraktem, który miał obejmować lata 2001–2002, a przesunięty został na 2003 r. i w związku z tym zginęło 34 miliony zł przewidziane w latach właśnie 2002–2003 na dokończenie budowy tego szpitala, szpitala „Latawiec” w Świdnicy, dzięki któremu, jak powiedziałem, można by zlikwidować cztery szpitale. Ponieważ nie mamy tych środków, nie możemy zlikwidować czterech szpitali. Kasa chorych nie może dać odpowiednich środków, w związku z tym pielęgniarki są uprzejme opiekować się naszą kasą chorych tu na miejscu, na ulicy, a nie w pokoju...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przepraszam, ale wczoraj były pielęgniarki, dzisiaj nie wiem. I lekarze, tak.

Od dwóch lat usiłujemy także przeprowadzić reorganizację szpitala Rydygiera. Reperkusje tej likwidacji wszystkim państwu senatorom są znane, do dzisiaj borykamy się z tym problemem. Do tego dochodzą sytuacje, które wywołują wzajemne współzawodnictwo między ośrodkami podlegającymi jednej niezmiennej puli w kasie dolnośląskiej. Ta rywalizacja powodowana jest przez starostów przywiązanych do swoich szpitali oraz tradycyjnie przywiązanych do nich świadczeniobiorców, jak nieładnie nazywamy społeczeństwo. Powoduje to ochronę tego szpitala, który stanowi jeden z filarów istnienia powiatów. Poza tym w grę wchodzi także szpitale wojewódzkie i szpitale kliniczne, w których imieniu nie chcę się wypowiadać, ale które również pukają do tych samych kas. Dochodzi do tego w sumie około 10% szpitali niepublicznych, które wcale nie wyodrębniły puli środków znajdujących się w jednej kasie.

Przekształcenia własnościowe, konsolidacje, które staramy się wykonać na wszelki możliwy sposób, przekształcenia w spółki prawa handlowego i inne, prywatyzacja niektórych jednostek wcale nie spowodują tutaj do końca zmian. Pragnę powiedzieć, że przekształcenia w formie prywatyzacji dokonywane są przez najbardziej przedsiębiorczych dyrektorów szpitali. Nie sądzmy, że oni na drugi dzień po przekształceniu nie będą mieli tych wpływów, tych możliwości, tych dobrych świadczeń dla pacjentów, a więc i przychodów z kasy chorych, i że obniżona nie zostanie ogólna pula wydatkowanych pieniędzy.

Outsourcing, tak modne zlecenie na zewnątrz usług, dało nam możliwość oddechu na rok, półtora. W tej chwili to zlecenie na zewnątrz usług, a w szczególności usług cateringowych, spowoduje następne zagrożenie, totalne zagrożenie na Dolnym Śląsku – likwidację dostarczania miejscowych produktów spożywczych, świadczeń sprzątających. Przez jakiś czas zmniejszyło to nam wydatki w szpitalach wszystkich rodzajów, a teraz spowodowało potężne zagrożenie. I jeśli firmy cateringowe zastraj-

kują, to spowodują wstrzymanie świadczeń dla pacjentów. To przesunęło tylko pulę długów, pulę zobowiązań na przyszłe okresy.

Reasumując: jeśli mamy likwidować szpitale, tak brzydko mówiąc, czyli likwidować nadmiar jednostek organizacyjnych służby zdrowia, to warunkiem nieodzownym jest osłona, warunkiem koniecznym jest otrzymanie pewnych środków na tę likwidację. Możemy tę likwidację przesunąć na lata 2002, 2003, 2004, ale czy uchronimy się przed wierzycielami i komornikami? Na pewno nie. Te 30 milionów zł jest tylko kwotą na odprawy dla zwalnianych, ale ci zwalniani nie będą przecież spokojnie odchodzili od stanowisk pracy – dowodem na to jest właśnie szpital imienia Rydygiera. Sytuacja na Dolnym Śląsku nie jest, jak mówiliśmy, tragiczna, dramatyczna. Sytuacja na Dolnym Śląsku jest wybuchowa. Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję, Panie Marszałku.

Informacja dla pana marszałka, bo fragment pana wypowiedzi dotyczył Kotliny Kłodzkiej, jednego z największych powiatów, powiatu kłodzkiego, z pięcioma szpitalami i perspektywą otwarcia kolejnego szpitala w Polanicy, który po wielu latach budowy jest na ukończeniu, tytuł inwestycyjny mówi, że jest to szpital chirurgii plastycznej ze zmianą przeznaczenia. Ponieważ poprzedni program, nazwijmy go programem użytkowym, i struktura łóżek szpitalnych zaproponowana w tym szpitalu wydawały się nie najlepsze, nie najszcześniejsze, powiedzmy najdelikatniej, w czasie wtorkowego posiedzenia kolegium ministra zdrowia poprosiłem pana ministra Balickiego, żeby poświęcić temu szpitalowi i temu regionowi czy subregionowi więcej uwagi i przyspieszyć ostateczne decyzje dotyczące struktur łóżek szpitalnych w nowym szpitalu w Polanicy, bo od tego z kolei będzie zależało, które oddziały czy które szpitale w Kotlinie Kłodzkiej i otoczeniu, bo dotyczy to nie tylko Kotliny Kłodzkiej, będą musiały zniknąć. I uzyskałem – myślę, że pani minister Kralkowska to potwierdzi – zapewnienie pana ministra Balickiego, że niemal natychmiast ludzie kompetentni wyznaczeni w Ministerstwie Zdrowia przystąpią do pracy nad szpitalem w Polanicy po to, żeby stworzyć perspektywę restrukturyzacji szpitali w powiecie kłodzkim. To była tylko informacja.

Proszę państwa, może powiem rzecz niepopularną, ale przyszło mi to do głowy nie tylko dzisiaj, kiedy słuchałem informacji z regionu dolnośląskiego o kłopotach, jakie tam występują. Powiedziałem to już publicznie i opublikowała to „Gazeta Wrocławska”, chociaż treść była inna, bo bywa czasem, że co innego się mówi, a co innego się czyta – pan doktor Wojnar kiwa głową, pewnie ma swoje doświadczenia w tej sprawie – że ktoś musi to powiedzieć głośno: jeżeli chcemy uratować służbę zdrowia na Dolnym Śląsku, w województwie, to muszą być określone ofiary, czyli krótko mówiąc, część oddziałów szpitalnych, a może kilka szpitali, musi być zlikwidowanych. Jeżeli będziemy je dalej utrzymywać, to po prostu będziemy bierni i w sposób bezsilny będziemy patrzyli, jak z przyczyn ekonomicznych umiera dolnośląska służba zdrowia. I wtedy, myślę, pretensje będą zasadne: trzeba było mieć odwagę, trzeba było mieć program, trzeba było podjąć decyzję we właściwym czasie. Jeszcze w czasie dyskusji chciałbym to zasugerować, ale proszę traktować to tylko jako głos w dyskusji.

Pan profesor Paradowski, rektor Akademii Medycznej we Wrocławiu, proszę bardzo, w kolejności zgłoszeń.

**Rektor Akademii Medycznej we Wrocławiu
Leszek Paradowski:**

Panie Przewodniczący! Państwo Senatorowie! Pani Minister! Panie i Panowie!

W odróżnieniu od mojego sąsiada odwołam się jednak trochę do historii. Kłopoty szpitali klinicznych zaczęły się na Dolnym Śląsku w 2000 r., kiedy wiele procedur finansowanych centralnie przejęła Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych i w tym momencie te szpitale zaczęły szybko tonąć w długach. Stawki, jakie proponowała w tym momencie Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych, to było 20–50% stawek ministerialnych, w miarę rzetelnie wyliczonych.

Chciałbym powiedzieć, że dwa szpitale akademickie we Wrocławiu nie należą w tej chwili do wyjątków. Pod koniec czerwca z czterdziestu trzech szpitali istniejących wówczas w Polsce tylko siedem miało dodatni wynik – były to najczęściej szpitale monoprofilowe, na przykład szpital ginekologiczny na Pawiej w Poznaniu, instytut stomatologii w Krakowie, szpital urazowy w randze uniwersyteckiej w Zakopanem, który zbierał poturbowanych narciarzy. O tym, jak tragiczna jest sytuacja szpitala klinicznego nr 1, świadczy struktura finansów w tym szpitalu – 60% to są płace, a wiemy, jakie są płace w służbie zdrowia, 13% zaś to są koszty związane z lekami.

Pan marszałek Pezda nazwał sytuację podobnymi słowami, jak ja ją nazywam: dolnośląska służba zdrowia jest w stanie kryzysu, jest w stanie klęski, rozsypuje się, co stanowi bezpośrednio zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów, mieszkańców Dolnego Śląska.

Panią minister Kralkowską chciałbym poinformować, że programy restrukturyzacyjne napływały z Akademii Medycznej do ministerstwa i jeden z nich, który wpłynął jeszcze w czasach pana ministra Opali, nie doczekał się do chwili obecnej opinii, ale my go realizujemy. Jak pani minister wiadomo, od 1 stycznia we Wrocławiu zamiast czterech szpitali funkcjonują dwa szpitale akademickie, a więc już prawie dwa miesiące ma miejsce ta głęboka restrukturyzacja. Niezależnie od tego, już przed tym formalnym, sądowym zapisem dokonywano restrukturyzacji. W szpitalu, który ma ogromne kłopoty, ta restrukturyzacja też trwa i będzie trwała jeszcze rok, niestety, dlatego że w lutym mają zostać zlikwidowane trzy apteki – zostanie jedna – a w marcu zabieramy się za laboratoria. Jest to proces, który będzie wymagał, niestety, trochę czasu.

Chciałbym również, proszę państwa, ustosunkować się do poprzednich wypowiedzi, a na końcu bardzo szybko powiem jeszcze kilka innych rzeczy. Skąd się bierze wzrost hospitalizacji? Z ruiny podstawowej opieki zdrowotnej. To, co było jeszcze do wykonania w przychodniach... Przecież zmarnowaliśmy nieźle funkcjonującą opiekę nad matką i dzieckiem, a można pokazywać inne przykłady. W tej chwili sytuacja wygląda tak, że to, co było do wykonania jeszcze w przychodniach, teraz jest do wykonania już tylko w szpitalach. Dolnośląska Regionalna Kasa Chorych w tym momencie oferowała ceny nieracjonalne. Podam przykład: jeszcze w 2001r. za kompleksową usługę gastrologiczną, w której mieściły się badania endoskopowe, ultrasonograficzne, konsultacja lekarska, płacono 62 zł. W ubiegłym roku nie podpisałem kontraktu, który opiewał na 20 zł – prosiłem dyrektora swojego szpitala, żeby nie podpisał – bo po prostu szpital musiałby przynosić absolutne długi.

Nie będę przedłużał swojej wypowiedzi, chciałbym tylko zwrócić uwagę na kilka spraw i korzystając z obecności autora kilku budżetów, które są przedstawiane Wysokiemu Sejmowi, Senatowi do akceptacji, z obecności pani minister Wasilew-

skiej-Trenkner, powiedzieć, że trzeba przewidzieć w budżecie Ministerstwa Zdrowia środki na dwa cele. Po pierwsze, na innowacje, na wprowadzenie innowacji. Tego nie ma w tej pozycji, ale światłem odbitym od medycyny klinicznej biją szpitale marszałkowskie i szpitale starościańskie. I po drugie, Pani Minister, nakłada się na uczelnie medyczne – my podchodzimy do tego bardzo elastycznie, życzliwie – nowe obowiązki dydaktyczne, co jest związane też z działalnością szpitali klinicznych i z kształceniem licencjackim. Z reguły się spieramy, ale dogadujemy się z urzędem marszałkowskim i przejmujemy to szkolenie na poziomie licencjackim. Gdzieś się nam zgubiło, Pani Minister, 200 milionów zł, które były przeznaczone w Ministerstwie Edukacji Narodowej i Sportu na kształcenie zawodowe na poziomie średnim, a które powinny się znaleźć w akademiach medycznych. Nie mówię, że w części, ale w całości, bo z informacji, które mamy, niepełne środki na kształcenie, na dydaktykę w akademiach medycznych nie zostaną aż tak znowu znacznie zwiększone.

Dla nas, proszę państwa, obietnica pana ministra Balickiego, że stare stawki dla Dolnego Śląska, dla szpitali klinicznych we Wrocławiu będą obowiązywały do końca roku, oznacza tragedię. To jest nie do utrzymania, nie do wytrzymania. My po prostu już upadamy. I jeżeli tym razem tę obietnicę pan minister spełni, to niestety te szpitale... Dla nas jest to zbyt długi okres. Półśłówkami, półobietnicami pojawiają się jakieś pieniądze, będziemy renegocjować. Ale tego się nie da załatwić. Mówił o tym pan przewodniczący: sytuacja Dolnego Śląska jest kryzysowa, wymaga nadzwyczajnych rozwiązań.

Proszę państwa, to powinno się robić na wielu poziomach, inaczej się nie da. My nie mamy wypracowanej, na szczeblu państwa, na szczeblu regionu, polityki gospodarki długami, nie wiemy, co z tymi długami zrobić. Próbujemy coś z tym zrobić również w akademii medycznej, w szpitalach klinicznych, ale firmy Greenhouse czy Magellan są, proszę państwa, jak zły sen, jak kruki śnią się nam po nocach. To jest najdroższy sposób oddłużania szpitali klinicznych. Najtańsze w takich przypadkach jest zaciągnięcie kredytu.

Jest, proszę państwa, jedno proste rozwiązanie wyjścia z kryzysu służby zdrowia, ale ono jest nierealne – jest to zmniejszenie bezrobocia w innych sektorach gospodarki. Wówczas pielęgniarki, ale nie tylko, bo przecież w służbie zdrowia pracują nie tylko pielęgniarki i lekarze, wiele osób odeszłoby ze szpitali, gdyby mieli gwarancję zatrudnienia w innych sektorach gospodarki, bo przecież oni nie dostają od dwóch, trzech miesięcy pensji. Bez ożywienia gospodarczego... Już pomijam to, że za tym idą większe wpływy do ZUS. Te szpitale, niektóre jednostki same by upadły, gdyby znalazł się inny pracodawca, który zapewniłby godziwe pobory.

I na koniec chciałbym powiedzieć, że mam pewien kompleks, jeśli chodzi o szpital kliniczny nr 1 we Wrocławiu – chodzi o obsługę komputerową, wyposażenie komputerowe. Akurat rektor Akademii Medycznej we Wrocławiu ma nadzór nad tym szpitalem dopiero od roku. Już pomijam ten beznadziejny spór z resortem o nadzór nad szpitalami klinicznymi, który trwał dwa lata. Próbowaliśmy wówczas odzyskać te szpitale i w tych, które odzyskaliśmy wcześniej, ta sytuacja finansowa wyglądała inaczej. Ten szpital jest jednak w takiej sytuacji, że do tej pory ręcznie wypisuje się przelewy – w tamtych szpitalach zapomnieliśmy o tym. Środki, o czym mówiła pani minister Kralkowska, zamiast na unowocześnienie bazy informatycznej szły na zakup pomp infuzyjnych. W tym momencie nie mieliśmy wpływu na to, co się z tymi pieniędzmi dzieje. Rektor nie miał wpływu, to był samopas. Pan prezes wyzwolił mnie jednak z tego kompleksu – bo mam kompleks, że ten

szpital, jeśli chodzi o komputeryzację, informatykę, jest głęboko w XX wieku. Ale jak usłyszałem o numerach PESEL... Proszę państwa, zakończę tak: Rzecki zrobiłby to lepiej, lepiej policzyłby ubezpieczonych w naszym kraju niż my, którzy mamy komputery i wszystkie nowoczesne techniki. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję, Panie Rektorze.

Chcę poinformować państwa, że te wszystkie materiały informacyjne, dramatyczne często w swojej wymowie, skierowane zostały do senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia i mają je wszyscy członkowie komisji, ponieważ zostały powielone i przekazane senatorom we właściwym czasie, kilka dni przed posiedzeniem komisji. Nie sądzę, żeby wszyscy to przeczytali, tego jest bardzo dużo, ale wymowa tego jest rzeczywiście dramatyczna. Tak że nie musimy koniecznie powtarzać argumentów, które są w tych pismach, bo pisma zostały udostępnione senatorom.

Czekają jeszcze cztery osoby, które zgłosiły się do dyskusji. Następny w kolejności jest pan dyrektor Woźny. I do pana dyrektora mam prośbę o jasne wyjaśnienie, czym grozi na przełomie funkcjonowania dwóch ustaw, ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym i ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia niepodpisanie kontraktów do czasu, kiedy druga z tych ustaw przejmie zobowiązania wynikające z pierwszej ustawy. Sytuacja może być dramatyczna i w sensie formalnoprawnym nierozwiązywalna. Prosiłbym, żeby pan część swojej wypowiedzi poświęcił również informacji w tej sprawie. Dziękuję.

**Dyrektor Dolnośląskiej Regionalnej Kasy Chorych
Andrzej Woźny:**

Szanowni Państwo, może jeszcze dwa słowa na temat zeszłorocznego wyniku. Najprawdopodobniej – mówię najprawdopodobniej, bo bilans jeszcze nie jest zrobiony – będzie na poziomie 101 milionów zł. Takie są straty kasy za zeszły rok. Pierwszym naszym zadaniem, pierwszymi działaniami, jakie podjęliśmy – jestem dyrektorem raptem od dwóch miesięcy, a jestem, żebyście państwo wiedzieli, z wykształcenia finansistą i całe moje życie to finanse – było ustabilizowanie sytuacji finansowej, bo to jedyny płatnik, który w tej dramatycznej sytuacji jeszcze płaci. Nie mogliśmy dopuścić do rozjechania się, że tak powiem, kontraktów ze splotem środków. Udało nam się opanować sytuację tak, że debet, jaki wykorzystujemy, wynosi w granicach 47–50 milionów zł miesięcznie, taki kredyt wykorzystujemy. I tylko dzięki moim układom, po prostu, jest to załatwione. Mówię to, żeby sprawa była jasna, bo państwo wiecie, jak banki finansują służbę zdrowia, tutaj nie muszę tego mówić.

Poza tym jest olbrzymia presja i nacisk na zwiększanie wartości kontraktów. Nie mogę się na to zgodzić, bo w pewnym momencie kasa zaprzestanie płacenia komukolwiek, ponieważ pętla zadłużeniowa poszłaby tak daleko – tego pani minister nie muszę tłumaczyć, a kto się na tym nie zna, to pewnie... Nie o to chodzi. Dlatego słuszny jest ten protest, który mamy w kasie, i słuszne jest zwiększenie wartości punktu, bo rzeczywiście jest to za mała stawka, zdaję sobie z tego sprawę. Ale to, dlaczego do tego doszło, to kwestia historyczna i może do niej nie wracajmy, parę razy już było to

powiedziane. Gdybyśmy chcieli uwzględnić ten postulat, to musielibyśmy podnieść tę stawkę wszystkim świadczeniodawcom, bo nie widzę powodu, dlaczego jeden szpital powiatowy, nawet bardzo ładny i nowy, miałby mieć inne stawki niż szpitale kliniczne czy marszałkowskie, które wykonują na pewno bardziej skomplikowane procedury. A jeszcze inne postulaty...

W skali roku potrzebna byłaby w kasie kwota 120–130 milionów zł, żeby się zbilansować. Taka jest skala problemu. Jeżeli dzisiaj eskalacja żądań tych pań będzie taka – a wiem, że jest bardzo duża determinacja – i my na to pójdziemy, to jako kasa mogę w ogóle przestać za to płacić. Już nie mówię o tym, że jest dezorganizacja pracy. Teraz powinienem płacić za świadczenia za styczeń, bo jest akurat rozliczenie, a jeżeli dojdzie do paraliżu funkcjonowania instytucji jako takiej, to po prostu nie zapłacę z przyczyn technicznych. Chciałbym, żeby wszystkie strony zrozumiały powagę sytuacji, bo protest to jest jedna sprawa, a odpowiedzialność za pozostałych świadczeniodawców, którzy gdzieś tam jeszcze pracują, i za pacjentów, to druga sprawa. Przy czym, powtarzam jeszcze raz, nie neguję słuszności postulatów.

Kontraktowanie za pierwszy kwartał zakończyliśmy, można powiedzieć, w 99%. Większość placówek podpisała te kontrakty. One są na poziomie zeszłego roku i mniej więcej tyle samo dostała każda placówka. Są placówki, które dostały troszeczkę mniej, niektóre dostały troszeczkę więcej, różne były tego powody. Na przykład ta placówka – tak dla ciekawości powiem, żebyście państwo wiedzieli – która dzisiaj strajkuje, dostała w zeszłym roku kontrakt na 36 milionów zł, a wykonała usługi tylko za 32 miliony zł i na ten rok dostała taki sam kontrakt. Teraz państwo wiecie, dlaczego oni chcą wyższych stawek – po prostu mniej robią, ale za większe pieniądze. I to jest sygnał dla decydentów. To są liczby, które mogę udostępnić, a one nie kłamią.

Mamy bardzo szczególny moment. Praktycznie nie ma już kas, za moment będzie fundusz. Proszę państwa, nie mam dzisiaj od nikogo pełnomocnictw, żeby podjąć negocjacje z bankiem na zaciągnięcie kredytu już jako nowy podmiot, bo muszę spłacić kredyt za dwa czy za trzy tygodnie, do zera doprowadzić debet i następnego dnia zaciągnąć nowe zobowiązania. Nie mam w ogóle pełnomocnictw do dyskusowania na ten temat. Jeżeli świadczeniodawcy nie podpiszą...

I jeszcze jedna sprawa. Była sugestia ministra – powtarzam: sugestia, bo jeszcze kasy są samodzielne i samorządne – żeby aneksować wszystkie umowy do końca roku. Co to znaczy „aneksować”? Aneksować to inaczej utrzymać status quo, taka jest zasada kontraktowania cen, metod itd., a tylko datę przestawić na 31 grudnia. Przy tej złej strukturze cenowej zasad kontraktowania, o czym tutaj mówiliśmy, która między innymi była powodem takiej, a nie innej sytuacji, obawiam się, że będziemy tylko pogarszać sytuację. Nie mamy czasu ani narzędzi, jako kasa, żeby rozpiścić dziś konkurs według nowych zasad, ponieważ ustawa nie weszła w życie, przepisy wykonawcze póki co są tylko projektem i sytuacja jest patowa. Prosiłbym Ministerstwo Zdrowia, żeby się zastanowiło nad tą techniczną sprawą i nad tym, jak rozwiązać ten problem, żebyśmy mogli płacić już nie tak jak do tej pory, bo tylko będziemy pogarszali tę sytuację.

Proszę państwa, jeszcze jedna sprawa, o której też musimy sobie tutaj powiedzieć: kasa ma tyle pieniędzy, ile ma, a zadania, które do tej pory były realizowane centralnie, teraz, przy tych szczuplejszych środkach, spływają do kasy. W naszym wypadku musieliśmy zakontraktować na 16–18 milionów zł więcej, taki jest rząd wielkości. Do tej pory taką kwotę wyasygnowało na procedury wysokospecjalistycz-

ne Ministerstwo Zdrowia. Nie dano nam na to pieniędzy, ani złotówki. Więc padają różne pytania, bo składka niby wzrasta, a tak naprawdę przybywa zadań, a nie przybywa pieniędzy.

Jaka będzie ściągalskość tej składki ośmioprocentowej, nie wiemy, bo jeszcze, Panie Prezesie, nie mamy danych. Dopiero w tych dniach spływa stawka za styczeń. Ja nie byłbym optymistą, że to będzie 8%, nie łudźmy się. Z naszych prognoz wynika, że jeżeli będzie ściągalskość składki na poziomie 23–22%, to będzie bardzo dobrze. Chciałbym powiedzieć, że gdyby ściągalskość składki na Dolnym Śląsku wynosiła 99%, to jakoś byśmy sobie poradzili, bo akurat w naszym wypadku jest to 100 milionów zł mniej lub więcej, zależy, jak patrzeć. A jak powiedziałem, żeby ceny podnieść i utrzymać na tym poziomie, to potrzebujemy jakichś 130 milionów zł. To już jest jakaś kwota, przy której możemy powiedzieć, że zbliżamy się do pewnego poziomu.

Nie chcę się wypowiadać na temat restrukturyzacji placówek, to nie jest rola kasy, ale uważam, że sytuacja jest tak poważna, że działanie tylko w jednym kierunku jest bezcelowe. To musi być kompleksowe działanie we wszystkich kierunkach i dotyczyć i środków w kasie, i zasad kontraktowania, i innych rzeczy, także, powiedzmy, spraw restrukturyzacyjnych. Ale to, jak państwo wiecie, trwa. Nie słyszałem, żeby był gotowy plan restrukturyzacji, a przecież nie robi się go na kolanie.

15 kwietnia mija termin sporządzenia planu zabezpieczenia zdrowotnego. Konia z rzędem temu, kto to robi, przynajmniej u nas, na Dolnym Śląsku, bo zarząd województwa działa dopiero chyba od kilku tygodni. Będzie to musiała najprawdopodobniej zrobić kasa, a jest to bardzo istotny element, bo jak pan senator zauważył, zmienia się filozofia kontraktowania i to już nie kasa będzie decydowała, czy w Polanicy kontraktujemy, przepraszam, czterysta łóżek, tylko ma to przewidzieć właśnie ten plan. Ja się z tego bardzo cieszę, bo spada ze mnie wielka odpowiedzialność.

(Przewodniczący Jerzy Cieślak: Chciałoby się powiedzieć, że wreszcie jest plan, do którego przykładą się finansowanie, bo dotąd były to zupełnie swobodne decyzje...)

Chciałbym się jeszcze odnieść do jednej bardzo istotnej kwestii finansowej, bardzo istotnej, mianowicie do planu naprawczego. Panie Prezesie UNUZ, papier wszystko wytrzyma, możemy rzeczywiście napisać program, który się ładnie zamknie. Jako stary finansista, który widział niejedną firmę naprawczą, niejedną firmę, będę się cieszył, jak się zbilansujemy, wyjdziemy na zero i powiemy, że przestaliśmy generować stratę. Wówczas odbijemy się od dna i będziemy powoli, powiedzmy, jakoś to odrabiać. To będzie wielki sukces. Ale nie widzę takiej możliwości i nie znam takiej firmy, która odrobiłaby stumilionową stratę w ciągu tak krótkiego czasu. Dla przykładu podam, że wielki był szum w prasie, kiedy bodaj BRE ogłosił, że będzie miał 100 milionów zł straty. No to państwo sobie teraz wyobrażacie, jaka jest skala tego problemu.

Dziękuję. Jeżeli są pytania, to służę. Nie chcę mówić o szczegółach, bo nie o to tutaj chodzi.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

Pani doktor Puławska, związek zawodowy „Solidarność”.

**Przedstawicielka Sekretariatu Ochrony Zdrowia
NSZZ „Solidarność” – Region Dolny Śląsk
Joanna Puławska:**

Chciałabym państwu powiedzieć parę słów w imieniu pracowników ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku. Pan rektor już wspomniał, że są zakłady, w których nie płać przez dwa, trzy miesiące pensji – to jest prawie połowa zakładów na Dolnym Śląsku. Proszę państwa, grozi nam coś znacznie bardziej groźnego niż strajk firmy Bresco, która jest firmą cateringową i sprzątającą. Grozi nam autentyczny bunt białego personelu.

Podpisuję się pod tym wszystkim, co powiedział pan doktor Wojnar, ponieważ te postulaty były formułowane przez wszystkich, przez wszystkie związki zawodowe działające wraz z samorządami w dolnośląskim forum. Próbowaliśmy, jak mogliśmy, upominać się w jakiś pokojowy sposób o ratunek, o zwykły program kryzysowy dla Dolnego Śląska. Ale jak państwo widzicie w tej chwili, na przykład ten protest w kasie chorych, to jest coś, co wymyka się spod kontroli. I jest tak ogromny nacisk pracowników, „dołów” związkowych na to, aby po prostu przerwać pracę, ponieważ nie można pracować bez pensji. W tej chwili ci ludzie usłyszą jeszcze, że należy ich zakłady radykalnie zrestrukturyzować.

Generalnie pracownicy nie są przeciwni restrukturyzacji, ale wszystkie plany restrukturyzacyjne, które były, a było ich trzy, zakładały redukcję łóżek na Dolnym Śląsku do trzydziestu pięciu na dziesięć tysięcy mieszkańców. Wydaje mi się, że plany te nie zostały wprowadzone i budziły opór społeczny przez swój nadmierny radykalizm. Z tego, co wiem z raportu Eurostatu, średnia to jest czterdzieści dziewięć i cztery dziesiąte łóżka na dziesięć tysięcy osób, chyba są to prawdziwe dane w Polsce. Wydaje się więc, że obniżanie w takim rejonie liczby łóżek do trzydziestu pięciu na dziesięć tysięcy, to był po prostu za duży szok dla pracowników w rejonie Dolnego Śląska.

Jeżeli więc w tej chwili ma wypalić jakkolwiek program restrukturyzacyjny i jeżeli w ogóle na niego znajdą się pieniądze, to musi być on bardzo wyważony. Jeżeli urząd marszałkowski nie może sobie przez tyle lat poradzić z zamknięciem jednego szpitala Rydygiera, to co się będzie działo, jak będzie chciał zmniejszyć liczbę łóżek do wartości wskaźników ministerialnych? Przecież będzie jawny bunt i rewolucja na Dolnym Śląsku.

Program restrukturyzacyjny – jak najbardziej. My bardzo chętnie przymierzmy się do tego, również jako związki zawodowe. Ale rozsądny program, taki, który zapewnia, że każdy zwalniany pracownik będzie miał propozycję pracy w nowym zakładzie. Nie można po prostu zwolnić znowu sześć tysięcy pracowników na Dolnym Śląsku. W wielu miejscowościach szpital to jedyny duży pracodawca, który i tak nie płaci. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję, Pani Doktor.

Pan doktor Andrzej Łakota, Związek Zawodowy Pracowników Ochrony Zdrowia.

**Wiceprzewodniczący
Rady Wojewódzkiej Związku Zawodowego
Pracowników Ochrony Zdrowia we Wrocławiu
Andrzej Łakota:**

Szanowni Państwo Senatorowie, nie chcę już powtarzać tego wszystkiego, co zostało powiedziane, ale jako przedstawiciel mojej organizacji powiem to, co się nasu-

nęło również nam na szczeblu związkowym. Uważamy, że należałoby – przedstawię to jako wnioski – szybko wprowadzić ujednoczenie stawek za leczenie w Polsce, a nie czekać do 1 stycznia przyszłego roku, bo to może tylko pogłębić trudną sytuację finansową. Widzimy, że inaczej jest tu, inaczej tu, inaczej operacja migdałków kosztuje we Wrocławiu, a inaczej na przykład w Wielkopolsce.

Jeszcze jeden wniosek – była również na ten temat związkowa dyskusja – należy oddzielić od składki na ubezpieczenie zdrowotne, czyli po prostu na leczenie, koszty utrzymania struktury szpitali. Praktycznie właściciele, czyli urzędy marszałkowskie, nie mają na to pieniędzy. Bardzo dużo pieniędzy na terenie miasta Wrocławia i województwa pochłanianych jest na remonty starych, wałących się budynków z XIX wieku, nie mówiąc o akademiach medycznych. Ostatnio w prasie pokazane były nawet kliniki wybudowane w XIX wieku. I tu jest strata pieniędzy.

W związku nad tym dyskutowaliśmy również nad pomysłem, żeby umożliwić szpitalom zaciąganie kredytu bankowego na preferencyjnych warunkach. Niekoniecznie chodzi o to, żeby było to uzależnione od urzędu marszałkowskiego czy ewentualnie urzędu wojewódzkiego. Jeżeli ktoś ma mądrze rządzić, ma gospodarować, to niech gospodaruje, tak samo jak w domu – jeżeli zaciagniemy kredyt, powinniśmy ten kredyt spłacić.

I takie trzy wnioski mamy. Zresztą, według tego, co powiedział przewodniczący, może to nie są wnioski bardzo przemyślane czy może bardzo ugruntowane, ale są to wnioski, które się same nasuwają. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję panu doktorowi.

Proszę o zabranie głosu panią Elżbietę Garwacką-Czachor, przewodniczącą dolnośląskiej rady pielęgniarek i położnych.

Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Elżbieta Garwacka-Czachor:

Dzień dobry państwu.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Mówię w imieniu pracowników i przede wszystkim w imieniu prawie dwudziestu tysięcy pielęgniarek i położnych na Dolnym Śląsku. Nasza sytuacja jest tragiczna. Jesteśmy bez pensji od kilku miesięcy. Nie będę powtarzać, o co chodzi, bo większość z państwa już tutaj na ten temat mówiła. Nie możemy dłużej tak żyć. A teraz mówi się jeszcze o restrukturyzacji, o likwidacji kilkunastu szpitali, przede wszystkim węc będą zwolnione pielęgniarki i położne.

Nie mamy się co oszukiwać. Wiemy, że na Dolnym Śląsku nie ma opieki długoterminowej. Przepraszam za określenie, ale pacjenci gniją w domu, nie ma kto się nimi zająć, potrzebują naszej opieki, naszej tańszej opieki, potrzebnej społeczeństwu. Mówi się jednak o tym, że zostaniemy zwolnione i nie będziemy miały gdzie pracować i z czego żyć. Dlatego też trzeba zastanowić się nad tym, jak nas, naszą grupę zawodową, wykorzystać do tego, żeby świadczenia były kontynuowane, ale za mniejszą cenę.

Pracując w zakładach opieki zdrowotnej, bierzemy w tej chwili ogromną odpowiedzialność za to, co robimy. Nie mamy środków opatrunkowych, środków dezyn-

fekcyjnych, narażamy siebie i pacjentów na zakażenia, na przenoszenie różnych chorób. Proszę nas zrozumieć, proszę rzeczywiście pomóc ogromnej rzeszy pielęgniarek.

Większość z nas, szczególnie z Dolnego Śląska, coraz chętniej i częściej wyjeżdża za granicę – czterysta pielęgniarek przygotowuje się w tym roku do wyjazdu do Włoch; siedemnaście, nie jest to duża grupa, wyjechała do Norwegii, a trzydzieści się przygotowuje; do Holandii wyjechało dwadzieścia kilka, przygotowuje się następne pięćdziesiąt. Poza tym są indywidualne wyjazdy do Niemiec, do Irlandii, do USA, do Wielkiej Brytanii. Oczywiście podstawowym ograniczeniem jest język, ale jak tak dalej pójdzie, a coraz młodsze pielęgniarki szybko uczą się języków obcych, będziemy zamykać szpitale w całym kraju z powodu braku pielęgniarek. Dlatego naprawdę zastanówmy się, w jaki sposób możemy pomóc Dolnemu Śląskowi. Dziękuję.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję.

Proszę, pani przewodnicząca Sienkiewicz prosiła o głos ad vocem – tego wprawdzie Regulamin Senatu w odróżnieniu od regulaminu sejmowego nie przewiduje, ale nie śmiałybym odmówić pani wiceprzewodniczącej.

Proszę bardzo.

Senator Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo. Przepraszam, dalej głos będzie należał wyłącznie do państwa.

Musiałam zareagować na ten dramatyczny apel dotyczący mojej grupy zawodowej, czyli pielęgniarek, i podzielić się takim oto doświadczeniem. We Włocławku powstał, być może pierwszy w Polsce, bardzo duży niepubliczny zakład opieki zdrowotnej świadczący długoterminową opiekę pielęgniarską w domach. Zakład ten znajduje się w dzierżawionym budynku. Generuje więc wprawdzie koszt dzierżawy i stałe koszty z tym związane, ale Kujawsko-Pomorska Regionalna Kasa Chorych po króciutkim, autentycznie króciutkim, kilkudniowym zawahaniu nabyła ten produkt, czyli świadczenie długoterminowej opieki pielęgniarskiej w domu chorego. Koleżanki dojeżdżają transportem miejskim, własnym, jeżeli go posiadają, rowerem bądź dochodzą do pacjentów, do których są kierowane albo bezpośrednio z oddziałów szpitalnych u chorych rzeczywiście wymagających tej długoterminowej opieki, z powodu nowo powstałych przetok czy z najróżniejszych innych powodów – nie jesteśmy na poziomie bardzo specjalistycznej debaty – albo na podstawie skierowania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej czy lekarzy rodzinnych, bo już teraz rozszerzono ten wachlarz świadczeń.

Moja kasa nie należy do najbogatszych, mieści się mniej więcej w środku, ale jest bardzo otwarta na tego typu nowe produkty, które po pierwsze, pozwoliłyby zagospodarować pewien procent bezrobocia w tej grupie zawodowej, a po drugie pozwoliłyby obniżyć koszty leczenia szpitalnego długotrwale unieruchomionych chorych.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

Bardzo długo czekał na swoją kolej, ale się doczekał, pan senator Bielawski Janusz.

Senator Janusz Bielawski:

Dziękuję.

Panie Przewodniczący! Panie i Panowie!

Zajęcia komornicze – a ten temat zawładnął pierwszą częścią naszego posiedzenia – są niejako późnym stadium choroby nowotworowej. Jeżeli bowiem na przykład pacjentka zgłosi się do lekarza z małym guzkiem piersi i okaże się, że jest to nowotwór, to się kończy nieokaleczającym zabiegiem. Ale jeżeli się zgłosi z dużym guzem i z przerzutami do kręgosłupa, to wtedy jest sytuacja jak z zajęciami komorniczymi i z rosnącymi odsetkami zadłużenia szpitali.

Z bardzo dużą uwagą wysłuchałem różnych wypowiedzi i pragnę się do nich odnieść. Na Dolnym Śląsku, co zresztą powiedziałem na spotkaniu z ministrem Balcikiem we Wrocławiu, nie należy restrukturyzować – to jest taki eufemizm, za II Rzeczypospolitej mówiło się „redukcja”, to bardziej zrozumiałe pojęcie – a więc nie należy likwidować poszczególnych łóżek szpitalnych do takiego czy innego poziomu. Taka restrukturyzacja jest w interesie płatnika. Płatnik płaci mniej, bo szpital wyrabia mniej usług, a koszty utrzymania obiektu są takie same, więc szpital dalej popada w spiralę zadłużenia.

Czy jest za dużo szpitali na Dolnym Śląsku? Polemizowałbym z tym stwierdzeniem. Na Górnym Śląsku tych szpitali jest więcej – w tej chwili nie pamiętam dokładnego przelicznika, kiedyś taki przelicznik podałem, zresztą zwracając się w moich wystąpieniach do UNUZ.

Musimy sobie zdać sprawę, że przy tym poziomie finansowania nie jesteśmy w stanie utrzymać wszystkich szpitali na Dolnym Śląsku. Uważam, że sprawa jest bardzo delikatna. Należy przeanalizować nie liczbę ludności itp., ale to, co konkretny szpital robi i jakie jest w nim obłożenie. Zdaję sobie sprawę z tego, że na przykład operacja wyrostka, jako pewna procedura, inaczej będzie kosztować w dużym szpitalu, a inaczej w takim małym szpitalu, gdzie wykonuje się, powiedzmy, dziesięć operacji tygodniowo, a szpital ma cztery oddziały operacyjne. Taka liczba zabiegów w dużym szpitalu nie będzie odczuwana jako specjalne obciążenie. To, że społeczeństwo jest przywiązane do szpitala, to prawda, zresztą tutaj te sprawy były dość dokładnie nasświetlone. Musimy sobie jednak zdać sprawę z tego, że likwidujemy poszczególne jednostki szpitalne nie dlatego, że ich jest za dużo, tylko dlatego, że nie jesteśmy ich w stanie za te pieniądze utrzymać.

Tutaj najgorszym, że się tak wyrażę, stwierdzeniem było to, że w służbie zdrowia na Dolnym Śląsku procedury były wielokrotnie zaniżane i w tej sytuacji szpitale rzeczywiście musiały popadać w zadłużenie. Dla mnie jest to bardzo dziwne. W swoich wystąpieniach senatorskich dwukrotnie zwracałem się z tym do UNUZ – podówczas UNUZ rządził pan Michał Żemojda – i wszystkie odpowiedzi były bardzo wykrętne, widocznie taki był styl udzielania odpowiedzi. Na jedno z tych moich wystąpień otrzymałem, w dużym skrócie, odpowiedź, że chęć realizacji przez świadczeniodawcę wszystkich świadczeń osobom zgłaszającym się do niego nie stanowi wystarczającej przesłanki do finansowania przez kasę chorych wszystkich wykonanych świadczeń. I dalej napisano, że te wszystkie przepisy, które obowiązują w tej chwili w ochronie zdrowia, nie wprowadzają pojęcia limitowania świadczeń przez świadczeniodawców i takie limitowanie nie może mieć miejsca. Na świadczeniodawcy zaś ciąży bezwzględny obowiązek udzielania pomocy ubezpieczonemu wynikający z przepisów

ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a także z przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Oznacza to, że nie można mówić o limitach ilościowych, a jedynie o ograniczeniach kwotowych, w ramach których kasa chorych kontraktuje świadczenia zdrowotne.

Piękne wyjaśnienie – ty musisz leczyć, a my ci za to nie zapłacimy. I wielokrotnie pacjent w ten sposób jest traktowany przez lekarzy – jak się zgłasza z odpowiednią chorobą, to od razu wiadomo, że przyniesie tylko stratę, a nie, broń Boże, zysk.

Jeszcze wróć do śląskiej kasy chorych. W Senacie odbyło się na początku marca bieżącego roku...

(Głos z sali: Ubiegłego.)

Ubiegłego, przepraszam, mamy dopiero luty. Odbyło się wtedy takie posiedzenie naszej komisji, na którym pan Michał Żemojda stwierdził, że w tym dniu śląska kasa chorych posiada na depozytach, na lokatach terminowych – drobiazg – 462 miliony zł. Teraz, pod koniec roku, okazało się, że są strajki, że są długi. Przepraszam najmocniej, ja już jestem starym człowiekiem, wiele rzeczy pamiętam, ale łąza się w oku kręci za tym, że ktoś w dawnych czasach, za PRL, był skazywany za sabotaż, bo tego inaczej nie mogę nazwać.

I teraz znów ten problem, nad którym debatujemy już kilka godzin. Sądzę, że musi się znaleźć rozwiązanie. Wróć do tego mojego przykładu z przerzutami nowotworowymi: nie możemy dopuścić do tego, żeby ochrona zdrowia na Dolnym Śląsku, a zwłaszcza szpitalnictwo, się zawaliła. Ponadto pragnę zauważyć, że w aktualnie obowiązujących przepisach o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym pacjentowi, który trafia do szpitala, należy się wszystko. Trzeba wreszcie powiedzieć otwarcie: należy się to, to, to i to, a to się nie należy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

Informacja dla senatorów, członków komisji. Proszę państwa, mamy kolejne posiedzenie komisji zapowiedziane na godzinę 16.00 w sprawie ustawy azbestowej, mówiąc umownie. Biorąc pod uwagę przebieg tej dyskusji i fakt, że minęły czasy, kiedy uchwały przygotowywało się przed zebraniem i posiedzeniem, chcę poinformować, że na naszym dwuosobowym prezydium komisji spoczywać będzie obowiązek przygotowania projektu uchwały Senatu, a mamy na to bardzo niewiele czasu. Dlatego informacja dla pań i panów senatorów: nie będę musiał kończyć tego posiedzenia, ale będę musiał ogłosić kilkugodzinną przerwę, żebyśmy o godzinie 16.00 mogli zapoznać się spokojnie ze sprawą, przedyskutować ją, przegłosować, wprowadzić do projektu uchwały zmiany. Naszych gości niekoniecznie będziemy fatygować, ponieważ wszyscy państwo obecni dzisiaj na posiedzeniu otrzymacie do wiadomości tę uchwałę, żeby wiadomo było, jaki jest efekt posiedzenia.

Zapraszam do współpracy. Mam nadzieję, że pani minister Kralkowska się zgodzi i pan prezesa UNUZ także. To pewnie ułatwiłoby nam decyzje i je przyspieszyło.

Po tym zakończymy formalnie to posiedzenie i rozpoczniemy kolejne około godziny wpół do piątej, z pewnym opóźnieniem, za co przepraszamy naszych gości zaproszonych do debaty na tamten temat. Drugie posiedzenie poświęcone będzie już legislacji.

Pani senator Krzyżanowska prosiła o głos.

Pan senator Religa prosił o głos, czy sygnalizował zamiar opuszczenia pomieszczenia służbowego?

(*Senator Zbigniew Religa*: Nie, nie. Prosiłem o głos.)

O głos, dobrze.

Pani senator Krzyżanowska była pierwsza.

Senator Olga Krzyżanowska:

Ja też postaram się krótko.

Proszę państwa, co z dzisiejszego spotkania ma wynikać? To, że Senat, komisja senacka, podejmie uchwałę – mam nadzieję, że tak. Ale z uchwały, przypuszczam, żadne szybkie, dramatyczne kroki nie wynikną, dlatego że my po prostu nie mamy władzy dawania pieniędzy albo rozwiązywania szpitala. Obawiam się więc, że ta uchwała ani państwa nie zadowoli, ani nie rozwiąże problemu.

Chciałabym właściwie powiedzieć tylko krótko o trzech sprawach. Rozumiem, że nie mamy na to już dzisiaj czasu, ale ja ciągle nie bardzo jeszcze rozumiem, dlaczego właśnie na Dolnym Śląsku jest tak źle. To nie jest, broń Boże, zarzut wobec państwa, nie, ale błędy tam popełnione... Nie błędy, pewne zdarzenia, przepraszam, naprawdę nie chciałam użyć słowa „błędy”, zdarzenia wynikające z działalności kasy, placówek, ministerstwa, ustawodawcy... Może, jeżeli rozpoznalibyśmy te przyczyny – rozumiem, że nie w tej chwili – pomogłoby to nam zapobiec temu, żeby nie szło to dalej, ani na Dolnym Śląsku, ani w innych rejonach, bo wygląda na to, że to narasta.

Czy jesteśmy dzisiaj w stanie w obecności ministerstwa dać jakiegokolwiek obietnice... może nie obietnice, ale w każdym razie wyznaczyć jakiś kierunek, zastanowić się, co zrobić w tej dramatycznej sytuacji? Przepraszam za to, co powiem, ale siebie też tym obciążam. Otóż w tej chwili nie widzę właściwie, żeby ktokolwiek z nas, ani my jako komisja, ani ministerstwo, poza stwierdzeniem, że jest źle – a wiemy, że jest źle, państwo wiecie jeszcze lepiej – coś takiego powiedział, no nie wiem: zbiórka pieniędzy, ministerstwo czy pan minister robi to i to. Na litość boską, to nie może się tak skończyć, przepraszam, że my sobie dzisiaj powiemy, że jest źle, bo o tym i my wiemy, i państwo wiecie. Przepraszam, ale nie słyszę tutaj, ani z naszej strony, ani z państwa strony, ze strony ministerstwa, naprawdę niczego konkretnego.

I ostatnia taka kwestia, może już bardziej ogólna. Chciałabym usłyszeć – może rzeczywiście nie dzisiaj, bo to jest zbyt gorący temat w tym dramatycznym okresie przejściowym, myślę, że może na następnym posiedzeniu komisji – co się będzie działo z kontraktami. Czy będą do końca roku podpisane na tych samych zasadach? Bo będziemy się z tym stykać. Proszę państwa, co z ujednoczeniem kontraktów? Jak szybko dostaniemy ten materiał? Jak dostaniemy to na koniec roku, to znowu się obudzimy – nie chcę brzydko powiedzieć – za późno. I musimy, już mówię trochę na przyszłość, zdawać sobie sprawę z tego, że w tym przejściowym okresie będą jeszcze dodatkowe kłopoty, oprócz tych, które mamy dzisiaj – placówki służby zdrowia będą zdezorientowane, państwo jako płatnicy i ci, którzy muszą odpowiadać, będą zdezorientowani, pieniędzy nie przybędzie. Przecież musimy to sobie jasno powiedzieć. Budżet jest, jaki jest i wszelkie obiecywanie, że będzie więcej pieniędzy wydaje się...

Już kończąc, chciałabym powiedzieć, że jeżeli chodzi o Dolny Śląsk, to powinny być podjęte jakieś dramatyczne kroki – mówię tu o rządzie jako takim i minister-

stwie, bo to jest sytuacja dramatyczna dla pacjenta, dramatyczna dla służby zdrowia i dramatyczna dla kraju, a będzie na nas. Dziękuję.

(Przewodnictwo obrad obejmuje zastępcę przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz)

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Religa, a później poproszę panią minister Ewę Kralkowską o ustosunkowanie się do dotychczasowych wypowiedzi.

Nasza uchwała, którą po przerwie zaproponujemy członkom komisji, będzie zmierzająca jednak do przerywania tego pasma niemocy, ale nie chciałabym uprzedzać faktów.

Bardzo proszę, pan senator.

Senator Zbigniew Religa:

To nie jest głos w dyskusji, to jest pytanie... Och, nie mogę się zapytać pani minister Trenkner, bo wyszła...

(Głos z sali: Ale powróci.)

Powróci, ale nie będzie słyszała mojego pytania. To może jednak pytanie do rządu.

Pytanie jest proste. Mamy opis przypadku tragicznego, a nie jest określona etiologia. Chciałbym jednak nazwać przyczynę wyjściową tego stanu, w którym jest ochrona zdrowia w Polsce. Najgorzej jest na Dolnym Śląsku, ale wszędzie jest źle. Wy jesteście najgorsi – w cudzysłowie, oczywiście. Dla mnie bardzo ważna jest odpowiedź na to pytanie, co jest pierwotną przyczyną.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Bardzo proszę.

Wicestarosta Powiatu Oleśnickiego

Henryk Sarnowski:

Pani minister była uprzejma wspomnieć, że pracuje się nad możliwością oddłużenia. Proszę państwa, trzeba nam pomóc, już więcej nie mamy szans bez pomocy rządu poręczać kredytów. Ale przy specjalnej ustawie, moim zdaniem, kiedy można by to rozłożyć na lata, na dwadzieścia, może trzydzieści lat, możemy poręczać takie kredyty i wówczas byłaby jakaś szansa na oddłużenie. W tej chwili jest to najpilniejsza sprawa. My sobie na bieżąco już jakoś będziemy próbować radzić, pod warunkiem jednak, że stawki co nieco wzrosną. Dziękuję, tylko tyle.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

Jeszcze jedno pytanie pani senator i wtedy już byłaby rzeczywiście sposobność przejścia do etiologii, diagnozy itp.

Senator Aleksandra Koszada:

Dziękuję.

Chciałabym bardzo mocno poprzeć mojego przedmówcę, ponieważ jest bezwzględna konieczność zablokowania narastania długu. Dojdziemy bowiem do takiej sytuacji, że już nic nie pomoże.

(*Głos z sali:* Doszliśmy.)

Doszliśmy, fakt, ale jeszcze niektórzy jakoś tam funkcjonują, za moment jednak wszyscy będą w takiej samej sytuacji. Część szpitali zrobiła sporo, bilansują się, ale w tym momencie cały czas dług narasta poprzez obsługę zadłużenia. I przyznam się, że oczekiwałam, że już będzie jakiś projekt w tej sprawie, bo tu chodzi dosłownie o dni i godziny. To jest sprawa naprawdę bardzo pilna. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:

Dziękuję bardzo.

W tej sytuacji, kiedy bomba tyka, bardzo proszę panią minister zdrowia o ustosunkowanie się do wypowiedzi.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Ewa Kralkowska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Naturalnie nie odpowiem na wszystkie pytania w sposób zadawający, bo nie ma panaceum. Powiedziałabym, że czuję się jak studentka na egzaminie, ale o etiologii spróbuję powiedzieć, Panie Profesorze, bo to jest niezwykle ważna rzecz.

Mówiąc ogólnie o sytuacji na Dolnym Śląsku i zdając sobie sprawę z tego, że być może sprawiam państwu pewną przykrość, powiedziałam kilka zdań na temat tego, jak z naszego punktu widzenia wygląda sytuacja, co z tego wynika i dlaczego akurat Dolny Śląsk znalazł się w trudniejszej sytuacji od innych województw. Inne też są w trudnej sytuacji, tyle że stopień trudności jest różny. Cztery województwa są w sytuacji szczególnie trudnej, a państwo z dolnośląskiego w najtrudniejszej, ale są i województwa, które w tak trudnej sytuacji nie są. Nie chciałabym w tej chwili stopniować, bo to nie jest ważne. Myślę, że trzeba będzie tę etiologię rozpoznać w sposób precyzyjny, zgadzam się, Panie Profesorze, że to trzeba zrobić, ale w tej chwili nie odważyłabym się na wygłaszanie zdań na ten temat. Myślę jednak, że resort jako instytucja odpowie na pytanie pana profesora.

Co do postulatów, które płyną od państwa i które państwo przekazujecie, to rzeczywiście, związki zawodowe, samorządy terytorialne, samorządy zawodowe występują do nas od dłuższego czasu z licznymi postulatami. Najwięcej tych postulatów płynie z Dolnego Śląska, ale – przepraszam, że znowu będę mówiła otwarcie – są to postulaty typu: żądamy, żeby ktoś nam dał, żądamy, żeby ktoś za nas zrobił to czy tamto. Ja przejaskrawiam w tej chwili, ale tak to wygląda. Niestety, nikt nie zdejmie z województwa dolnośląskiego ciężaru odpowiedzialności za to, co się dzieje na Dolnym Śląsku. Wszyscy inni mogą tylko pomóc, ale program i pomoc musi się na czymś opierać. I ważne jest to, co powiedziała pani minister Wasilewska: nie ma narzędzi prawnych, żeby nagle przekazać pieniądze jednostkom, szczególnie jednostkom samorządowym.

Istnieje zaś możliwość przekazania pieniędzy na pewne określone zadania. Musi istnieć powód, żeby można było przekazać pieniądze, które są w tym roku zapisane w budżecie na restrukturyzację zatrudnienia. To region, to województwo musi wystąpić w tej bardzo kryzysowej sytuacji, bardzo awaryjnej sytuacji z bardzo konkretnymi pomysłami działań restrukturyzacyjnych. Wówczas można próbować w sposób bardzo szybki uruchomić pieniądze na konkretny cel. Ale, powtarzam, na konkretny cel.

Jak państwo wiecie, w zeszłym roku oceniliśmy wykonanie programów restrukturyzacyjnych. Taką ocenę wykonał także NIK. Zarzuty NIK były takie, że w bardzo wielu jednostkach – nie mówię akurat o państwa regionie, tylko o generalnej ocenie w Polsce – pieniądze przeznaczone zostały nie na ten cel, który określony był w programie restrukturyzacyjnym. I to powoduje, niestety, bardzo złe skutki dla tych, którzy tak wydali pieniądze – skutkiem tego jest odcięcie na trzy lata od środków publicznych. Z takich różnych konsekwencji też trzeba sobie zdawać sprawę.

I chciałabym odnieść się do tego, co powiedziała pani senator Sienkiewicz. Restrukturyzacja to nie jest równoważnik zwolnienia, to jest błędne pojęcie restrukturyzacji. Restrukturyzacja oznacza, że trzeba znaleźć inne miejsca pracy, inne sposoby udzielania świadczeń, inne sposoby przepływu środków finansowych przez kasę. Przykłady takich działań w Polsce są i takie działania można na Dolnym Śląsku wprowadzić, naturalnie z ogromnymi kłopotami, ale myślę, że sprzeciwów społecznych aż takich dużych by nie było, jeżeli się pokaże sposób wyjścia z tej sytuacji. Jesteśmy otwarci na to, żeby pomóc, ale nie możemy, nie mamy żadnych prawnych narzędzi, proszę państwa, żeby minister zdrowia czy przedstawiciel urzędu ministra przyjechał na Dolny Śląsk i osobiście powiedział, co należy zrobić, jak należy sterować. Minister nie ma takich kompetencji.

Teraz w sprawie oddłużenia. Nie chciałabym tutaj... Będę jeszcze prosiła panią minister Wasilewską, żeby też kilka słów na ten temat powiedziała. Ale powiem tak: trwają prace na ten temat, pracuje jeden zespół międzyresortowy, drugi zespół, w którym bezpośrednio współpracuje minister zdrowia z ministrem finansów. Proste oddłużenia nie będzie – taka jest decyzja rządu, nawet nie decyzja, po prostu jest to podyktowane realiami. Znalezienie metod, które ewentualnie pomogą jednostkom, wymaga ogromnej pracy logistycznej. Taka praca jest potrzebna, żeby to w ogóle można było zrobić.

Jeżeli mogę, chciałabym prosić panią minister Wasilewską, żeby była uprzejma dodać jeszcze coś w tej kwestii.

(Przewodnictwo obrad obejmuje przewodniczący Jerzy Cieślak)

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję, Pani Minister.

Wcześniej prosiła jeszcze o głos pani doktor Puławska, być może odpowiedź będzie kompleksowa.

**Przedstawicielka
Sekretariatu Ochrony Zdrowia
NSZZ „Solidarność” – Region Dolny Śląsk
Joanna Puławska:**

Króciutko. Być może rzeczywiście jako region przy tej restrukturyzacji zrobiliśmy błędy. Pamiętam, że pracując w Komitecie Sterującym, też miałam wrażenie, że te

pieniądze powinny iść rzeczywiście na restrukturyzację, a nie na zakup sprzętu. Takie wrażenie też miałam. A te plany nie przysły tak sobie, wynikało to z różnych względów, między innymi z politycznych rozgrywek – i to wiem.

Jednej rzeczy jednak nie mogę wybaczyć, i to bardziej chyba UNUZ: wielokrotnie pisaliśmy, że według nas ta kasa funkcjonuje źle, że ten pomysł nielimitowania świadczeń, zaniżania, że ten *fanholding* stymuluje nadmierną hospitalizację, ale nikt nas nie słuchał. Jeszcze od pana ministra Łapińskiego we Wrocławiu słyszeliśmy, że to jest świetna kasa chorych. Więc jak my się teraz czujemy? Naprawdę zwracaliśmy państwu na to uwagę i nikt nie zareagował.

Nie chcę, żeby ktoś uważał, że jesteśmy na tym Dolnym Śląsku jakąś bandą nieudaczników, którzy nie umieją gospodarować. Bo tak nie było i nie jest. Proszę państwa, pracowaliśmy ciężiej od wszystkich, bo żeby zarobić na leczenie ciężko chorego pacjenta, trzeba było przyjąć dwóch następnych mniej chorych i w związku z tym pracowaliśmy przez te lata jak szaleni, a mimo wszystko zbankrutowaliśmy. I to była wina kasy.

Jeżeli więc w ogóle diagnozować sytuację, podawać przyczyny, to według nas – choć może się mylimy – na pierwszym miejscu jest to, co z nami zrobiła kasa, system kontraktowania świadczeń, a restrukturyzacja też oczywiście miała na to wpływ, zgadzamy się z tym.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

**Prezes Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych
Maciej Tokarczyk:**

Słowo ad vocem, oczywiście.

Pierwszy zarząd komisaryczny rozważany był faktycznie w listopadzie 2001 r., kiedy akurat w dolnośląskiej kasie chorych wyniki finansowe zaczęły się poprawiać, co prawda w związku z superkorektą, ale się poprawiały. Nałożył się na to samorządowy program, który wtedy powstawał. Było wiele pism na temat tego, w jaki to sposób będzie przeprowadzana restrukturyzacja w województwie, ale jak mówię, pierwszeństwo w podejmowaniu decyzji ma oczywiście właściciel i samorząd. Wyniki finansowe są w tym momencie do obejrzenia. Początek programu restrukturyzacyjnego i kolejny program naprawczy, w ramach którego było to tworzone, dawał nadzieję na poprawę sytuacji finansowej w kasie chorych, a po stronie świadczeniodawców dawał nadzieję na zmiany wyrażane wtedy w tysiącach łóżek. Ale niestety, tak naprawdę dramat się zaczął jesienią, kiedy program naprawczy nijak nie pasował do wyników finansowych zapisanych w powstającej sprawozdawczości.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, próbuję sobie naszkicować konstrukcję uchwały, którą za kilka godzin, czyli już niedługo, będziemy musieli przygotować i przyjąć na posiedzeniu komisji. W ogóle te wszystkie funkcje, a szczególnie na przykład funkcje dyrektorów, byłyby bardzo przyjemne, bo to i dwa telefony, i sekretariat, gdyby nie jedna rzecz:

trzeba podejmować decyzje. I to jest najgorszy element funkcji i stanowisk. Otóż w komisjach też musimy podejmować decyzje.

Chcę państwu powiedzieć, że nasza uchwała nie może mieć formy broszurowej, nie może być broszurką na temat tego, o czym dzisiaj rozmawialiśmy, bo to nie o to chodzi. Nie chcielibyśmy, żeby była to uchwała ogólnikowa – jedna strona maszynopisu zapisana tylko kilkoma hasłami. I stąd kłopot. Chcemy zawrzeć w niej informacje o sytuacji, bo to powinno być w uchwale, inaczej jakieś sugestie rozwiązań byłyby bezprzedmiotowe. Jeżeli bowiem nie uzasadnia się w uchwale, dlaczego... Chcemy również pokazać, jaka była droga tych województw do stanu, w którym się dzisiaj znalazły, i wreszcie zaproponować jakieś rozwiązania, które dałyby doraźne efekty, a potem program krótko- i średnioterminowy. Tak o tym musimy mówić. Mówiłem na kolegium ministra zdrowia, żebyśmy nie mówili o miesiącach, bo znam nastroje pracowników służby zdrowia na Dolnym Śląsku. Powiedziałem, żebyśmy mówili o tygodniach, ale nie o miesiącach, bo to niczego nie załatwi, nawet w sensie psychospołecznym.

Ale do sporządzenia tej ostatniej, najistotniejszej być może części uchwały brakuje mi jeszcze jednej rzeczy. Brakuje mi odpowiedzi pani minister Wasilewskiej-Trenkner, z którą wymieniliśmy kilka uwag na korytarzu, nie powiem, że po starej znajomości, ale myślę, że w sposób szczerzy. Muszę powiedzieć, że w ciągu tych dziesięciu lat jeszcze nie widziałem tak przygnębionej pani minister, jak po wysłuchaniu tego, co mieliśmy do powiedzenia na dzisiejszym posiedzeniu komisji, ale pytanie do pani minister muszę skierować.

Dotąd mówiła pani minister, czego nie można zrobić, czy to z przyczyn formalnoprawnych, czy to z przyczyn ekonomicznych. Pytanie moje brzmi inaczej: co zdaniem pani minister w tej sytuacji zrobić można? I prosilibyśmy o odpowiedź na to pytanie.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Finansów

Halina Wasilewska-Trenkner:

Trudno, Panie Przewodniczący, tak popatrzyłam z nadzieją, że może jeszcze komuś udzieli pan głosu i się uda, ale jak nie ma innej rady...

(Przewodniczący Jerzy Cieślak: Przeczytałem się.)

To jest ta dobra strona bycia przewodniczącym komisji. Ale już zupełnie szczerze i zupełnie na temat.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo! Szanowni Panowie i Panie!

Wydaje mi się, że pani marszałek, mówiąc tutaj, że nie znamy przyczyn, nie możemy dobrze ustalić przyczyn, że należy zdiagnozować przyczyny, sięgnęła do sprawy, która większości z państwa jest doskonale znana, bo jesteście lekarzami. Finansiści rozumują podobnie: postawić diagnozę to jedno, ale żeby postawić dobrą diagnozę i znaleźć sposób przeciwdziałania, trzeba przede wszystkim określić przyczyny.

Jak się słuchało dzisiaj tego, o czym państwo mówili, to trudno było się oprzeć wrażeniu – i proszę mi darować, że podzielę zdanie pana senatora Bielawskiego – że to wygląda jak sabotaż. To wygląda jak sabotaż. Kto to zrobił? Mniejsza o to, w tej chwili, powiedzmy, że nie będziemy tego dochodzić. Ale to trzeba będzie kiedyś wyjaśnić. Pytanie, czy to był tylko system i nałożenie się na niego wyjątkowo złej i wyjątkowo trudnej topografii zakładów opieki zdrowotnej na Dolnym Śląsku. Być

może tak było, a podjęcie decyzji z różnych powodów, kalendarza, polityki, ekonomii, było bardzo trudne.

Teraz jesteśmy w takiej sytuacji, że należałoby podjąć decyzję o bardzo szybkim działaniu. Bardzo szybkie działanie to jest działanie pozwalające wykorzystać część rezerwy, którą dysponuje minister zdrowia, a więc 60 milionów zł, ale warunkiem – i proszę dobrze nas wszystkich zrozumieć – jest taki sposób czy deklaracja takiego sposobu wydatkowania pieniędzy, który nie będzie prowadził do powstania dalszego zadłużenia, raczej będzie hamował zadłużenie i nie będzie rodził następnego.

Z tym wiąże się nasza, ministra finansów, propozycja. Wiem, że jest to propozycja niewygodna i trudna. Minister zdrowia pracuje nad siecią szpitali, które muszą pozostać na mapie, bo są niezbędne, i takich, które mogą pozostać, bo poprawiają ogólny poziom opieki zdrowotnej, ale nie są niezbędne. Może w tym okresie bardzo wyjątkowego ratunku te środki przede wszystkim wdrożyć w tych szpitalach, które jak gdyby zajmują ostatnie miejsca na tej liście, nie są niezbędne, i tam próbować szukać pewnych oszczędności. I to jest trudne, ale naszym zdaniem nie można likwidować tylko części łóżek czy oddziałów w szpitalu. Jeżeli podejmujemy taką decyzję, to trzeba likwidować całą jednostkę, bo każda jednostka i każda działalność ma koszty bieżące i ma koszty stałe. Jeżeli likwidujemy część łóżek czy oddział, ale pozostaje cała reszta, to prawdę mówiąc, pozostałe usługi, które są świadczone w tym szpitalu czy w tej instytucji, są po prostu droższe. I tu jest problem.

Trzeba zatem wytypować kilka takich jednostek, które z całą rozważą można zlikwidować, można przenieść. Z tego, co państwo mówią, i z tego, co słychać, wynika, że część szpitali jest już tak rozrzedzona, że tak powiem, że można dokonać konsolidacji. Można wreszcie wykorzystać te nowe szpitale, które będą za chwilę gotowe. To jest jedna sprawa.

Sprawa druga to długofalowy program wychodzenia tej części kraju z przeraźliwej zapaści. I znowu jest tak... Proszę mi darować, że trochę drętwieję, wyobraźni mi nie starcza, kiedy łączę niektóre wiadomości o charakterze demograficzno-epidemiologicznym z tym, o czym mówimy od strony ekonomicznej i finansowej. Dolny Śląsk to z wielu powodów nie jest łatwy teren, jeśli chodzi o zachorowalność. Zachorowalność w niektórych częściach tego województwa jest najwyższa w Polsce, jest to udowodnione, ma to wieloletnią złą tradycję, powiedziałabym nawet, że wiekową, ale powiedzmy, że tylko wieloletnią. To się wiąże z tym, co ma w sobie ziemia na Dolnym Śląsku – rudy uranu, węgiel brunatny – i z kilkoma innymi tego typu sprawami. Wiem, Panie Marszałku, że nie każdy żyje źle, niektórzy są wybrańcami fortuny i żyją dobrze, ale mówimy o przeciętnych ludziach. Dlatego pewnie bardzo trudno będzie na terenie Dolnego Śląska zbudować ów program ochrony zdrowia, o którym mówi Narodowy Fundusz Zdrowia. Będzie to bowiem program różnicowany i może się okazać, że w niektórych miejscach będzie to dość kosztowne. Oznacza to po prostu, że trzeba będzie inaczej potraktować Dolny Śląsk w transferach środków, niż miało to miejsce dotychczas. I to jest ta kolejna sprawa.

Ale jest też kilka spraw drobnych. Muszę powiedzieć, że w niektórych sytuacjach państwo zachowują się tak – proszę wszystkich, żeby mi wybaczyli – jakbyście chcieli specjalnie zapeszyć, wykukać, że na pewno będzie źle. Ot, dla przykładu: wiadomo, że jak wejdzie w życie Narodowy Fundusz Zdrowia, to będzie on korzystał z przywilejów, z których nie korzystały kasy, przywilejów przewidzianych dla jedro-

stek sektora finansów publicznych. Spowoduje to, że komornik nie będzie mógł zabrać całości środków, będzie mógł zabrać część. I co się dzieje na internetowym portalu ministra zdrowia? Zawiadomienie o tym już się tam znajduje. Co to znaczy? To znaczy, że zaraz pojawią się komornicy. Gdybym ja była komornikiem, to jeszcze dziś stanęłabym w kolejce do pana dyrektora i starała się zająć jego konto, bo za chwilę nie będę mogła odzyskać własnej wiarygodności.

(Głos z sali: Ale my się potrafimy bronić.)

Panie Rektorze, wiem, że państwo potrafią się przed tym bronić – zupełną nieobecnością pieniędzy na kontach. Wiem, jak się przed tym bronić, ja też czasami muszę bronić budżetu w ten sposób. Ale jest to, jak powiadam, zupełnie jak zaproszenie. Taka informacja jest prawdziwa, ale jest to jak gdyby mobilizowanie sił przeciwko temu, co zamierzamy zrobić. Podobnie jak opowiadanie o tym, że trzeba będzie zamknąć szpitale, nie mówiąc nic konkretnego, zanim władze województwa, samorządowe i rządowe, oraz UNUZ i minister zdrowia dokładnie będą wiedzieli kto i co. Trzeba to wiedzieć, ale trzeba też do ostatniego momentu bardzo dokładnie trzymać w tajemnicy, które to zakłady, i potem to obwieścić, kiedy to już będzie konieczne, a nie z zapasem mówić, że może ten, a może tamten, a może ów, a to się tam dzieje itp. I to są takie uwagi na marginesie.

I jeszcze jedno, jeśli, Panie Przewodniczący, pozwoli pan na pewną sugestię. Bardzo trudno będzie napisać tę uchwałę. Proponuję, żeby pan zechciał skorzystać czy państwo zechcieli skorzystać z możliwości załączenia do uchwały aneksu, w którym można zapisać pewne elementy faktograficzne. Sama uchwała może być już wtedy bardziej zwarta.

A wracam do sprawy, czyli krótkookresowego ratunku, ale ratunku już sterowanego. Proponowaliśmy UNUZ między innymi rozważenie – przyznaje się do tego minister finansów – aby ewentualnie zastanowić się nad tym, żeby kasa chorych na Dolnym Śląsku w pierwszym rządzie zaczęła finansować szpitale, które są niezbędne do utrzymania z punktu widzenia ochrony zdrowia ludzi. Ale minister finansów nie wie, które to są szpitale. I to jest to, o czym w tej chwili możemy mówić. Wszystkie te doraźne działania można zrobić, nie uciekając się do zmian legislacyjnych. Jedyne będzie musiał być zatwierdzony przez Radę Ministrów program naprawy, bo na tej podstawie wolno ministrowi zdrowia dysponować rezerwą restrukturyzacyjną, a ministrowi finansów ją przekazywać.

Drugim elementem jest ten długofalowy program działania, ale to już jest kwestia, która będzie sprawą Narodowego Funduszu Zdrowia, czyli inaczej będzie to działało. Dziękuję.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, może być tak, że będzie generalny strajk pracowników służby zdrowia w Polsce. Jesteśmy dzisiaj otoczeni paradoksami, które nawet w pewnym momencie przestajemy dostrzegać. Oto kasy chorych – dolnośląska, lubuska, pomorska, łódzka – mają problemy. Te ostatnie idą w kierunku sytuacji, która na Dolnym Śląsku już się wydarzyła, i stąd ta jak gdyby prewencyjna dyskusja na ten temat dzisiaj na posiedzeniu komisji. Po wprowadzeniu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia będą oczywiście oczekiwać przemieszczenia, nie

natychmiastowego, bo tego zrobić nie można, ale powolnego przemieszania środków z tych zamożniejszych regionów do mniej zamożnych, żeby stawki za procedury medyczne stały się bardziej porównywalne i w sposób racjonalny uzasadnione. No tak, ale już dzisiaj mamy lobbing tych zamożnych kas. Przecież, proszę zwrócić uwagę, że już ośrodki telewizyjne z tych regionów włączyły się w sprawę i chcą bronić niezłych warunków w tamtych regionach – niezłych, bo takich bardzo dobrych to nikt nie ma, żadne województwo w Polsce. I tamta służba zdrowia będzie skłonna strajkować pod tym hasłem, żeby na Dolny Śląsk, do Lubuskiego i innych kas nie przemieszczać środków. Równocześnie będą strajkowali pracownicy na Dolnym Śląsku i będą szli w tym samym strajku, tylko będą chcieli, żeby przemieszczać. Przecież to już przekracza granice takiej zdroworozsądkowej analizy. A generalnie to będzie strajk pracowników służby zdrowia w Polsce, chociaż będą sprzeczne postulaty w tym środowisku. Dochodzimy już do jakichś granic społecznego absurdu.

Proszę państwa, jest jeszcze jedno pytanie do pani minister i bardzo mi zależy na odpowiedzi, ponieważ kilkakrotnie rozbijaliśmy się właśnie o ten problem. Uruchamiamy z tych skromnych, biednych 60 milionów zł, które ma minister na uzasadnione programy restrukturyzacyjne, program spełniający pewne warunki, dający oszczędności, w którym niezbędne koszty zostały dobrze policzone, a rachunek symulacyjny jest rzetelny. Uruchamiamy więc pieniądze i dobrze, likwidujemy, jak pani minister mówi, a nie ograniczamy funkcji określonego szpitala w Polsce. Ale organ założycielski tego szpitala istnieje, ma jakąś nazwę, jest miejscem na mapie, a ten zlikwidowany szpital ma 8 milionów zł długów. Organ założycielski to zadłużenie powinien przejąć, pokryć na przykład obligacjami, tak jak to zrobił kiedyś powiat zgorzelecki, który likwidował szpital w Bogatyni. Ale szpital w Bogatyni się odrodził jako szpital gminny. W związku z tym Zgorzelec ma do zapłacenia 5 milionów 800 tysięcy zł, kopalnia i elektrownia utrzymują szpital czterooddziałowy, właśnie otworzyły OIOM, a w CITO jest tomograf komputerowy.

Czyli powstaje pytanie: co z zadłużeniami, czy mają je przejąć organy założycielskie? W moim przekonaniu – nie. Znamy kondycję powiatów, znamy kondycję samorządu wojewódzkiego, wiemy, jakimi środkami dysponują, można to bardzo łatwo porównać, wpisując w jednej rubryce środki, jakimi dysponuje samorząd województwa dolnośląskiego, a w drugiej środki, jakimi dysponuje samo miasto Wrocław jako samorząd stopnia podstawowego. I jeśli porównamy te dwie wielkości...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie, mówię w ogóle o środkach, Panie Marszałku, mówię o środkach, jakie ma do dyspozycji samorząd województwa i samorząd miasta Wrocławia, nie chodzi tylko o ochronę zdrowia. Już widać, jakie są możliwości tych samorządów. Prosiłbym więc o odpowiedź na to pytanie. Jeżeli pani minister nie ma gotowej odpowiedzi, to przynajmniej proszę o sugestie w tym kierunku. Gdzie powinniśmy poszukiwać rozwiązania tego problemu? Dziękuję bardzo.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Finansów
Halina Wasilewska-Trenkner:

Panie Przewodniczący, szpital można zamknąć albo zlikwidować – wbrew pozorom to wcale nie jest to samo od strony prawnej. Szpital można zamknąć, nie przyjmując do niego pacjentów, wygaszając działalność i na przykład remontując budynek

albo szukając jego potencjalnego nabywcy, a można zlikwidować instytucję pod tytułem szpital, co rodzi inne następstwa prawne. Przepraszam bardzo, ale jeśli powiedziałbym, że należy zamknąć szpitale, mogliby państwo nie zrozumieć, że chodzi o faktyczną likwidację działalności, bez likwidacji firmy, bo wtedy ma to zupełnie inne następstwa o charakterze prawnym.

Przepraszam, Panie Przewodniczący, wszyscy tu siedzący to wiedzą.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Dziękuję bardzo.

Myślę, że wszyscy jesteśmy już troszkę zmęczeni kilkoma godzinami spędzonymi w tej sali...

Nie, pani minister nigdy nie jest zmęczona, to wiem. Proszę.

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Finansów Halina Wasilewska-Trenkner: Jeżeli zamkniemy szpital, nie likwidując go, to jeszcze nie ma obowiązku płacenia zadłużenia.*)

Myślałem, że wszyscy zrozumieli podtekst tego.

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Finansów Halina Wasilewska-Trenkner: Można go hipotecznie obciążyć, ale ludzi trzeba zwolnić albo przenieść.*)

Panie Marszałku, cały czas rozmawialiśmy o tym, że w pierwszej kolejności te działania, o których pan mówi... Tu jest właśnie największa szansa na uzyskanie pieniędzy, tylko jak najszybciej powinny wpłynąć odpowiednie wnioski.

I jeszcze jedna sprawa. Jeżeli województwo nie ma kompletnego, kompleksowego planu restrukturyzacji, ale są w tym województwie zakłady opieki zdrowotnej, które mają przygotowany program restrukturyzacji, to nie należy czekać na plan restrukturyzacji w całym województwie, tylko trzeba uruchamiać te wnioski i korzystać ze środków. Tak należy to zrobić, nie ma innego wyjścia, bo nie można blokować szansy i biernie patrzeć...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Proszę mi nie przerywać. W murach Senatu nie ma takiego zwyczaju.

Nie można biernie patrzeć, jak zadłużenia obrastają odsetkami. Oni chcą dokonać restrukturyzacji, chcą zmniejszyć zatrudnienie, potrzebują tylko określonych kwot na ten cel i potrafią wykazać, że będą mieli pozytywne efekty ekonomiczne. I tak też trzeba robić, w moim przekonaniu.

No cóż, zbliżamy się do końca, jak rozumiem, bardzo państwu dziękuję za udział w posiedzeniu, dziękuję wszystkim gościom, którzy odbyli daleką drogę do Warszawy...

(*Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Elżbieta Garwacka-Czachor: Można?*)

Proszę bardzo.

**Przewodnicząca
Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Elżbieta Garwacka-Czachor:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Przepraszam może za laickie pytanie. Ale z czym my mamy wrócić do ludzi? Będą nas pytać. Co chwila dostaję telefon, dzwonią ci, którzy blokują kasę chorych,

i mówią, że ten protest będzie ulegał eskalacji. Pojawiły się nawet w czasie tych obrad telefony, że policja itd. Ci ludzie podejmą działania w jedną bądź w drugą stronę w zależności od tego, z czym my dzisiaj stąd wyjdziemy. Dziękuję.

Przewodniczący Jerzy Cieślak:

Proszę państwa, odpowiedź może być jedna. Kiedy minister Balicki, chyba 5 lutego, przyjeżdżał na Dolny Śląsk, to po tym spotkaniu przeczytałem w prasie dolnośląskiej, że właściwie nie wiadomo, po co przyjechał, bo niczego nie załatwił. A cóż mógł załatwić, skoro nie ma prawa przemieszczać środków między województwami, nie ma podstawy prawnej do podejmowania takich decyzji? Jeżeli kasy chorych nie podlegają mu dalej w tym systemie prawnym, to czego oczekiwaliśmy? Że przywiezie 50 milionów zł na Dolny Śląsk, wyjmie z teczki i powie: to na razie tyle, a potem dam wam więcej? Przecież byłoby to nieodpowiedzialne.

Ja mogę zrobić tylko jedno: jutro faksem przyjdzie do państwa uchwała, a czy pracownicy służby zdrowia na Dolnym Śląsku będą z tego zadowoleni, czy nie, trudno mi powiedzieć. Państwo możecie powiedzieć, że po pierwsze, nie jest prawdą, że władze centralne nie są zorientowane w sytuacji, bo są – i my, i Ministerstwo Finansów, i Ministerstwo Zdrowia, i parlamentarzyści, czyli senatorowie w tym konkretnie przypadku. Po drugie, że zostaną podjęte wszelkie możliwe decyzje, możliwe w sensie ekonomicznym. W ramach działań doraźnych będą to przede wszystkim w pierwszej kolejności środki na restrukturyzację, bo po to one są, tylko muszą być przygotowane wnioski. Ale ludziom trzeba powiedzieć wprost to, co powiedziałem wcześniej i co powiedziałem kilka dni temu dziennikarzowi „Gazety Wrocławskiej”, bo nie widzę już innej możliwości: część szpitali... Właściwie chodzi o zakłady opieki zdrowotnej, bo mamy tam i prewentoria, i jeszcze parę innych zakładów, więc nie mówmy tylko o szpitalach, które są bardziej miejscami pracy i pozostają nimi z przyczyn socjalnych, a nie z przyczyn medycznych, bo pod względem medycznym ich istnienie nie ma uzasadnienia. To jest jasne i musimy się nad tym zastanowić.

Kolejna sprawa: stan techniczny obiektów. No, przecież, jeżeli decydujemy się zostawić określony szpital – pan doktor Łakota wspominał o tym, który wymaga 2 milionów 500 tysięcy zł na natychmiastowy remont – a tych środków nie będzie, to jakie jest racjonalne uzasadnienie pozostawienia tego szpitala, skoro wiadomo, że w tych warunkach nie może pracować, nie może funkcjonować?

Sprawa następna. Kiedy zakłady opieki zdrowotnej pozbędą się tych hektarów parków, które otaczają szpitale i które niczemu w działalności leczniczej nie służą? Kiedy podejmiemy decyzję o tym, że substancje mieszkaniowe, całe dzielnice mieszkaniowe, które jeszcze są w posiadaniu niektórych zakładów opieki zdrowotnej na Dolnym Śląsku, przestaną obciążać zakład opieki zdrowotnej? W końcu od administrowania obiektami jest w Polsce zupełnie kto inny. To nie jest zadanie zakładów opieki zdrowotnej. To są decyzje, które można podejmować szybko przy udziale władz lokalnych, przy dobrej woli władz lokalnych – mam tu na myśli komunalizację tych obiektów.

Możecie państwo powiedzieć to, co będzie zapisane w uchwale: że uruchamiamy w pierwszej kolejności wszystkie możliwe środki, że nie można tylko obiecywać, że nie będzie decyzji niedobrych i źle odbieranych przez środowisko. Stoimy wobec alternatywy, którą starałem się jako skrót myślowy sformułować: albo będziemy musieli zlikwidować określone zakłady opieki zdrowotnej na Dolnym Śląsku, ratując całą

służbę zdrowia i cały system ochrony zdrowia, albo będziemy zachowywać bierność, pokażemy brak odwagi, nie podejmiemy decyzji i wszystko to na naszych oczach będzie zamierać. Tyle należy powiedzieć, bo to jest prawda, uczciwe stawianie sprawy, a nie rozbudzanie nadziei i dawanie obietnic, których nie jesteśmy w stanie spełnić.

Jutro tekst uchwały pójdzie do państwa faksem, będziecie mogli się zorientować w tym wszystkim. Będę prosił, żebyście państwo byli uprzejmi przełożyć na język ludzki to, co będzie w tekście niezrozumiałe dla pracowników – bo nie wszyscy opanowali ten język w takim stopniu, żeby rozumieć te zapisy w szerszym kontekście – i powiedzieć, co te zapisy oznaczają w praktyce.

Dziękuję państwu uprzejmie. Szczególnie gorąco dziękuję gościom, dziękuję też paniom i panom senatorom, których prosiłbym o przyście na posiedzenie komisji piętnaście minut wcześniej, żebyśmy mieli czas na zapoznanie się z tym projektem uchwały. Dziękuję bardzo.

Ogłaszam przerwę do godziny 15.45.

(Przerwa w obradach)

(Brak nagrania)

(Koniec posiedzenia o godzinie 16 minut 40)

