



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Zapis stenograficzny**  
**(823)**

98. posiedzenie  
Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia  
w dniu 25 czerwca 2003 r.

V kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat sytuacji finansowej instytutów, których organem założycielskim jest minister zdrowia, na przykładzie Instytutu Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie.

*(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 03)*

*(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Jerzy Cieślak)*

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dzień dobry państwu. Z trzyminutowym zaledwie opóźnieniem, co jak na pracę i obyczaje obydwu izb parlamentu jest opóźnieniem nietypowym, mam zaszczyt otworzyć dziewięćdziesiąte ósme posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu Rzeczypospolitej Polskiej.

Witam państwa senatorów, witam serdecznie zaproszonych gości. Pozwólcie państwo, że, jak nakazuje obyczaj Senatu na wyjazdowych posiedzeniach, przedstawię naszym gościom koleżanki i kolegów senatorów.

Idąc od prawej, a nie alfabetycznie: pan senator Mirosław Lubński, pan senator Janusz Bielawski, pani senator Wiesława Sadowska, wiceprzewodnicząca komisji pani senator Krystyna Sienkiewicz, senator na pewno znany państwu – Zbigniew Religa, pani senator Zdzisława Janowska, pani senator Alicja Stradomska, pani senator Olga Krzyżanowska, pan senator Wojciech Pawłowski i pan senator Franciszek Bobrowski. Członkowie komisji nie są obecni w stu procentach, ale są niemal w stu procentach.

Proszę państwa, przypomnę tylko, nie bez satysfakcji, że to drugie wyjazdowe posiedzenie komisji w tej kadencji odbywa się na zaproszenie i z inicjatywy pana senatora profesora Religi, który jest tu gospodarzem. Serdecznie dziękuję za zaproszenie, za możliwość zapoznania się z problemami instytutów, dla których organem założycielskim jest minister zdrowia. Rozumiemy, że będziemy głównie mówili o problemach ekonomicznych. Nie jest to jedyny rodzaj problemów, z jakim państwo się borykacie na co dzień, bo na pewno są problemy o charakterze i organizacyjnym, i merytorycznym w określonych dziedzinach, które powstają z powodu trudności ekonomicznych. Ale głównie skoncentrujemy się dzisiaj na tej sprawie, ponieważ jesteśmy w dosyć trudnym okresie – okresie zmiany systemu finansowania większości zakładów opieki zdrowotnej na terenie kraju z systemu kas chorych na system Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z przykrością stwierdzam już na wstępie, że – jak zresztą wynikało z dzisiejszej dyskusji na poprzednim, porannym posiedzeniu komisji na inny temat, na temat prolongaty spłaty pożyczki w wysokości 1 miliarda zł, którą kasy chorych zaciągnęły w budżecie państwa w 2000 r. – ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia nie jest jeszcze wdrożona. Przy obsadzie kadry Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia popełniono określone błędy, które do dzisiaj nie zostały skorygowane i które mają negatywny wpływ na nowy system, głównie w terenie, a więc przede wszystkim w oddziałach wojewódzkich. Ale to jest odstępny temat. Sygnalizuję

---

tylko, że ustawa ta obecnie nie funkcjonuje. Myślę, że na jej ocenę przyjdzie czas po okresie wdrażania i pierwszych kilkumiesięcznych doświadczeniach.

Zwracam się do państwa senatorów. Jak rozumiem, porządek obrad dzisiejszego posiedzenia został dostarczony do skrytek. Mam pytanie, czy są zastrzeżenia do porządku obrad. Nie stwierdzam, żeby były zastrzeżenia.

Wobec tego pozwólcie państwo, że przekażę głos panu senatorowi Relidze jako gospodarzowi. Nie ma tego wprawdzie formalnie w porządku obrad, ale jakże mogłoby być inaczej? Proszę.

**Dyrektor Instytutu Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie  
Zbigniew Religa:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Ponieważ nie było tego w programie, nie zajmę dużo czasu.

Chcę przede wszystkim podziękować panu przewodniczącemu za akceptację propozycji, aby posiedzenie wyjazdowe komisji odbyło się w Instytucie Kardiologii. W imieniu swoim, całej dyrekcji, a właściwie całego Instytutu Kardiologii, chcę wszystkim podziękować za wyróżnienie. Chcę podziękować kolegom senatorom za przyjęcie tego zaproszenia i za tak liczne przybycie, co w naszym gronie jest dość rzadkie. Doceniam ten fakt i bardzo gorąco dziękuję.

Proszę państwa, jesteście państwo w Instytucie Kardiologii, a nie wszyscy znają, jak się okazuje, jego działalność. A okazało się przed chwilą, że pan przewodniczący poznał Instytut Kardiologii przed szesnastoma laty. Co prawda trochę się tutaj przez tych szesnaście lat zmieniło...

Chciałbym jeszcze gorąco przywitać przedstawicieli pozostałych instytutów z Warszawy – przepraszam, w tej chwili dopiero spojrziałem na państwa. Całe nasze posiedzenie jest poświęcone w ogóle naszym problemom. Przykładem ma być Instytut Kardiologii, ale chodzi o nasze wspólne problemy. Mogę chyba powiedzieć w imieniu pana przewodniczącego, że oczywiście zapraszamy wszystkich do przedstawienia swoich problemów, do dyskusji.

Proszę państwa, ponieważ jesteście państwo w Instytucie Kardiologii, a część z państwa jednak nie zna zupełnie tej instytucji, to po zaplanowanej prezentacji pami dyrektora Pinkasa, który ogólnie opowie o tym, co my tutaj robimy, byłoby dobrze rzucić okiem na Instytut Kardiologii, przynajmniej na parę miejsc, które chcielibyśmy pokazać. To będzie krótka wycieczka, bo nie ma sensu oglądać wszystkiego, ale mnie się zdaje, że warto z niej skorzystać.

Żeby nie przedłużać, jeśli pan przewodniczący pozwoli, to ja poproszę, żeby, zgodnie z programem, dyrektor Pinkas przedstawił, co my robimy w Instytucie Kardiologii.

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo.

Nie jestem tak zarozumiały, żeby przypuszczać, że wszyscy państwo mnie znacie, więc się przedstawię. Nazywam się Jerzy Cieślak, jestem lekarzem z zawodu – lekarzem się jest, senatorem się bywa. Mam zaszczyt trzecią kadencję zasiadać w Se-

nacie, z czego dwie kadencje w miłym, aczkolwiek czasem uciążliwym towarzystwie pana profesora senatora Religi. My się bardzo lubimy ze sobą spierać. Ale gdyby tak spierano się w Sejmie, to pewnie notowania Sejmu w opinii społecznej byłyby znacznie wyższe, niż są.

Tak, Zbyszkule?

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Senator Religa potwierdza.

Proszę bardzo – pan doktor Jarosław Pinkas, zastępca dyrektora Instytutu Kardiologii do spraw leczenia. Temat wystąpienia: informacja o działalności Instytutu Kardiologii imienia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie.

**Zastępca Dyrektora do spraw Klinicznych  
w Instytucie Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie  
Jarosław Pinkas:**

Dziękuję bardzo.

Właściwie powinienem państwa przywitać, jak zawsze marzyłem, mówiąc: Wysoka Izba czy Najwyższa Izba. Pozwolicie państwo, że w ten sposób to powitanie uczynię.

Wysoka Izba, Nasi Szanowni Goście, Wszyscy Dyrektorzy Instytutów Naukowo-Badawczych...

*(Przewodniczący Jerzy Cieślak: Może być: Najwyższa Izba.)*

Najwyższa Izba w Polsce. Dziękuję bardzo za możliwość prezentacji...

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Panie doktorze, jeżeli można, chciałbym wtrącić dygresję. Dokuczałem posłom przez wiele lat i kiedy mówili: wyższa izba, to ja mówiłem: najwyższa, bo wyższej nie ma, a wy jesteście w najniższej, bo niższej też nie ma. Myśleli, myśleli, jak to skontrolować, bo to było dla nich bardzo dokuczliwe. Parę lat to trwało, ale wymyślili. Kiedy kolejny raz powiedziałem im: najwyższa izba, a nie wyższa izba, to oni powiedzieli: o, nie; najwyższa to jest izba kontroli.

*(Wesołość na sali)*

Proszę bardzo.

**Zastępca Dyrektora do spraw Klinicznych  
w Instytucie Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie  
Jarosław Pinkas:**

Dziękuję.

Proszę państwa, Instytut Kardiologii powstał w 1979 r. Jest to jedna z najbardziej istotnych placówek kardiologiczno-kardiochirurgicznych działających na terenie Polski. Prowadzi ona swoją działalność w oparciu o standardy międzynarodowe. Współpracujemy z wieloma ośrodkami w Europie i w Stanach Zjednoczonych. Prowadzimy także w sumie zwyczajną działalność usługową, w tej chwili dla całego kraju, wcześniej było to nieco zawężone i dotyczyło mieszkańców Mazowsza, populacji ma-

zowieckiej, która liczy blisko pięć milionów ludzi. Zawsze jednak byliśmy także otwarci na cały kraj, dlatego że byliśmy ośrodkiem referencyjnym, który leczył chociażby choroby krążenia i na przykład choroby nerek – mamy tutaj własną stację dializ. Poza tym tylko u nas wykonywano wiele różnych procedur, które przez te lata zostały dzięki nam rozszerzone i rozpropagowane na cały kraj.

To, czym się w tej chwili zajmujemy, to jest głównie epidemiologia, promocja zdrowia, rehabilitacja, leczenie ostrych stanów wieńcowych – mamy w tej dziedzinie istotne osiągnięcia – leczenie wad nabytych i wrodzonych serca, badania elektrofizjologiczne, nefarmakologiczne leczenie zaburzeń rytmu, z takim naszym sztanदारowym programem leczenia zaburzeń rytmu ablacją; pracuje tutaj z nami pan profesor Walczak. Wdrażamy także nowe metody diagnostyki nieinwazyjnej niewydolności serca, mamy klinikę niewydolności serca.

Jest to czołowy ośrodek kardiochirurgiczny, przez wiele lat prowadzony przez pana profesora Śliwińskiego, a obecnie przez pana profesora Religę i pana profesora Biedermana.

Proszę państwa, nasz instytut mieści się w dwóch obiektach. Pierwszy obiekt to jest właściwie obiekt matka i dlatego mogę o nim mówić: pierwszy obiekt. Nie sfotografowałem go dlatego, że musiałbym poprosić o zgodę pana profesora Maślińskiego. Jest to obiekt przy ulicy Spartańskiej; dzierżawimy tam kilkaset metrów kwadratowych w Instytucie Reumatologicznym. Jesteśmy jako goście – w pełnym tego słowa znaczeniu – dobrze traktowani, jednak nasz pobyt w Instytucie Reumatologicznym kosztuje 1 milion zł, który płacimy z naszych świadczeń zdrowotnych. To jest oczywiście *gentleman's agreement*, ale stanowi to dla nas już w tej chwili pewnego rodzaju problem wobec szczupłości środków, które dostajemy z ministerstwa zdrowia czy też z funduszu.

Na zdjęciu jest obiekt przy ulicy Alpejskiej. Jest on największy i znajduje się tam najwięcej łóżek. To jest także kwatera główna Instytutu Kardiologii. Proszę państwa, przy ulicy Alpejskiej mamy dwieście siedemdziesiąt łóżek w następujących klinikach: I Klinice Choroby Wieńcowej, Klinice Wad Nabytych Serca, Klinice Nadciśnienia Tętniczego, w dwóch Klinikach Kardiochirurgii – myślę, że jedną z nich będziecie państwo mogli obejrzeć – w Klinice Wad Wrodzonych Serca, Klinice i Zakładzie Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej, Klinice Niewydolności Serca. W Oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej jest czternaście łóżek. Oczywiście jest to liczba łóżek niewystarczająca w tej chwili dla populacji mazowieckiej, a także dla populacji Polski, ponieważ od 1 kwietnia, czyli momentu otworzenia szeroko bram związanego z wejściem Narodowego Funduszu Zdrowia, mamy tutaj nieprawdopodobny wprost napływ pacjentów z całej Polski.

Na ulicy Spartańskiej mamy w tej chwili sześćdziesiąt łóżek. W sumie w Instytucie Kardiologii mamy trzysta trzydzieści osiem łóżek.

Udzielamy niebywale dużej liczby świadczeń ambulatoryjnych; ona systematycznie wzrasta. Proszę zobaczyć – ten wzrost jest naprawdę szalenie istotny. Od 2000 r. wzrosło to o blisko 10%. W tej chwili tak mamy zorganizowaną naszą poradnię, że niestety, mimo ogromnych wysiłków, okres oczekiwania na pierwszą poradę w Instytucie Kardiologii trwa blisko pół roku.

Staramy się o przeniesienie naszej poradni do innego miejsca, do obiektu, w którym mamy nasze zakłady podstawowe...

*(Brak nagrania)*

...na ulicę Niemodlińską. Być może nasz potencjał jeszcze bardziej wzrośnie, o ile oczywiście będzie tym zainteresowany Narodowy Fundusz Zdrowia.

Proszę państwa, jeżeli chodzi o kardiologię, to jest ogromny potencjał kardiologiczny na terenie całej Polski. My wykonujemy spory procent operacji pacjentów z terenu całej Polski. Byliśmy pionierami w operacjach wieńcowych, dalej wykonujemy ogromną liczbę tego typu operacji.

Jak państwo widzicie, nastąpiła pewna regresja między rokiem 2001 a rokiem 2002. Ona była związana głównie z problemami z zakontraktowaniem pewnej liczby świadczeń. Poza tym kiedyś byliśmy monopolistą na rynku, a w tej chwili powstaje sporo ośrodków kardiologicznych, które nas odciążają. Ale zarazem do Instytutu Kardiologii trafiają pacjenci z problemami, których nie podejmują się leczyć inni. I może całe szczęście, bo mamy jednak największe doświadczenie, aczkolwiek nasze świadczenia są wycenione tak samo, jak świadczenia wszystkich innych ośrodków kardiologicznych.

Wykonujemy także sporą liczbę operacji w krążeniu pozaustrojowym, dotyczących wad zastawkowych. W tej chwili nasz potencjał nie jest jeszcze w pełni wykorzystany. Mamy cztery sale operacyjne i jesteśmy w stanie wykonać tych operacji o kilka procent więcej.

Jeżeli chodzi o kardiologię, to doszło w tym roku do istotnej zmiany, mianowicie klinika z ulicy Spartańskiej została przeniesiona na ulicę Alpejską. Dokonaliśmy pewnej kompresji związanej z tym, że warunki, sale operacyjne, absolutnie nie spełniały kryteriów, które założył Narodowy Fundusz Zdrowia i które powinniśmy stosować przy operowaniu pacjentów z takimi stanami.

Istotnym polem naszego działania jest kardiologia inwazyjna, diagnostyka związana z kardiologią inwazyjną, czyli wszystko to, co wiąże się z koronarografią, koronaroplastykami oraz innymi bardzo wyrafinowanymi procedurami, które wykonujemy jako jedyni w Polsce – mamy dwóch czy trzech partnerów do wykonywania tych procedur, na przykład zamykania otworów wewnątrzsercowych.

W tej chwili jesteśmy w stanie... Mamy zakontraktowane, że wykonamy około osiemnastu tysięcy procedur. Jest z tym nieprawdopodobny problem, dlatego że wiele procedur, które były do tej pory finansowane przez Ministerstwo Zdrowia, nie zostało zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Mamy w tej chwili w kolejce kilkaset osób, które czekają chociażby na zamknięcie otworów wewnątrzsercowych nowoczesnymi metodami bezoperacyjnymi. Te procedury jesteśmy w stanie wdrażać i robiliśmy to od wielu lat. Niestety, w tej chwili nie ma na nie kontraktu. Zastanawiamy się, co dalej możemy z tym problemem zrobić. Zwróciliśmy się do Narodowego Funduszu Zdrowia o to, żebyśmy sami stworzyli program zakupu tych świadczeń dla funduszu. Sądzę, że to będzie droga, którą bardzo szybko to sfinalizujemy i myślę, że pacjenci, może już w ciągu najbliższych kilku miesięcy, nie będą mieli problemów z dostępem do wysoko specjalistycznych zabiegów, które tutaj są robione. Zresztą są to problemy ogólnopolskie.

Wykonujemy także ogromną liczbę badań elektrofizjologicznych w terapii związanej z nefarmakologicznym leczeniem zaburzeń rytmu. W sumie w tym roku chcemy wykonać dwa tysiące dwieście czterdzieści procedur i myślę, że jest to zupełnie realistyczne. Tu też są gigantyczne problemy z zakupem tych świadczeń. Część z nich stanowią świadczenia rzeczywiście bardzo wyrafinowane, bardzo drogie, za które nie chcą nam płacić. Ja tutaj pokazałem panu profesorowi pismo, które dokładnie

trzy minuty temu dostałem do ręki, z jednego z oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, gdzie jest napisane, że odmawia się nam zapłaty za pacjenta, któremu ewidentnie uratowaliśmy życie. Niestety, nie chcą nam za to zapłacić.

Bardzo ważnym programem, który wdrożyliśmy w 2001 r. jest program leczenia świeżych zawałów serca. Robimy to dla większej części Mazowsza, a przynajmniej dla ludzi mieszkających w promieniu 50 km od Warszawy i oczywiście w centrum Warszawy. W tym roku mamy zakontraktowanych ponad tysiąc dwieście angioplastyk pierwotnych, czyli leczeń świeżego zawału metodami inwazyjnymi, co daje nieprawdopodobną szansę przeżycia pacjenta. W tej chwili dzięki temu w Instytucie Kardiologii śmiertelność przy leczeniu świeżego zawału zmalała z 12% do blisko 3%. To jest wyjątkowo spektakularna metoda leczenia, która daje gigantyczną szansę wszystkim tym, którzy do nas trafiają.

Współpracujemy z sześcioma ośrodkami, które robią to w Warszawie. Nasz potencjał jest w tej chwili ogromny. Wykonujemy przynajmniej połowę procedur, które robione są globalnie przez tych wszystkich sześć ośrodków.

**Dyrektor Instytutu Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie  
Zbigniew Religa:**

Przerwę tylko jeden raz, bo myślę, dla wszystkich nas jest to niezwykle ciekawe. Byłem zszokowany, gdy poprosiłem o podliczenie: 50% tych świeżych zawałów leczonych w ten sposób było u ludzi poniżej czterdziestki czy w granicach czterdziestu lat. To jest coś niebywałego, dla mnie szokiem był wiek tych osób. I jak się okazuje, warto było to wprowadzić, bo to dotyczy naprawdę młodych ludzi. Przepraszam jeszcze raz.

**Zastępca Dyrektora do spraw Klinicznych  
w Instytucie Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie  
Jarosław Pinkas:**

Tak, ta procedura jest oczywiście droga. Ale rzeczywiście mówimy o ludziach, którzy mają szansę praktycznie po kilku dniach wrócić już do pracy. Oni mogą po kilku dniach normalnie funkcjonować. Ta procedura kosztuje 12 tysięcy zł. Główną, najbardziej kosztochłonną częścią tej procedury jest stosowanie pewnego preparatu. My go mamy, stosujemy. W tej chwili jesteśmy ośrodkiem, który prawdopodobnie będzie miał, jako pojedynczy ośrodek w Europie, największą liczbę wykonywanych pierwotnych angioplastyk. Chyba możemy w tej chwili konkurować wyłącznie z Berliner Herzzentrum. Jest czymś niezwykle, że w sumie w tak biednym kraju, jakim jesteśmy, potrafimy wykonywać procedury z najwyższej półki z tak doskonałymi efektami.

Proszę państwa, ta strona dotyczy głównie choroby wieńcowej. Chcę pokazać państwu, jakie mamy spektrum najczęstszych rozpoznań, które leczymy tutaj, w Instytucie Kardiologii. Tak naprawdę oczywiście dotyka to istotnego problemu społecznego, jakim jest choroba wieńcowa i na tym jesteśmy skoncentrowani. 39% to jest sama dusznica bolesna. 10% pacjentów, których leczymy teraz w Instytucie Kardiologii, jest tu z powodu zawału serca.

Jak państwo widzą, jest istotnie zarysowany trend wzrostowy, jeżeli chodzi o liczbę leczonych pacjentów, mimo niezmienionej liczby łóżek. Jest tak dzięki temu,



że wprowadziliśmy różnego rodzaju sposoby na to, aby pacjent był u nas diagnozowany i leczony jak najkrócej, tak żeby znalazło się miejsce dla następnego pacjenta, ponieważ w tej chwili liczba chorych oczekujących w kolejce do leczenia w Instytucie Kardiologii grubo przekracza cztery tysiące. Ponad dwa i pół tysiąca pacjentów czeka w tej chwili na zabiegi związane z koronarografiami czy koronaroplastykami. Ośmiuset pacjentów z całej Polski czeka na zabiegi związane z leczeniem niefarmakologicznym rytmu. Nie mogą oni tych świadczeń uzyskać nigdzie indziej niż u nas.

W tej chwili, proszę państwa, liczymy się z tym, że w tym roku będziemy mieli ponad dwanaście tysięcy pacjentów. To tak jakby małe miasteczko powiatowe w ciągu roku przewinęło się przez tych trzysta trzydzieści osiem łóżek.

Mamy bardzo wysoki wskaźnik wykorzystania łóżka – to jest wskaźnik zupełnie niebywały. To, co państwu pokazujemy, to jest wskaźnik 350,5. Oczywiście jest to, moim zdaniem, granica rozsądku. W Europie dobre ośrodki mają ten wskaźnik na poziomie około 290–280. Widać więc, że po prostu u nas łóżko w żadnym wypadku nie stoi; jest permanentnie zajęte. Staramy się, wdrażając szczególnie metody zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym, żeby nasi pacjenci nie mieli żadnych powikłań. Oczywiście wymaga gigantycznego wysiłku od całego zespołu, pracy w ogromnym natężeniu i starań, żeby to wszystko odbywało się bez powikłań.

Moja prezentacja miała być krótka. Jestem do dyspozycji, jeżeli chodzi o pytania. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo panu dyrektorowi.

Czy są pytania do pana dyrektora?

Wspomniał pan o tej najświeższej informacji o odmowie zapłacenia za pacjenta, któremu w instytucie uratowano życie. Jakie są tego powody, Panie Dyrektorze? To jest przykład jednostkowy, ale on będzie jakimś takim znakiem czasu.

*(Zastępca Dyrektora do spraw Klinicznych w Instytucie Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie Jarosław Pinkas: Jeżeli mogę poprosić swojego szefa o to, żeby...)*

**Dyrektor Instytutu Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie  
Zbigniew Religa:**

Ja oczywiście odpowiem na to pytanie. Mam w tej chwili to pismo, włączono mi je dziesięć minut temu. I tu jest nieprawdopodobna sprawa, proszę państwa; dyrektorzy instytutów to znają. Jest jeden fundusz. Miało nie być promes, pacjent miał mieć prawo wyboru szpitala – mówię w tej chwili do państwa senatorów – i w związku z tym pacjent z Wrocławia nie powinien mieć żadnego problemu z tym, żebyśmy my zrobili u niego to, co trzeba. Tak było powiedziane, tak jest zapisane, więc tak zrobiliśmy. Ale dyrektor mazowieckiego oddziału funduszu powiedział: dobra, dobra, ale ja nie dam pieniędzy na żadnego faceta z Wrocławia, bo co on mnie obchodzi. Ja mam pieniądze dla moich pacjentów. A to pismo jest od szefa oddziału funduszu z Wrocławia. I on mówi: myśmy z wami nie podpisali żadnej umowy, więc nie widzimy najmniejszego powodu, żeby wam za tę pacjentkę zapłacić. I to jest dowód, to jest to pi-

smo od szefa dolnośląskiego oddziału funduszu. Dzieje się tak, mimo że szefowie oddziałów funduszu powinni między sobą to wszystko pozalać.

Proszę państwa, taka jest rzeczywistość.

*(Głos z sali: Taka jest prawda.)*

Takie były zapisy, a takie jest życie. I to jest nasz kolejny dramat. Ten fakt dotyczy konkretnej pacjentki, ale takich pacjentów jest mnóstwo. Dlaczego to jest dla nas tak groźne? Ponieważ to jest strasznie droga procedura, za którą my nie dostajemy pieniędzy. A jeśli tych procedur jest kilkaset, a nie dostajemy za nie pieniędzy, to robią się z tego miliony złotych i zadłużamy instytut. To jest dramatycznie niebezpieczna historia.

A to pismo przyszło dzisiaj, Jarek mi je wręczył, kiedy wchodziłem na salę.

*(Przewodniczący Jerzy Cieślak: A kiedy pacjent...)*

*(Głos z sali: A podpisał się pan Andrzej Tokarczyk.)*

### **Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Nie, nie. Pan Woźny, dyrektor oddziału dolnośląskiego...

A kiedy pacjent korzystał ze świadczeń w instytucie? Cezura czasowa może być istotna z punktu widzenia formalnego.

*(Głos z sali: Już po utworzeniu Narodowego Funduszu Zdrowia; to było w maju.)*

*(Dyrektor Instytutu Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie Zbigniew Religa: Tutaj nie ma tego terminu, ale pan mówi, że było to w maju.)*

### **Zastępca Dyrektora do spraw Klinicznych w Instytucie Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie Jarosław Pinkas:**

Tak, tak, to był maj.

To są sytuacje dla nas bardzo skomplikowane, dlatego że jeżeli pacjent czeka w kolejce, to wyjątkowo nieetyczne byłoby odsuwanie w czasie jego przyjęcia, ponieważ on jest przygotowany emocjonalnie do tego, że będzie przyjęty. My takiego pacjenta też przygotowujemy, prosimy lekarzy POZ, żeby specjalnie pacjenta przygotowali do takiego zabiegu i odsuwanie tego ze względów biurokratycznych jest, w mojej ocenie, skrajnie nieetyczne i niemoralne. Muszę powiedzieć, że jako dyrektor kliniczny taką decyzję być może powinienem podjąć, ale ja tego nie jestem w stanie zrobić, ponieważ przede wszystkim jestem lekarzem. Uważam także, że odwlekanie w czasie tego typu procedur jest ewidentnym narażeniem pacjentki na zagrożenie życia. Tu chodzi o pacjentkę, która ma skrajnie ciężkie zaburzenia rytmu, niepodatne na inne rodzaje leczenia i tak naprawdę ona balansuje na krawędzi życia, a my albo ją uratujemy, albo jej nie uratujemy. I tutaj cezura czasowa jest niezmiernie istotna.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

### **Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, pozwólcie, że ja właśnie na tym przykładzie... Ja będę prosił o skserowanie mi tego. Nie podejmuję się oczywiście załatwiania wszystkich spraw

tego rodzaju, które państwo macie, bo to jest niemożliwe. Ale ponieważ tutaj docierają się pewne obyczaje współpracy instytutów z oddziałami wojewódzkimi, więc przynajmniej na Dolnym Śląsku, gdzie sytuacja jest rzeczywiście dramatyczna, o czym wszyscy wiemy, bo tam...

Jak napisaliśmy w uchwale tej komisji z dnia 20 lutego, jest to pierwsze województwo, gdzie nie można mówić po prostu o sytuacji krytycznej, dramatycznej, tylko trzeba mówić o załamaniu finansowania świadczeń zdrowotnych. Zadłużenie zakładów opieki zdrowotnej w rejonie dolnośląskim przekracza 1 miliard nowych złotych przy stracie, jaką odnotowała dolnośląska kasa chorych na dzień 31 grudnia ubiegłego roku w wysokości 206 milionów zł. Należałoby to jeszcze zbilansować. Rzeczywiście tam sytuacja jest dramatyczna, ale nie ma wątpliwości, że ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia daje prawo wejścia do systemu każdemu pacjentowi, który jest zarejestrowany w jednym z oddziałów regionalnych i jeżeli określona umowa podpisana jest tam, to obowiązuje na terenie całego kraju.

Zapewne państwo macie i mieć będziecie problemy związane z promesami dotyczącymi pacjentów przemieszczających się na terenie kraju przed dniem 1 kwietnia tego roku. Promesy były wydawane... Wprawdzie nowa ustawa mówi o tym, że Narodowy Fundusz Zdrowia przejął aktywa, pasywa i zobowiązania kas chorych, a więc ta sprawa w sensie formalnoprawnym nie może budzić wątpliwości, niemniej kasy chorych odzęgują się od respektowania promes, które zostały wydane wcześniej.

Jest również kolejny problem, który dotyczy branżowej kasy chorych dla służb mundurowych. Otóż w skali całego kraju zdarzało się, że w wypadku słabej podstawowej opieki zdrowotnej, słabej sieci dostępności do niej w terenie, wielu pacjentów, głównie członków rodzin osób ze służb mundurowych, rezygnowało ze świadczeń branżowej służby zdrowia i przenosiło się do zakładów podstawowej opieki zdrowotnej przeznaczonych dla ogółu ludności.

Problem polega na tym, że, jak stwierdziliśmy, w dziesiątkach tysięcy, a może setkach tysięcy przypadków na terenie kraju pacjent zostawał przemieszczony, kasa regionalna ponosiła koszty, zakłady opieki zdrowotnej dla ogółu ludności ponosiły koszty, a składki wpływały dalej do branżowej kasy chorych, która nie odnotowała przemieszczenia pacjenta. I stało się coś dziwnego. Na dzień 31 marca branżowa kasa chorych miała nadmiar środków i rezerwę finansową, podczas gdy co najmniej cztery regiony padały w sensie ekonomicznym i zbliżały się do bankructwa.

Mamy tylko pięć minut opóźnienia. Rozumiem, że więcej pytań nie ma. W programie mamy zwiedzanie niektórych komórek organizacyjnych instytutu – zakładu hemodynamiki, oddziału pooperacyjnego i kliniki nadcisnienia.

Rozumiem, że to się nie zmieniło, Panie Dyrektorze?

*(Zastępca Dyrektora do spraw Klinicznych w Instytucie Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie Jarosław Pinkas: Nie.)*

**Dyrektor Instytutu Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie  
Zbigniew Religa:**

Mam ogromną prośbę. Senatorowie są dziś tak liczni, że jeżeli wejdziemy na oddział pooperacyjny tą całą grupą, to będzie to strasznym utrudnieniem dla chorych. Myślę, że państwo zrozumiecie mnie, jeśli zabiorę tylko senatorów.

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Prosiłbym, żebyśmy wrócili na salę punktualnie o godzinie 12.15.

*(Przerwa w obradach)*

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Szanowni Państwo, punktualnie – co podkreślam nie bez pewnej satysfakcji – wznawiamy obrady po wizycie w niektórych komórkach organizacyjnych instytutu. Wizyta była bardzo interesująca, podkreślam to z naciskiem. Na pewno niewątpliwą atrakcją, pogłębiającą wiedzę szczególnie tych członków naszej komisji, którzy nie są lekarzami, było to, że mogliśmy zobaczyć zjawisko unikatowe, mianowicie pracę sztucznych komór u pacjenta. Rzeczywiście można to zobaczyć bardzo rzadko; ja to oglądałem pierwszy raz i zrobiło to na mnie niemałe wrażenie, chociaż jestem lekarzem.

Poza tym takie wizyty w zakładach opieki zdrowotnej dla ludzi, którzy nie są lekarzami, niekoniecznie pracują w komisjach polityki społecznej czy też w komisjach zdrowia, byłyby bardzo pouczające, również jeżeli chodzi o rozpatrywanie nakładów inwestycyjnych i generalnie nakładów na ochronę zdrowia, ponieważ to jest praktyka. To daje zupełnie inne wrażenie, niż opowiadanie o potrzebach pacjentów i zakładów opieki zdrowotnej. To jest coś, co widzi się w sposób nie budzący wątpliwości i co również przemawia do wyobraźni.

Zgodnie z wcześniej przyjętym porządkiem obrad, wysłuchamy informacji o sytuacji finansowej instytutów, dla których organem założycielskim jest minister zdrowia. Oczywiście nie jest możliwe, żebyśmy omawiali na przykładzie Instytutu Kardiologii sytuację wszystkich instytutów, które państwo, nasi goście, reprezentujecie, ale rozumiem, że w dyskusji będziemy mogli omówić pewne subtelnosci, różnice, problemy odrębne, czy też szczególne, wynikające z profili działania instytutów.

Bardzo proszę o zabranie głosu pana magistra Tomasza Berdygę, zastępcę dyrektora Instytutu Kardiologii do spraw ekonomicznych.

**Zastępca Dyrektora do spraw Ekonomicznych  
w Instytucie Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie  
Tomasz Berdyga:**

Chciałbym jeszcze raz przywitać państwa w instytucie i powiedzieć, że jest dla mnie wielką przyjemnością występowanie przed tak szacownym gronem; rzadko się to zdarza.

Chciałbym w paru... Mam nadzieję, że uda mi się zdążyć, chyba że będą pytania z sali, uwagi kolegów z innych instytutów. Chciałbym państwu pokrótce opowiedzieć, jaka jest nasza sytuacja finansowa i wyjaśnić, dlaczego są takie zagrożenia i co sprawia, że ta sytuacja wygląda tak jak wygląda.

Na początku chwilę pomówię o przychodach, o cenach świadczeń – to także ma wielkie znaczenie dla naszej sytuacji, jeżeli chodzi o przychody – o kosztach i ich strukturze, o wyniku finansowym, na przykładzie Instytutu Kardiologii, żeby państwo

mieli świadomość, jak ten wynik się kształtował w latach reformy. Powiem też o inwestycjach, bo to jest coś, co nam pozwoli w przyszłości normalnie pracować, a w tej chwili, niestety, ta normalna praca jest zagrożona. Wypunktowałem też pewne zagrożenia, takie podstawowe sprawy, które są z naszego punktu widzenia istotne, żeby państwo także mieli świadomość tego, co wpływa na sytuację instytutu i jak na nią wpływa.

Przychody. Obserwując poziom przychodów w latach 1999–2003 można zobaczyć, jak znaczna była różnica w tych pierwszych latach reformy. To łączy się z tym, co pokazywał doktor Pinkas. Ten wzrost przychodów wynika głównie z tego, że bardzo wzrastała liczba przyjmowanych pacjentów, wykonywanych procedur. Dodatkowo w roku 2001 w instytucie...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

...co także miało bardzo duży wpływ, bo jest to dodatkowo kilkanaście milionów złotych w kontraktach, które przysły do instytutu.

Od roku 2001 niestety te przychody mają odwrotną tendencję, zniżkową. I znowu odnosząc to do liczby świadczeń należy zauważyć, że utrzymujemy coraz więcej osób za coraz mniej pieniędzy, mimo że ceny procedur są na określonym poziomie i raczej się nie zmieniały przez te trzy lata.

Jaka jest struktura przychodów? W roku 2003 nastąpiły zmiany, przejście procedur między ministerstwem a funduszem. I widzą państwo na przykładzie instytutu, że z Narodowego Funduszu Zdrowia pochodzi ponad dwie trzecie naszych przychodów. To jest ten płatnik, od którego jesteśmy zależni i którego zachowanie wpływa bezpośrednio na sytuację finansową każdej jednostki, każdego instytutu. Ministerstwo Zdrowia daje 16% – może nie jest to marginalna kwota, ale jest ona zdecydowanie zmniejszona w stosunku do lat ubiegłych. Ministerstwo Nauki i Informatyzacji daje 11%, a więc niestety trzeba powiedzieć, że funkcja naukowa, która bezpośrednio z tego ministerstwa jest finansowana, została zmarginalizowana. To jest 10% czy 11% działalności, tak że coraz częściej stwierdzamy, że my nie jesteśmy niestety jednostką badawczo-rozwojową, tylko jesteśmy jednostką kliniczną, która przy okazji uprawia naukę, co też jest pewnym zatraceniem funkcji pierwotnych. Przychody z prac naukowych i badawczo-rozwojowych to jest 3%. Darowizny. Na szczęście jeszcze są jednostki, które mogą i mają chęć przekazywać takie darowizny, co także wpływa na naszą sytuację. Pod względem finansowym to jest około 1% – to już są drobiazgi, ma to coraz mniejszy udział. 83% stanowią przychody ze świadczeń zdrowotnych. 83% – więc to tak naprawdę jest działalność kliniczna, nie działalność naukowa. To pokazuje skalę tego, czym naprawdę są w tej chwili instytuty, do czego zostały doprowadzone – one raczej leczą, niż są jednostkami naukowymi.

Chciałbym państwu pokazać na przykładzie jednego świadczenia, zamykania połączeń, jak ceny świadczeń wpływają na sytuację instytutu, przez porównanie tego, jak procedura wyceniana jest przez instytut i jak tę samą procedurę proponuje wyceniać Narodowy Fundusz Zdrowia. Zgodnie z rozporządzeniem ministra w sprawie wyceny procedur czy liczenia kosztów przy wycenie procedur, instytut przeprowadził kalkulację, z której wynika, że cena pełnego świadczenia łącznie z hospitalizacją zamyka się w kwocie ponad 30 tysięcy zł.

Te kalkulacje były przez instytut składane z uwagi na to, że na początku roku ta procedura miała być opłacana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ale niestety została ona w próżni. Ministerstwo wycofało się z opłacania tej procedury, mimo że realizowało

ją przez kilka lat, a z kolei fundusz jej nie przejął. A nasz instytut nie był przygotowany na to, że ta procedura nie będzie finansowana. W związku z tym dokonaliśmy zakupu sprzętu, mamy przygotowanych ludzi, mamy też przygotowanych pacjentów.

Niestety, fundusz do tej pory – a mija już pół roku – nie określił jasno zasad finansowania tych procedur. Mało tego – w otrzymanych przez nas propozycjach zaproponowano cenę, która stanowi 75% tej, która została przez nas rzetelnie wyliczona i podana. I to mimo naszych próśb, zaproszenia funduszu, żeby ta cena została zweryfikowana u nas na miejscu. Fundusz deklarował, że będzie w stanie przysłać tu swoich przedstawicieli, którzy oceniają, czy instytut te koszty wycenił prawidłowo, czy są miejsca, gdzie można byłoby tę wycenę inaczej poprowadzić. Mimo tego, że rozporządzenie ministra określa konkretnie, jak ta wycena powinna być zrobiona, do tej pory – jeszcze raz wspomnę: przez sześć miesięcy – nie doczekaliśmy się ani wizyty, ani jasnego stanowiska funduszu w sprawie finansowania tej procedury. Różnica wynosi 7 tysięcy zł – to jest, tak jak mówię, proste przeliczenie. Próbowaliśmy się dowiedzieć, jak fundusz wyliczył tę procedurę, dlaczego jest taka kwota, a nie inna. To jest suma dwóch pierwszych pozycji: środki techniczne i materiały oraz lekki sprzęt medyczny. Nie możemy zgodzić się z tym, że fundusz nie chce nam zapłacić za personel czy za hospitalizację, ponieważ nie ma to żadnej podstawy. Procedura sama się nie robi, ktoś ją musi zrobić, a my musimy tych ludzi opłacić. Są także koszty bezpośrednie zarządu, są koszty związane z działalnością jednostki; tego też nie możemy obejść.

To jest prosty przykład tego, jak fundusz wpływa na sytuację finansową jednostek. My nie mamy możliwości ani wyegzekwowania środków, ani przekonania funduszu, że nasze ceny są wiarygodne. Fundusz nie chce ze swojej strony potwierdzić, czy ta cena jest dobra, czy nie, i nie mamy nawet z kim rozmawiać. Tutaj, niestety, muszę się trochę państwu poskarżyć. Akurat to jest jedna z sześciu procedur wysoko specjalistycznych, które od stycznia wypadły z systemu i są w tej chwili zawieszona w próżni. Są one bardzo wysoko wycenione; są to procedury wysoko specjalistyczne, wykonywane przez wąskie grono specjalistów. Nie ma rozstrzygnięcia w ich sprawie – nie ma źródła finansowania ani nawet stwierdzenia, czy będą one finansowane.

W tej chwili, chociażby z uwagi na sprzęt, który został przez nas zamówiony w dobrej wierze, bo myśleliśmy, że będziemy normalnie te świadczenia wykonywać, mamy obciążenia; znacznie rosną w związku z tym zobowiązania instytutu.

Kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Historia tegoroczna teoretycznie powinna odzwierciedlać to, jaki był rok ubiegły, bo takie były założenia funduszu przy kontraktowaniu. Wartość świadczeń zrealizowanych w 2000 r. w instytucie to około 85 milionów zł. A wartość zawartych kontraktów, czyli to, co do czego mamy w tej chwili pewność, że możemy realizować, to jest około 66 milionów na poziomie całego kraju. Już państwo widzą różnicę...

*(Głos z sali: 12%.)*

Tak, 12%. Mało tego, zostaliśmy poproszeni przez fundusz o dokonanie agregacji, ponieważ podczas naszych już dwumiesięcznych spotkań nie jest on w stanie podać swojej propozycji. Nie jest w stanie powiedzieć, czego chciałby – jakie świadczenia, w jakim układzie, na jaki okres i po jakiej cenie miałyby instytut realizować. Sami mniej więcej dwa miesiące temu przedstawiliśmy pierwsze propozycje, po czym następowały kolejne. Nasza wycena świadczeń, które chcielibyśmy realizować, które możemy realizować i które wynikają z faktycznie zrealizowanych świadczeń, to 85 milionów zł na

rok bieżący. Niestety, do chwili obecnej nie mamy informacji, kiedy, jak, w jakim zakresie i po jakiej cenie te świadczenia będą realizowane.

Suma 20 milionów zł, czyli 1/3 bieżących kontraktów, jest niepewna i instytut nie wie, czy powinien te procedury realizować, czy nie. Przypomnę, że mamy już półrocze. Pół roku niepewności to jest troszeczkę za dużo i przy całej naszej dobrej woli, przy tych całych kontaktach, w pewnym momencie powiedzieliśmy funduszowi, że musimy wstrzymać pewne procedury.

Mało tego – część dostawców powiedziała, że nie jest w stanie dłużej kredytować instytutu. Mieliliśmy w tamtym miesiącu taką sytuację i próbowaliśmy z funduszu uzyskać jakąś pomoc. Niestety, ta pomoc była nieadekwatna do naszego zapotrzebowania. Poza tym wyciąganie tej pomocy było trochę poniżej poziomu tego, co powinniśmy robić, czym się powinniśmy zajmować. My powinniśmy leczyć.

Jakie są przyczyny tego, a może nawet nie tyle przyczyny, ile jaka jest sytuacja w tej chwili? Do tej pory nie mamy agregacji umów. Podejrzewam, że w tej chwili całe Mazowsze, także wszystkie instytuty na terenie województwa mazowieckiego, również nie mają zaagregowanych kontraktów. Ta luka, ta sytuacja – ten stan niepewności jest przedłużany nie wiadomo z jakich przyczyn. Poza Mazowszem te kontrakty są już pozawierane, wyagregowane.

W naszym przypadku kontrakt czy propozycje Narodowego Funduszu Zdrowia nie przewidują wielu procedur wysokospecjalistycznych, które powinny być przejęte do funduszu z Ministerstwa Zdrowia, to znaczy przeszły z Ministerstwa Zdrowia. Ministerstwo ich nie realizuje, fundusz niestety także nie. I to jest następny dramat, z którym my się codziennie spotykamy. Są pacjenci, którzy dzwonią do nas, którzy są w kolejce, mieli zaplanowane wykonanie procedury i niestety nie jesteśmy w stanie nic im powiedzieć do momentu, kiedy sami nie otrzymamy informacji z funduszu.

Kolejną sprawą jest kontraktowanie w sposób uniemożliwiający rozliczenie. Od stycznia przy pomocy konsultantów krajowych wskazujemy funduszowi świadczenia, które zostały zakontraktowane w sposób, który nam uniemożliwia rozliczanie tych świadczeń. Takim znamienym przykładem jest koronarografia, jeden z podstawowych zabiegów; w instytucie robi się jej tysiące. W tej chwili, niestety, mamy możliwość wykazania jednej trzeciej tych świadczeń. To ma implikacje z jednej strony statystyczne, ponieważ fundusz nie ma informacji odnośnie wykonanych faktycznie świadczeń, a z drugiej strony finansowe, bo my nie dostajemy pieniędzy za te świadczenia. Do chwili obecnej to jest około 2 milionów zł, którymi instytut kredytuje fundusz. Te świadczenia zostały wykonane; w zeszłym roku były normalnie opłacone, a w tej chwili ich nie ma.

Niestety, na wszystkie nasze prośby czy na większość naszych próśb nie dostaliśmy odpowiedzi. W sprawach dotyczących nowych procedur medycznych także nie mamy odpowiedzi. Dwa lata temu, rok temu, także w tym roku, instytut realizując swoje zadania statutowe próbuje wdrażać nowe techniki czy nowe procedury medyczne, które są zgodne z trendami światowymi. Niestety, z uwagi na funkcje płatnika, ze względu na środki, nie mamy odpowiedzi, nie ma żadnych decyzji, czy powinniśmy takie procedury wprowadzać.

Niestety, trzeba sobie powiedzieć, że fundusz przy ograniczonych środkach nie będzie zainteresowany tym, żeby wprowadzać nowe procedury, bo one są po prostu drogie; funduszu nie stać na takie procedury. To niestety bije w szeroko pojęty rozwój

nauki i medycyny, bo nie możemy wykonywać procedur, które powinniśmy wykonywać, chcąc gonić rzeczywistość, Europę i świat.

Teraz już ostatni punkt, ale chyba najważniejszy. Ceny, które są w tej chwili oferowane, nie uwzględniają w żaden sposób poziomu referencyjności. Ceny są sztucznie wyrównywane. To, że one są sztucznie wyrównywane, to jest może prawidłowe, jeżeli chodzi o ten pierwszy czy drugi poziom. Jeżeli chodzi o nas, to w tej chwili wszystkie czy zdecydowana większość przypadków, które trafiają do instytutu, są to już przypadki wyselekcjonowane – i są to przypadki najdroższe. Wymagają one nie jakiejś jednej procedury standardowej, tylko łączenia wielu procedur. Niestety, fundusz w wielu przypadkach rozlicza tylko jedną procedurę, a są to koszty, które idą naturalnie w straty instytutu.

Tak jak wspominałem, my wielokrotnie przedstawialiśmy funduszowi nasze kalkulacje i prosiliśmy o ich weryfikację. Niestety, do tego nie dochodziło, co jest naszą bolączką, bo nikt nie chce z nami rozmawiać. To jest problem.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Ogólne tendencje, jeżeli chodzi o przychody: przychody spadają przy rosnącej liczbie pacjentów. To jest fakt, który wynika także z tego, że jest coraz mniej pieniędzy, a z uwagi na otwartość systemu coraz więcej pacjentów chce się leczyć w takich jednostkach, jak Instytut Kardiologii. W związku z tym średni przychód na pacjenta także spada przy założonej stałej, a w zasadzie wzrastającej kosztowności procedur. Niestety, chociażby to, że sprowadzamy środki techniczne z zagranicy, w związku z różnicą kursów powoduje, że płacimy coraz więcej. Ponadto odejście od przetargów, nawet ogólnopolskich, powoduje to, że cena jednostkowego środka technicznego jest większa.

Instytut traci... Nie tylko Instytut Kardiologii, ale także inne tracą tożsamość jednostki naukowej na rzecz jednostki klinicznej – o czym już wspominałem – bo ponad 80% przychodów jest związanych z działalnością kliniczną, nie z działalnością naukową i ceny procedur są w tej chwili niewiarygodnie wyszacowane.

W Ministerstwie Zdrowia na początku roku, w momencie kontraktowania, zapewniono nas, że w połowie roku zostanie przeprowadzona weryfikacja cen, ponieważ ministerstwo samo stwierdziło, że zdaje sobie sprawę, iż te kalkulacje dotyczące cen świadczeń do tej pory są niewiarygodne. Mieliśmy być poproszeni także o pomoc przy tej weryfikacji. Niestety do chwili obecnej – a wiemy, że ministrowie się parę razy zmieniali – do tego nie doszło.

Jest także niepewność co do wysokości i jakości kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Użyję takiego słowa, u nas dosyć często ostatnio wypowiedzianego: „dramatycznie”. To dramatycznie wpływa na naszą sytuację, ponieważ my w kontaktach z bankami, z dostawcami, często nawet nie jesteśmy w stanie się określić. Przez pół roku trwa sytuacja, że my mówimy: może za miesiąc, może za tydzień będziemy coś wiedzieć; nie mamy informacji. Myślę, że to mogą także potwierdzić koledzy z innych instytutów. Ta niepewność już trwa za długo i to tylko pogarsza sytuację. Często ze strony dostawców następuje odmowa dostarczania środków technicznych, tych najdroższych w naszym przypadku. Czasami musimy stawać z pracą. Na szczęście to się jeszcze nie przełożyło na to, żeby pacjenci zaczęli umierać, ale należy się z tym liczyć, jeżeli ta sytuacja się utrzyma...

Krócej chciałbym mówić o kosztach – z tego powodu, że w zasadzie, jeżeli o nie chodzi, to jednostki same ze sobą muszą dojść do ładu. Jakie działania są prowadzone,



żeby zmieniać strukturę kosztów? Chciałbym państwu pokazać, jak to wygląda. W łącznych planowanych kosztach na poziomie 120 milionów zł w roku 2003, 44% stanowią wynagrodzenia; myślę że przy tej najbardziej wyspecjalizowanej kadrze poziom 44% nie jest bardzo wysoki. W bankach, jeżeli jednostki występują, to do 60% przy normalnych jednostkach jest to poziom akceptowany. A w naszym przypadku jest on dużo niższy.

Duży udział w kosztach mają materiały, głównie środki techniczne, te najdroższe, potrzebne przy realizowaniu także najdroższych procedur medycznych. Usługi obce – staramy się w tej chwili jak najczęściej korzystać z *outsourcingu*, zmieniać strukturę kosztów, odciążać część związaną z wynagrodzeniami na rzecz usług zewnętrznych. Tak zrobiliśmy na przykład jeżeli chodzi o pralnię czy o laboratorium. To daje nam wymierne efekty ekonomiczne.

Amortyzacja, 8%, jest także częścią kosztów. To jest istotna sprawa, bo to dotyczy odtwarzania majątku. Taki jest, jak się wydaje, minimalny poziom, żeby można było mówić o tym, że majątek się nie starzeje w sposób zastraszający. W przypadku instytutu jest to około 10 milionów zł, ale to jest poziom minimalny. Ja tylko powiem, że ten sprzęt, który mamy w instytucie, czy ten budynek, już są w dużej mierze zamortyzowane, tak że my już tutaj nie wykazujemy dużej części sprzętu, który po prostu jest stary i na razie w tych realiach nie mamy za bardzo możliwości, żeby mówić o jego odnowieniu.

Inne koszty to jest drobny procent – 3%.

Co tutaj chciałbym podkreślić? Jeżeli chodzi o wynagrodzenia kadry medycznej, to w porównaniu z innymi poziomami referencyjnymi nie są one duże. Myślę, że podobnie jak w innych instytutach, działania restrukturyzacyjne są na tyle dobrze i wnikliwie prowadzone, że możemy powiedzieć, iż strukturę kosztów mamy dobrą, ustabilizowaną. Tutaj dużo więcej oszczędności już nie zrobimy.

Jakie mamy ogólne tendencje w Instytucie Kardiologii? Jedną z nich to spadek zatrudnienia. Tak jak powiedziałem, staramy się korzystać z firm zewnętrznych, bez zwolnień białego personelu. Staramy się więc na razie nie sięgać po ten najbardziej drastyczny środek, jakim jest zwalnianie lekarzy, ale prawda jest taka, że w tej sytuacji może dojść także do tego.

Spadek funduszu bezosobowego. Ograniczamy pewne umowy zlecenia, które były w latach ubiegłych. Wzrost udziału usług obcych. Tak jak wspomniałem, pralnia czy laboratorium to są przykłady w naszym instytucie na to, jak zwiększamy strukturę usług obcych. Amortyzacja. Akurat w naszym przypadku jest wzrost amortyzacji z uwagi na oddany blok, który państwo mieli okazję zobaczyć.

Jaka jest prognoza wyniku finansowego w 2003 r.? Planujemy stratę. Ta strata jest stosunkowo niewielka, jeśli spojrzymy na przychody, ale w sytuacji, którą mamy, nie byliśmy w stanie zrównoważyć wiarygodnie przychodów z kosztami; ta strata jest niewielka. Dlaczego? Chciałbym pokazać państwu, jak wynik finansowy wyglądał w latach ubiegłych. Od momentu wejścia w życie systemu ta strata nam rosła dosyć szybko. Wynikało to chociażby z tego, że z jednej strony struktura kosztów była troszeczkę niedopasowana, a z drugiej strony te wszystkie sprawy związane z kontraktowaniem świadczeń, ze zmieniającą się liczbą, czy z tą niepewnością, wpływały na to, że nie byliśmy w stanie dopasować przychodów do kosztów. Po prostu system był na tyle niestabilny, że było to trudne.

Po trzech latach, w roku 2002, udało nam się ograniczyć stratę do 2 milionów 500 tysięcy zł, więc, jak nam się wydaje, te negatywne tendencje zostały zatrzymane, ale w roku 2003 niestety chaos w kontraktowaniu może doprowadzić do wszystkiego. Tak że jeżeli chodzi o te nasze plany, to patrząc na bieżącą ich realizację muszę powiedzieć, że będziemy mieli bardzo trudną sytuację, żeby dojść do takiego wyniku na koniec roku. W tej chwili, po pięciu miesiącach, nasza strata jest porównywalna z tą stratą z roku 2001 i to niestety w dużej mierze wynika z działań funduszu.

Jakie są tego przyczyny? W zasadzie możemy powiedzieć, że są dwie główne przyczyny. Jedną z nich jest zmniejszenie poziomu finansowania, bo środki, które wpływają do instytutu, są cały czas mniejsze, a struktura kosztów jest może nie tyle niezmienną, co polepszoną. Z roku na rok tę strukturę polepszamy, restrukturyzujemy. Można powiedzieć, że działamy jeszcze bardziej efektywnie, ograniczamy to, co możemy, żeby ratować pacjentów.

Drugą taką w zasadzie bardzo istotną przyczyną są wykonane... Świadczenia zostały wykonane, zostały zużyte środki techniczne, została użyta praca ludzi, za którą także były zapłacone pieniądze, ale w zasadzie środki nie zostały zwrócone do instytutu, koszty nie zostały pokryte. To jest kwota około 8 milionów 500 tysięcy zł od 1999 r., z tym, że za 2000 r., 2001 r. prawie zapłacono, jeszcze troszeczkę nam, że tak powiem, wisi za 1999 r., a za ostatnie lata – 8 milionów 500 tysięcy zł.

Nie będę się znacznie mijał z prawdą, jeżeli powiem, że jeśli mielibyśmy te pieniądze za wykorzystane środki, to moglibyśmy normalnie funkcjonować. W tej chwili, niestety, musimy dochodzić do nadwykonań, środków za te nadwykonania, poprzez sprawy sądowe, co nie jest wygodne ani dla nas, ani dla płatnika, bo sądząc się z funduszem, który jest naszym podstawowym płatnikiem, jesteśmy trochę na straconej pozycji. Staramy się to robić, bo nie mamy już w tej chwili żadnych innych możliwości.

Inwestycje. W tym roku zaplanowaliśmy na inwestycje około 6 milionów zł. Przed chwilą pokazywałem państwu amortyzację – jest ona na poziomie 8%, czyli 10 milionów zł. Są to na pewno inwestycje niewystarczające dla tego rodzaju jednostki. Jednostki, która ma statutowe obowiązki związane z nauką, z kształceniem, z propagowaniem nowych technik medycznych.

W zasadzie tylko połowę tych środków udało nam się uzyskać z funduszu – są to niecałe 3 miliony zł. Wspomaga nas Ministerstwo Zdrowia. Znowu powiem, że jest to poziom zdecydowanie niewystarczający. 2 miliony zł dla jednostki, która powinna otrzymać co najmniej 10 milionów zł, żeby normalnie pracować, to jest poziom zdecydowanie za niski.

Jakie jest przeznaczenie tych środków? W naszej sytuacji mamy w zasadzie takie dwie główne grupy wydatków. Pierwsza to wydatki na modernizację budynków. Ten budynek konkretnie jest w takim stanie... Można powiedzieć, że należałoby go zamknąć od dzisiaj – taki jest jego stan techniczny. Niestety nie możemy sobie takiej sytuacji wyobrazić, dlatego musimy łątać dziury, które są, i modernizować to, co możemy. Druga grupa to sprzęt i urządzenia medyczne. Także nasze zaplecze techniczne jest bardzo zużyte, stare, choć staramy się realizować wszystkie procedury, które są w tej chwili procedurami z najwyższej półki na świecie i w Europie.

Jak powiedziałem, to są za małe inwestycje i w zasadzie poziom inwestycji dla instytutu, który utrzymywałby jego działalność, to jest około 15 milionów zł rocznie. Wiemy, że przy kontrakcie z Narodowym Funduszem Zdrowia nie mamy szans na wy-

gospodarowanie takich środków. Jedynym źródłem, z którego będą musiały pochodzić środki na odtworzenie majątku czy utrzymanie tej działalności, jest ministerstwo.

Niestety w tej sytuacji, kiedy 83% funduszy stanowią działania kliniczne, które są bardzo nisko wyceniane, same instytuty nie mają szans na to, żeby wypracować takie środki. Chcę podkreślić, że bez wsparcia ministerstwa po prostu nie mamy szansy na to, żeby dłużej egzystować.

Na koniec chciałbym powiedzieć państwu o kilku zagrożeniach, które wynikają z wcześniej pokazanej sytuacji finansowej. Mamy nadzieję, że nie dojdzie do konieczności redukcji wykwalifikowanego personelu medycznego. To jest takie zagrożenie merytoryczne. Doszliśmy do sytuacji, w której nie możemy zrobić nic więcej oprócz tego, że możemy zredukować część białą. I to jest zagrożenie dla tego potencjału, który został zgromadzony w instytucie, dla przyszłości naszego państwa, bo te osoby są kształcone od iluś lat. Nie da się ich łatwo odzyskać, a łatwo można je stracić.

Są też techniczne zagrożenia związane z małymi inwestycjami, czyli to, że my możemy w pewnym momencie nie być w stanie świadczyć pewnych usług z tym personelem, który mamy.

Wysoki poziom zobowiązań – to jest zagrożenie finansowego funkcjonowania. W tej chwili zobowiązania instytutu są na poziomie 30 milionów zł, z czego znaczna część to zobowiązania wymagalne. Wpływa to na płynność finansową, która jest w tej chwili w instytucie zagrożona.

Podsumowując całą działalność muszę stwierdzić, że zagrożeniem jest wykonywanie wysoko specjalistycznych świadczeń. Z naszej analizy kosztowej wynika że świadczenia wysoko specjalistyczne są deficytowe z uwagi na zbyt niską ich wycenę. Czyli wykonując te świadczenia pogłębiaamy stratę instytutu. I to jest dylemat, z którym niestety instytut nie ma się jak zmierzyć, bo z jednej strony musimy te świadczenia wykonywać, a z drugiej strony one pogłębiają naszą zapaść finansową.

To w zasadzie tyle chciałem państwu przekazać. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo, Panie Dyrektorze.

Czy są pytania do pana dyrektora Berdygi? Do zadawania pytań zachęcam również naszych gości, nie tylko członków Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

Pan senator Pawłowski – proszę.

**Senator Wojciech Pawłowski:**

Panie Dyrektorze, mówił pan, że występowaliście do funduszu, poprzednio do kas, i nie macie odpowiedzi. Ile takich wystąpień było i jaki okres minął od wystąpienia do dnia dzisiejszego?

**Zastępca Dyrektora do spraw Ekonomicznych  
w Instytucie Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie  
Tomasz Berdyga:**

Ja mogę mówić o sytuacjach... Niektóre sprawy ciągną się od końca 2001 r. i są to...  
(*Senator Wojciech Pawłowski: I bez odpowiedzi?*)

W zasadzie mogę powiedzieć, że nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Sprawa jest cały czas w toku. To jest na przykład sprawa pierwotnych angioplastyk, a także zawalu, również związana z rozliczeniami międzykasowymi. To są przypadki, które nie zostały do tej pory rozliczone. Nie ma merytorycznych zastrzeżeń co do realizacji tych świadczeń, a tak jak mówię – nie mamy do tej pory odpowiedzi ani pieniędzy.

Jeżeli mówimy o tych najświeższych sprawach, w tym roku, to w zasadzie od końca stycznia my występujemy do funduszu, a ostatnio także do ministra zdrowia i do centrali funduszu, proponujemy rozwiązania i czekamy na jakieś decyzje – tak odpowiadając wprost. Od stycznia. I w większości przypadków nie mamy odpowiedzi albo te odpowiedzi wydłużają termin – że może za tydzień będzie odpowiedź albo za dwa tygodnie nastąpi proces agregacji umów i będzie jakaś decyzja.

Ostatnio, przez ostatnie dwa tygodnie, wydzwaniałem do funduszu, do kasy, a także do ministerstwa. I co najmniej dwa razy udało mi się zatoczyć takie koło kompetencyjne, bo byłem kierowany od osoby do osoby i w końcu trafiałem do tych samych osób, które były polecane na początku. A w spotkaniach osobistych okazywało się, że te osoby w ogóle nie są odpowiedzialne za tę część działalności. Tak więc trzeba powiedzieć, że w tej chwili chaos kompetencyjny, jaki jest przy podejmowaniu decyzji po stronie funduszu, uniemożliwia nam pracę.

*(Dyrektor Instytutu Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie Zbigniew Religa: Czy mogę coś powiedzieć?)*

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Proszę bardzo.

**Dyrektor Instytutu Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie  
Zbigniew Religa:**

Panie Senatorze, jest sytuacja arcydramatyczna, a dramatyczność tej sytuacji polega na tym, o czym w ostatnim zdaniu powiedział pan dyrektor Berdyga. Obecnie przedstawiciele mazowieckiego oddziału funduszu podkreślają fakt, że nie mają żadnych kompetencji do podejmowania decyzji. To jest dramat, dlatego że od 1 kwietnia nikt nie podejmuje decyzji. Kiedy stawiamy pytania, odpowiedź jest taka: ja nie mam kompetencji, żeby zająć stanowisko. I tu, przy normalnie toczącej się pracy, w ciągu trzech miesięcy...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

My cały czas nie wiemy, czy za to, co robimy, będzie zapłacone, czy nie, bo nie ma odpowiedzi.

Niestety zdarzają się również i przyrzeczenia ustne najwyższych urzędników, nie pośrednich, tylko na przykład dyrektora mazowieckiego oddziału funduszu, a więc osoby mającej absolutnie najwyższą rangę. I oni mówią: wykonujcie te procedury, my wam jakoś zapłacimy. To było dzisiaj mówione. I to było tu, w instytucie, podczas wizytacji – a za tydzień jest to od nowa.

Ten chaos organizacyjny, który się wytworzył, brak decyzji i wręcz błędne informacje, które otrzymujemy – to jest niezwykle niebezpieczne. Nie mówię tu jedynie o niebezpieczeństwie finansowym. Jest to niezwykle niebezpieczne.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, to głos chciałby zabrać pan dyrektor Pinkas.

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Proszę bardzo.

**Zastępca Dyrektora do spraw Klinicznych  
w Instytucie Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie  
Jarosław Pinkas:**

Tak, ja chciałbym dodać jedno zdanie, ponieważ wydaje mi się, że dobrze jest operować konkretnymi. Pan senator zapytał, czy my mamy odpowiedź na nasze pisma.

Przez siedem lat instytut prowadził poradnię antynikotynową. Mieliśmy ogromne doświadczenia, badaliśmy pacjentów. Jakie są wyniki prac? Jakie są wyniki pacjentów tej przychodni? Był taki okres, kiedy mieliśmy 60% sukcesów. Co roku badaliśmy pacjentów, którzy przeszli przez tę poradnię – 60% z nich nie paliło.

We wrześniu zeszłego roku napisałem pismo do Mazowieckiej Kasy Chorych o to, żeby zakontraktować poradnię antynikotynową. Do lutego nie mieliśmy żadnej odpowiedzi, mimo dwukrotnych monitów o zakontraktowaniu. 1 maja z gazet dowiedzieliśmy się, że poradnia antynikotynowa została zakontraktowana w jakimś tam niepublicznym zakładzie, a nie w naszym instytucie.

*(Głos z sali: Słynna sprawa.)*

Tak jest. I to są właśnie bardzo konkretne sprawy. Te mam przygotowane, więc je pokazałem, ale takich spraw jest więcej.

Gdybyśmy mieli ocenić, na ile wniosków mamy odpowiedzi, to myślę, że być może byłaby to 1/3 z nich. Zresztą są to odpowiedzi bardzo enigmatyczne: a może jeszcze coś wymyślimy, ale to nie nasza kompetencja. Generalnie po prostu wszyscy zasłaniają się brakiem kompetencji – to nie my, to tamci; sprawa została przekazana i odpowiedzi de facto nie ma. Totalna niewiadoma.

**Zastępca Dyrektora do spraw Ekonomicznych  
w Instytucie Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie  
Tomasz Berdyga:**

Zdarzają się przypadki sprzecznych odpowiedzi. Jeden oddział funduszu kieruje nas do innego oddziału, drugi oddział mówi, że to jest kompetencja tego pierwszego. I jesteśmy w patowej sytuacji, bo nie mamy z kim rozmawiać, skoro zarówno jeden, jak i drugi oddział mówi, że to nie jest jego sprawa. A pacjent jest...

*(Głos z sali: Mówimy o oddziałach wojewódzkich.)*

Tak, o oddziałach wojewódzkich. To jest ten przykład, który dzisiaj mieliśmy, a takich przykładów jest niestety więcej. Na nasze nieszczęście to dotyczy najbardziej specjalistycznych świadczeń, które w latach ubiegłych fundusz czy jeszcze kasa postanowiła usunąć z kontraktu, bo są to zdarzenia jednostkowe. Być może dwa czy trzy lata temu to były zdarzenia jednostkowe, ale w tej chwili, jeżeli w niektórych procedurach jest tego już ponad setka, to już nie jest zdarzenie jednostkowe. I fundusz sam sobie nakłada tę pracę, że musi tych sto wniosków rozpatrzyć indywidualnie – zupełnie niepotrzebnie, bo i tak są one rozpatrywane i w tamtym roku dawało nam się odzyskiwać te pieniądze, ale niestety nie za wszystkie procedury.

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, myślę, że to jest właściwy moment, żeby przekazać państwu informację, którą senatorowie otrzymali już dzisiaj na porannym posiedzeniu komisji. Niewątpliwie...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

...bałagan i ogromne zaległości we wdrażaniu nakazanych ustawą o Narodowym Funduszu Zdrowia procedur i zachowań wynikają z błędów w polityce kadrowej i nie ma usprawiedliwienia dla tego zjawiska. I to nie jest takie istotne, kto na tej sali reprezentuje jaką opcję polityczną. Z faktami trudno polemizować.

Byłem poinformowany przed tygodniem, w poniedziałek, w rozmowie z ministrem zdrowia, panem Sikorskim, że do końca ubiegłego tygodnia kwestia kandydata na stanowisko prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zostanie uzgodniona, a w poniedziałek, ten miniony, można spodziewać się jego nominacji. Ta deklaracja nie została spełniona, a urzędnik tego szczebla jak minister zdrowia, członek Rady Ministrów, powinien, moim zdaniem, bardzo wysoko szanować własne deklaracje, własne oświadczenia odnośnie terminów. To powinno być co najmniej równie ważne jak dokument z orłem Rzeczypospolitej Polskiej i różnymi pieczęciami.

Dlatego pozwoliłem sobie skorzystać z okazji pobytu pana premiera Millera we Wrocławiu i poprosić go o rozmowę. Rozmowa ta trwała wprawdzie tylko dwadzieścia minut, ale mogę państwa zapewnić, że nie była dla pana premiera przyjemna. Właśnie dlatego prosiłem, żeby to się odbywało w cztery oczy. I zapewniam państwa, że pan premier dowiedział się ode mnie wszystkiego, co wcześniej dotarło do komisji w formie informacji, niepokojącej informacji, którą potwierdzają wieści, jakie uzyskujemy dzisiaj.

Sformułowania, których użyłem, były jednoznaczne. To nie były ogólniki, to były konkrety. Wysunąłem pod adresem pana premiera określone żądania. Byłem zdziwiony jednym: że wiele informacji, które ode mnie uzyskał, zaskoczyło go. To znaczy, że jak dotąd, o dziwo, innymi kanałami, czyli od ministra finansów ani od ministra zdrowia, te informacje do niego nie docierały. Część z nich miał, ale okazało się, że te najistotniejsze nie dotarły do pana premiera.

Premier podziękował mi za tę rozmowę i zadeklarował, że po powrocie do Warszawy i po posiedzeniu Rady Ministrów, które było we wtorek, jak zwykle... Zresztą na tym posiedzeniu Rady Ministrów – media tego nie podały do wiadomości – była również ocena dokumentu, który wypracowany został przez zespół międzyresortowy. To jest projekt na Radę Ministrów. Zespół międzyresortowy do spraw – nazwijmy to ogólnie – restrukturyzacji zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej. Częściowego, bo tego zadłużenia jednym dokumentem, jedną decyzją, nie da się usunąć – to jest zadłużenie, które narastało przez wiele lat.

Ten zespół został powołany na wniosek tej komisji, proszę państwa, co mówię nie bez satysfakcji, właśnie po posiedzeniu w dniu 20 lutego. Na tym to posiedzeniu, też w sposób dramatycznie jednoznaczny, oceniliśmy sytuację co najmniej w pięciu województwach kraju, ale sygnalizowaliśmy, że te zjawiska można uogólnić dla całego obszaru Polski; to nie jest zjawisko dotyczące tylko pięciu województw. W pięciu województwach nabrało to wymiaru dramatycznego, ale w kolejności ten spadek nakładów, obrastanie zadłużeniami i wreszcie niewydolność, zagrożenie przerwania ciągłości świadczeń zdrowotnych, wystąpi na terenie całego kraju.

Ten zespół przygotował dokument; prezentował go i jest za niego odpowiedzialny pan minister Maślowski, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Niestety, nie udało mi się do tego dokumentu dotrzeć, ponieważ zostałem poinformowany, że przed przyjęciem go przez Radę Ministrów nie będzie upowszechniony. Przepraszono mnie za to, że projektu nie otrzymam. Mam nadzieję, że w ciągu najbliższych dwóch, trzech dni ta sprawa zostanie rozwiązana.

Co jest konieczne, żeby zapobiec nieszczęściu, które sygnalizował pan dyrektor w swoim wystąpieniu – ja mówię w tej chwili o sytuacji ekonomicznej. Otóż trzeba natychmiast powołać kompetentnego człowieka na stanowisko prezesa Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ tylko ten człowiek zgodnie z ustawą może wręczyć nominacje dyrektorom oddziałów wojewódzkich. Dwóch z nich ma nominacje, a reszta to są pełniący obowiązki, którzy nie mają z tego powodu prawa podejmowania jakichkolwiek decyzji ekonomicznych. Dano im symboliczne pole manewru, ale symboliczne, w granicach kilkudziesięciu tysięcy złotych. To wobec skali ponad 30 miliardów zł w kasie rzeczywiście ma wymiar symboliczny. Druga decyzja to powołanie wreszcie tych dyrektorów, a trzecia decyzja to, zgodnie z delegacją ustawową, przekazanie prawa do negocjacji kontraktów i podpisywania kontraktów przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich funduszu. I to trzeba zrobić bardzo szybko.

Pozwoliłem sobie również, pomimo tej nocnej rozmowy z panem premierem, już nie jako reprezentant komisji, tylko jako senator sprawujący mandat, wysłać do niego w dniu wczorajszym obszerniejsze, trzystronicowe pismo, list senatorski, gdzie wzmocniłem argumentację przekazaną dzień wcześniej. Powołałem się na rozmowę, ale rozszerzyłem informacje i zgłosiłem chyba w ośmiu czy dziewięciu punktach to, co uważam za konieczne do wykonania w najbliższym czasie w trybie pilnym, jeżeli ma nie nastąpić katastrofa, zapaść ekonomiczna całego systemu finansowania na terenie całej Polski. Takich określeń używałem w rozmowie z premierem i w korespondencji, nie widzę więc powodu, żeby łagodniej wypowiadać się na posiedzeniu komisji. To jest informacja, którą chciałem państwu dostarczyć; nie można przedłużać tej sytuacji.

Mam nadzieję, Panie Dyrektorze, że w momencie kiedy te podstawowe, elementarne warunki zostaną spełnione, w ciągu najbliższych kilkunastu dni – mam nadzieję, że to będzie okres kilkunastu dni, a nie kilku tygodni, bo to jest w moim odczuciu i przekonaniu okres za długi – te sprawy ruszą z miejsca, będzie wreszcie partner do rozmowy, który będzie mógł składać nie tylko deklaracje, ale przede wszystkim będzie mógł podpisywać określone dokumenty, a złożone deklaracje będzie musiał respektować i będzie miał do tego uprawnienia. Będzie miał uprawnienia do składania deklaracji, ale będzie miał również uprawnienia, a właściwie obowiązek, by konsekwentnie te deklaracje realizować, bo będzie już pełnoprawnym dyrektorem.

Tyle informacji – wiem, że są one niepokojące. Ale przynajmniej sygnalizują państwu próby ruszenia z miejsca tej sprawy. Ta komisja ruszyła sprawę 20 lutego. Ta komisja doprowadziła do uświadomienia ministrowi finansów, co dzieje się w służbie zdrowia.

Ostatnia uwaga z mojej strony. Proszę państwa, nieszczęście stało się w momencie wydzielenia składki na ubezpieczenie zdrowotne jako składki parabużetowej, bo ona wyłączona zostanie z budżetu i pan minister finansów bez względu na to, jak się nazywa... Kolejni ministrowie finansów powiedzieli i z góry założyli – państwo sobie nazwiska ministrów dopasujecie do doktryn, które były wypowiedziane – że służba

zdrowia marnotrawi kolosalne środki i trzeba ją instrumentami ekonomicznymi przymusić do oszczędności, bo innych instrumentów nie ma. To była doktryna ministra finansów. Ona pokutowała; ministrowie się zmieniali, ale doktryna obowiązuje.

Problem w tym, że w momencie kiedy składka wyszła ze środków budżetowych, z wydatków budżetowych, część wpływów tylko... Kolejni ministrowie finansów uznali, że nie jest to ich sprawa. Wystarczająco dużo problemów mają z koncepcją corocznych budżetów, żeby się jeszcze zajmować środkami, które nie są środkami budżetowymi – niech się tym zajmuje kto inny. I powstało pytanie: kto? Jeżeli nie minister finansów, jeżeli nie minister zdrowia, który w systemie kas chorych nie odpowiadał tak na dobrą sprawę ani za losy zakładów opieki zdrowotnej, ani za losy pacjentów, to kto?

I dopiero 20 lutego miałem okazję usłyszeć od pani minister Wasilewskiej-Trenkner, odpowiedzialnej za budżet, że ona po sześciogodzinnej dyskusji z przedstawicielami władz województwa dolnośląskiego – bo na tym przykładzie najłatwiej było pokazać dramat, który się odbywa w służbie zdrowia – dopiero teraz zorientowała się, co się naprawdę dzieje w tym sektorze, w ogóle w ochronie zdrowia, bo minister finansów był cały czas, przez dobre kilka lat, z boku. Wykazywał *désintéressement* tym problemem.

Teraz trzeba wprowadzić ministra finansów, kolejnego ministra finansów, w problemy ochrony zdrowia i dopilnować cały czas określonej... Bo naprawdę kompetencje ministra zdrowia są tu bardzo skromne. My tak naprawdę mówimy cały czas o pieniądzu, a te pieniądze są w dyspozycji innego ministra.

Proszę bardzo – pani senator Krzyżanowska.

### **Senator Olga Krzyżanowska:**

Postaram się mówić krótko.

Wydaje mi się, że ten problem, o którym mówił pan przewodniczący w sensie szybkiego mianowania prezesów czy prezesa, szybkiego dania władzy oddziałom... Bo praktycznie na dzisiaj o to się wszystko potyka. I wydaje mi się – nie wiem, to już komisja musi podjąć decyzję – że to powinna być opinia komisji. Nie tylko list pana przewodniczącego, ale opinia komisji w związku z tym, że uważamy, iż to jest najpilniejsza, najbardziej nagląca sprawa. Pieniądzy – powiedzmy sobie szczerze – nie przybędzie. Cokolwiek byśmy tu państwu obiecywali, to jest tyle, ile jest. Ale to, że panuje taki bałagan i państwo nie wiecie, na czym stoicie, jest dodatkową przeszkodą, która praktycznie hamuje jakąkolwiek przyzwoitą działalność, nie mówiąc już o planowaniu. Według mnie to jest pierwszy problem.

Drugi problem, który dzisiaj mniej może się przewijał, bo mówiliśmy jednak o dramacie najważniejszym, jeśli chodzi o finansowanie, to jest kwestia, jak powinny być opłacane procedury wysoko specjalistyczne. Moim zdaniem możemy próbować rozmawiać z Ministerstwem Zdrowia, nawet próbować zrobić, powiedziałabym, mowelizację do ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia – przecież mamy prawo inicjatywy ustawodawczej – żeby procedurami wysoko specjalistycznymi nie zajmował się Narodowy Fundusz Zdrowia, bo instytuty zostaną zalane przez tych pacjentów, którzy stoją tutaj, bo muszą być przyjęci. Macie państwo ostre dyżury, musicie ich przyjąć, nie możecie odmawiać.

I ostatnia sprawa, ostatni argument na to, co powiedziałam, to jest taka kwestia, że jeżeli tego nie zrobimy, to specjaliści, których się udało wykształcić... Za pięć,



sześć lat nie będzie o czym mówić, bo będą stare procedury, lekarz będzie dalej ganiał ze słuchawką; ja tak zaczynałam czterdzieści pięć lat temu i to było tanie. Dzięki Bogu tak teraz nie jest.

Wydaje mi się, że musimy tutaj poruszać nie tylko sprawy finansowe, ale również kwestię kadry wysoko specjalistycznej, którą Polska straci. I sugeruję też, żebyśmy, jeżeli podejmiemy taką decyzję, wystąpili z pilną opinią komisji, bo to trzeba teraz, na bieżąco, o tym myśleć. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo.

Wywiązała się dyskusja, której nie było w tym punkcie porządku obrad. Jesteśmy znacznie opóźnieni, ale wydaje mi się, że ta wymiana informacji i opinii jest ważniejsza niż utrzymanie punktów porządku obrad i rozpisanie czasu, bo w końcu po to tutaj między innymi jesteśmy.

Przepraszam, ja bym chciał jednak udzielić teraz głosu panu senatorowi Relidze, który zgodnie z porządkiem obrad ma zamknąć w pewnym sensie temat uzupełniająco.

*(Dyrektor Instytutu Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie Zbigniew Religa: Mieliliśmy pójść na dół.)*

Wiem. To co – wolisz, żebyśmy na razie zrobili przerwę?

*(Dyrektor Instytutu Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie Zbigniew Religa: Tak, tam po prostu czekają na nas.)*

Gospodarz proponuje, żebyśmy poszli na spóźniony nieco obiad i spróbowali wrócić na salę obrad, nadrabiając czas, nie stracony wprawdzie, bo to nie był czas stracony, ale chodzi o te opóźnienia w stosunku do porządku obrad, które powstały.

*(Dyrektor Instytutu Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie Zbigniew Religa: Wszystkich zapraszamy.)*

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Bardzo proszę. A kto nas będzie prowadził?

*(Dyrektor Instytutu Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie Zbigniew Religa: Ja będę prowadził.)*

*(Przerwa w obradach)*

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Nie będę dokonywał oceny obiadu, ponieważ słyszałem tyle komplementów kierowanych pod adresem dyrektora instytutu i pracowników kuchni, że byłoby truizmem powtarzanie tych znakomych opinii.

Mamy spore spóźnienie, ale mam nadzieję, że po pewnych korektach jakoś uda nam się nadrobić czas. Nie chcę ograniczać dyskusji. Chciałbym prosić pana profesora Religę, senatora i członka komisji, żeby swoje wystąpienie potraktował może już jako wprowadzenie do dyskusji, ale zgodnie z tematem, który został zapisany w porządku obrad. Bardzo proszę.

**Dyrektor Instytutu Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie  
Zbigniew Religa:**

Proszę państwa, będę mówił bardzo krótko, bo między innymi liczę na wypowiedzi kolegów z innych instytutów i nie chciałbym całkowicie zdominować rozmowy przez sprawy Instytutu Kardiologii.

Chcę poruszyć jedną sprawę, jak gdyby ekstra – sprawę nadwykonań. Jest to przekleństwo, które nas spotyka od paru lat. Jako dyrektor nie czuję się do końca winny. Kiedyś miałem mniej więcej tego typu rozmowę z panem premierem Belką. Zadałem mu, jako ministrowi finansów, pytanie, co ja mam właściwie robić, bo kontrakty mi się skończyły, a przyjeżdżają chorzy z zawałem serca, żeby ich leczyć. Jego odpowiedź była taka: jako lekarza świetnie pana rozumiem, że pan ich przyjmie, bo musi pan. Ale jeżeli zdecydował się pan być dyrektorem instytutu, obowiązuje pana absolutnie przestrzeganie dyscypliny budżetowej i panu nie wolno jest żadnego innego chorego przyjąć. Taka była odpowiedź: jako lekarz mam przyjąć, jako dyrektor – nie.

W 2001 r. w związku z moją inicjatywą zadłużyliśmy Instytut Kardiologii na 4 miliony zł, wprowadzając program pierwotnej angioplastyki, ale do zadłużenia ja osobiście się nie przyznaję. Nie przyznaję się dlatego, że przed wprowadzeniem tego zabiegu, który zwiększał liczbę kontraktów, automatycznie wystąpiłem z listem do ministra Opali z zapytaniem, czy skoro zamierzam wprowadzić taki program dla ratowania życia ludzi z zawałem serca w Warszawie, Ministerstwo Zdrowia – bo wtedy to było kontraktowane z Ministerstwem Zdrowia – przewiduje zwiększenie liczby kontraktów.

Tych listów wyszło wiele, łącznie z moim listem do premiera Buzka. Nigdy nie otrzymałem odpowiedzi – ani w tę stronę, ani w tamtą. Pomijam to, że chyba udzielenie odpowiedzi obowiązuje urzędnika państwowego bez względu na to, na jakim on jest stanowisku.

Ten program został wdrożony i nigdy nam za to nie zapłacono. Minister Łapiński, jak został ministrem, obiecał, że na to nadwykonanie znajdą się pieniądze. Obiecał, że zapłaci. Ja mu wtedy, zresztą nieopatrznie, z trybuny Senatu podziękowałem za tę inicjatywę. I źle zrobiłem, ponieważ nigdy tych pieniędzy nie dostałem i bardzo żałuję, że mu dziękowałem.

W związku z tym Ministerstwo Zdrowia zostało podane przeze mnie do sądu. Sprawa się toczy. Czy wygramy, czy nie – diabeł wie, ale jeśli tak, to zapłacą nam kiedyś.

Dlaczego ja poruszam tę sprawę? Dlatego, że w ubiegłym roku kasa chorych nam zmniejszyła kontrakty tuż przed końcem roku. W ostatnim kwartale myśmy mieli zmniejszone kontrakty. Wszyscy – więc poruszam wspólną sprawę.

Proszę państwa, są chorzy, których myśmy poprzyjmowali. I znowu jest wpadka finansowa. Naprawdę z czyjej winy? Przecież nie z winy dyrektora, obojętne, tego czy innego instytutu. Tak nie da rady racjonalnie prowadzić naszych instytucji. To jest jakaś obłędna historia.

Ale skoro mówimy o naszych instytucjach, to w tej chwili chcę się odnieść do instytutów, które reprezentujemy. Państwo widzieli, że główne pieniądze w budżecie Instytutu Kardiologii to są pieniądze, które idą z funduszu czy z ministerstwa, ale na nasze świadczenia medyczne. My jesteśmy szpitalem. I, co gorsza, nas traktuje się jak zwykły szpital, jak każdy inny szpital, a tak nie jest.

Ja już nie będę męczył was ustawą, w której jest zapisane, po co my jesteśmy. My nie jesteśmy tylko do leczenia chorych. My mamy uprawiać naukę, mamy ustalać standardy, mamy kreować politykę w naszych dziedzinach. Siłą rzeczy, jeśli oprócz leczenia mamy inne tego typu zadania, musimy mieć większe zatrudnienie. I mamy większe zatrudnienie, niż przeciętnie w szpitalu wojewódzkim czy w szpitalu powiatowym. Ale żeby przeżyć, to praca lekarzy musi być maksymalna, a jeśli to jest praca maksymalna, to nie ma czasu na inne sprawy. Po prostu tak jest. My nie jesteśmy tylko od leczenia, zadania dla instytutów są znacznie, znacznie szersze, czego nikt nie bierze pod uwagę – ani fundusz, ani Ministerstwo Zdrowia, ani KBN. Dotacje z KBN są takie, że my możemy prowadzić tylko psią naukę. Te pieniądze, które idą na naukę, są bardzo niewielkie. W przypadku Instytutu Kardiologii to są pieniądze idące między innymi na pensje pracowników naukowych. A na naukę zostaje może...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

10 – 20% idzie na naukę, a to są groszowe pieniądze. Jaka nauka będzie z tego? Żadna, byle jaka nauka – bądźmy szczerzy.

*(Głos z sali: I później byle jak leczymy.)*

Właśnie tak.

Proszę państwa, ja jestem przerażony tym, co niejako podsłuchałem w czasie obiadu, a co mówił pan senator Cieślak, nasz przewodniczący: że Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, nie przewiduje trzeciego stopnia referencyjności.

*(Głos z sali: Ministerstwo Zdrowia.)*

Mnie się zdaje, że za chwilę w tej sprawie zabierze głos pan senator. Jest to skrajna głupota i jest to niedopuszczalne. Senatorowie dzisiaj widzieli tych chorych – państwo nie – których myśmy pokazywali. Takich chorych nigdzie indziej, Panie Senatorze, nie ma. A my za te same...

I nie jest prawdą, że wymiana zastawki aortalnej w innych szpitalach – nie będę mówił, w jakim szpitalu konkretnie – i w Instytucie Kardiologii kosztuje tyle samo. Nie kosztuje tyle samo, bo tu pracuje więcej ludzi, bo jest zgromadzone więcej sprzętu, bo tu jest wiele innych spraw. Nie mówiąc o jeszcze jednej kwestii: że wymiana zwykłej zastawki aortalnej – przepraszam, że dam swoje własne przykłady, nie ogólne – kosztuje tyle i tyle, ale inna jest cena zastawki aortalnej robionej w zapaleniu wsierdza, gdzie ryzyko operacyjne jest większe, gdzie choroba jest cięższa i gdzie antybiotyki, potrzebne przez szereg tygodni, są nieprawdopodobnie drogie. A nie jest to wyszczególnione. Wymiana zastawki aortalnej kosztuje tyle i tyle – czy ją zrobimy w zapaleniu wsierdza, czy nie. I dlaczego to u nas więcej kosztuje? Ponieważ tego typu przypadki są tu przysyłane z całej Polski – znowu nie będę wymieniał nazw. Inni nie chcą tego robić, bo jest większe ryzyko, że sobie pogorszą statystykę, będzie większa śmiertelność, a poza tym jest to za drogie. Mówią: no to przyślemy do Instytutu Kardiologii, bo to jest trzeci stopień referencyjności.

Proszę państwa – i słusznie, że jest. Bo jeżeli tu jest zbiór specjalistów, wykształconych ludzi, i jest zbiór sprzętu, a my jesteśmy przygotowani do robienia tego, to nie może to nie być ośrodek, o którym się mówi: trzeci stopień referencyjności. Jak ja słyszę teraz, że nie będzie tego trzeciego stopnia referencyjności, to naprawdę ręce mi opadają; to zaczyna być po prostu przerażające.

Gros naszych pacjentów... Może nie gros, ale dużo naszych pacjentów to są przypadki skrajnie ciężkie, z którymi inne ośrodki nie dają sobie rady. Leczenie tych

pacjentów kosztuje znacznie, znacznie więcej. I identyczne finansowanie tej samej procedury w waszych instytutach czy w moim instytucie i w szpitalu typu wojewódzkiego jest z założenia niesłuszne i nieprawdziwe. U nas to kosztuje po prostu znacznie drożej.

My, dyrektorzy, spotkaliśmy się tu już wcześniej i postulujemy, żeby był jakiś przelicznik przy płaceniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia za nasze usługi, za procedurę, związany z tym, że jesteśmy jednak jednostką nadrzędną. Bo u nas – po prostu zdrowy rozsądek tak mówi – to kosztuje drożej. Musi być jakiś przelicznik.

Proszę państwa, kolejna sprawa, którą chcę w imieniu nas wszystkich poruszyć: naszym organem założycielskim jest minister zdrowia, który tak naprawdę nie poczuwa się do żadnej odpowiedzialności finansowej za nasze instytucje.

Ten szpital ma ponad dwadzieścia pięć lat, trzydzieści lat. Dach się wali, przecieka, inne rzeczy się walą, bez przerwy są naprawy. Ale to kosztuje. Przecież wszyscy wiemy, że to kosztuje. Trzeba wziąć pieniądze, a pieniędzy nie dostajemy. To jest żebractwo – proszenie w Ministerstwie Zdrowia: dach mi się psuje, niech pan mi da jakieś pieniądze.

Poza tym jest głupotą totalną to, że jeżeli ja występuję, powiedzmy, w listopadzie, o środki na remont izby przyjęć i odpowiedź otrzymuję za pół roku – bo to mniej więcej tyle trwa, czy dostaniemy te pieniądze, czy nie – a przez te pół roku zdarzyła się inna tragiczna rzecz, chociażby przeciekający dach, który jest ważniejszy niż ta izba przyjęć, to ja nie mogę wydać tych pieniędzy na dach, ponieważ mam zapisane, że to jest na izbę przyjęć. To jest kolejna totalna głupota. Musimy mieć w Ministerstwie Zdrowia jakiś budżet, o którym my wiemy, ile on będzie w danym roku wynosił. No i trzeba zaufać dyrektorom, żeby mogli tym budżetem dysponować tak, jak to wynika w danym momencie z potrzeb, a nie wydawać je tylko na to, co jest zapisane.

Proszę państwa – chcę, żebyście wy teraz mówili – ja uważam, że jeśli rzeczywistość jest prawdą, że nie utrzyma się trzeciego stopnia referencyjności, jeśli się nie wprowadzi finansowania oprócz tego z Ministerstwa Zdrowia... Ja już nie mówię, że dotacje z KBN na prawdziwą naukę powinny być większe. Chodzi o to, żeby ten budżet z Ministerstwa Zdrowia na nasze działania był sensowny, taki, któryby nam pozwolił odbudowywać tę bazę, aparaturę. Ze starych jeden... W tej chwili pracownia angiografów jest zamknięta, nieczynna, bo nie mamy pieniędzy na to, żeby wymienić ten aparat. To jest koszmarnie drogi sprzęt – to kosztuje 3 miliony 500 tysięcy zł. Jak dostaję z ministerstwa dotację 500 tysięcy zł, to starcza ona na część tego sprzętu. To po prostu tak drogo kosztuje i na to się nic nie poradzi.

Moje postulaty są takie: częściowe budżetowanie nas z Ministerstwa Zdrowia, jednak zaplanowane, powiedzenie nam na początku roku, ile mamy pieniędzy i rzeczywista możliwość dysponowania tymi pieniędzmi oraz przelicznik dla instytutów w kontraktach z Narodowym Funduszem Zdrowia, jeżeli chodzi o wycenę procedur.

Może mówiłem za długo. Przepraszam, Panie Przewodniczący.

### **Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo panu profesorowi.

Otwieram dyskusję.

Jako pierwszy już jakiś czas temu sygnalizował zamiar zabrania głosu pan senator profesor Janusz Bielawski.

Proszę bardzo.

**Senator Janusz Bielawski:**

Panie Przewodniczący! Panie Dyrektorze! Panie i Panowie!

Przyznam się, że jestem pod dużym wrażeniem rzeczowego przedstawienia problemów, z jakimi się boryka instytut. Te problemy występują jak Polska długa i szeroka, poczynając od instytutu w dół do szpitala powiatowego – jest tylko kwestia proporcji. Ale przyjęto założenia – i to się powtarza jak z nagranej taśmy – że jest przerost zatrudnienia, że jest niegospodarność, że jest za dużo przyjęć pacjentów, w domyśle należy tutaj brać pod uwagę, że niekoniecznie sensownych. A jest tak, że rzeczywiście procedury są niedoszacowane. Dla przykładu: cena operacji urazowego kręgosłupa jest tak wyszacowana, że nie pokrywa kosztu implantów. No to przepraszam, to się rezygnuje z tego.

Tutaj jest ta dramatyczna strona tego całego zagadnienia. Przywożą człowieka z zawałem i przecież nie będzie go się tutaj w instytucie leczyć tak, jak się leczyło dziesięć, piętnaście lat temu. Nonsens. Każdy postęp wiedzy kosztuje i tego nikt nie chce zauważyć. Krzyczy się potężnie: restrukturyzować. Za czasów Drugiej Rzeczypospolitej, którą trochę pamiętam, mówiło się na to: redukcja. To znacznie bardziej oddawało rzeczywiste znaczenie tego słowa. Mamy zwalniać personel, mamy przyjmować mniej chorych. Przepraszam najmocniej – jak się taki szpital utrzyma, jeżeli nie będzie wykonywał żadnej pracy? To po prostu go zlikwidować.

Został popełniony straszny błąd na wstępie tej – zresztą nieprzygotowanej – reformy ochrony zdrowia, polegający na tym, że zaniżono stawkę na ubezpieczenie zdrowotne z 10% do 7,5%. Używając retoryki Leppera – wszystkiemu winien jest Balcerowicz.

Ale niektórych poglądów, które mają zakodowane ludzie mający wpływ na decyzje, się nie da wypenić z ich mózgowic. Bo taki wie, że to jest marnotrawstwo, że przerost zatrudnienia, że zbyt drogie procedury itd. Wydaje mi się, że bez dopływu pieniędzy na funkcjonowanie ochrony zdrowia nigdy tych problemów się nie rozwiąże. Zresztą, jak powiedział pan profesor Religa, przecież wiadomo, że tu, gdzie również powinna być uprawiana nauka, to wszystko razem musi drożej kosztować. Ja uważam, że taki pogląd jest w pełni uzasadniony.

A z kolei muszę powiedzieć, że ja funkcjonuję w obrębie szpitala powiatowego, początkowo jako tak zwany detaszowany docent, potem profesor. Z oddziału, który jest w szpitalu powiatowym, wyszło dziewięć doktoratów i wiele publikacji. Ale teraz – co ja mogłem zrobić, na przykład bazując na tym materiale klinicznym, który był zbierany według konkretnego pomysłu? Przecież nie wezmę w tej chwili pacjentów do badania kontrolnego, bo przyjedzie ten, któremu coś dolega – on przyjedzie z własnej inicjatywy – a ten, który się dobrze czuje, nie przyjedzie, bo po prostu ja mu nie jestem w stanie zapłacić za podróż. I w ten sposób również te drobne sprawy – może to nie jest wielka nauka – też zostały uziemione.

Żeby już dłużej nie mówić, opowiem państwu o pewnym konkretnym zdarzeniu. Oddział, którym kierowałem do niedawna, zajmował się – zajmuje się zresztą nadal – leczeniem powikłań infekcyjnych w chirurgii urazowo-ortopedycznej.

Sytuacja jest taka: jest zapalenie kości udowej, pacjent ma niewydolną nerkę, jest kandydatem do przeszczepu nerki i jest jeszcze z obcej kasy, z województwa lubuskiego, bo to było jeszcze za czasów kas chorych. No i była dyskusja z przedstawicielem kasy, bardzo pouczająca. Chodziło o to, kto zapłaci za transport na dializy – trzeba by tego pacjenta transportować do odległego o 30 km miasta, bo u nas wtedy nie było

możliwości dializy. Rozmowa się sprowadza do tego, że do wykonania tej operacji potrzebny jest do implantowania antybiotyków, konkretnie gąbki garamycynowe. Czy kasa to pokryje? Nie, nie pokryje, bo według umowy z Dolnośląską Kasą Chorych... Ja wreszcie mówię temu człowiekowi: proszę pana, ja nie jestem z żadnego instytutu, z kliniki, tylko ze szpitala powiatowego, wobec tego ja muszę przyjąć tych, którzy są z terenu mojego powiatu, a reszta mnie nie obchodzi. No tak, proszę pana, ale pacjent sobie pana wybrał. I to jest sytuacja podobna do tej, o której mówił pan profesor Religa.

Jak to rozwiązaliśmy? Żeby się nie wdawać w dyskusje – ponieważ pacjent był z Nowej Soli, a tam na miejscu była dializa, pojechałem z moim asystentem zoperować pacjenta tam. Oczywiście nikt nie powiedział nawet: pocałuj mnie w nos i już. Może mi to będzie odhaczone w charakterze dobrego uczynku.

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Zasłuchałem się uważnie w wypowiedź pana senatora Bielawskiego.

Proszę bardzo, kto z państwa chce zabrać głos? Będę miał tylko jedną prośbę: ponieważ my częściowo nagrywamy, częściowo protokołujemy posiedzenie, prosiłbym o przedstawianie się mówców.

**Dyrektor Instytutu Reumatologii  
imienia Profesor Eleonory Reicher w Warszawie  
Sławomir Maśliński:**

Ja mam prostą sprawę z przedstawianiem się, bo jestem najbliższym sąsiadem pana profesora Religi, razem okupujemy budynek na ulicy Spartańskiej – to jest Instytut Reumatologiczny. Moje nazwisko: Maśliński.

Może zacznę od początku.

Panie Przewodniczący Najważniejszej dla Nas Komisji Najwyższej Izby!

Czy teraz jest dobrze?

*(Głos z sali: Tak.)*

*(Wesołość na sali)*

*(Przewodniczący Jerzy Cieślak: Wręcz wzorowo, Panie Profesorze.)*

Szanowni Państwo!

Tutaj pan doktor Pinkas pokazywał zdjęcie, bardzo piękne, budynku kardiologii i powiedział, że budynku przy Spartańskiej nie pokaże. Ja wiem dlaczego – bo to się nie nadaje do pokazania. Ja już bym nic nie musiał mówić. Ten budynek wygląda dużo gorzej niż ten, on przez kilkadziesiąt lat nie był remontowany.

Mówiąc bardzo krótko – mamy dokładnie te same problemy, co profesor Religa. Mamy trudnych pacjentów, mamy limity i doprowadzono nas do tego, że musieliśmy zamknąć szpital. Po raz pierwszy w historii zamykamy szpital na trzy tygodnie w czasie wakacji. Urlop jest bezpłatny, ale my musimy zamknąć szpital, bo pracujemy już w tej chwili z pacjentami wrześniowymi, październikowymi. A pieniądze nie napływają; pieniądze dla nas napłyną za czerwiec. My musimy ludziom płacić. I to jest ogromny dramat. Tak to wygląda.

*(Głos z sali: To jest dramat.)*

To jest dokładnie tak samo jak z Instytutem Kardiologii.

Państwo przedstawialiście ceny waszych usług. W tej chwili nowoczesna terapia reumatoidalnego zapalenia stawów kosztuje 60 tysięcy zł – przez rok. Pacjent przychodzi dwanaście razy raz na miesiąc.

*(Przewodniczący Jerzy Cieślak: A wy dostajecie ile?)*

Nic nie dostajemy.

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo panu dyrektorowi.

Proszę bardzo.

**Dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie  
Danuta Ryglewicz:**

Danuta Ryglewicz, Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Chciałabym podtrzymać to, co mówił pan dyrektor. Ta sytuacja jest niebezpieczna we wszystkich szpitalach. Pan senator przedstawiał sytuację w szpitalu, gdzie jest głównie działalność zabiegowa, chociaż nie tylko, bo przecież też ogólnolecznicza.

Ja reprezentuję instytut, gdzie jest psychiatria i neurologia, czyli niezabiegowe kierunki. I tutaj jest to samo. Z tym, że do nas są przyjmowani pacjenci w stanach zagrożenia życia. Na neurologii 50% to są udary, a pacjent z udarem musi być przyjęty, bo śmiertelność jest bardzo duża.

Ja już mówiłam w trakcie obiadu, że Polska jest krajem o najwyższej w Europie wczesnej śmiertelności z powodu udarów. I albo my coś z tym zrobimy, albo będziemy ciągle na konferencjach naukowych pokazywani jako ten najgorszy, ostatni w kolejce kraj, który nie umie sobie poradzić – mówię tu o Europie Zachodniej.

To samo jest z psychiatrią. Pacjent na psychiatrię musi być przyjęty. My nie możemy odmówić pacjentowi, który zagraża sobie czy otoczeniu. To powoduje, że oczywiście pacjentów jest bardzo dużo. To, co się dzieje w tej chwili na psychiatrii – dostawki na korytarzu – jest niezgodne z przepisami bezpieczeństwa. Nie daj Boże, gdyby się coś zdarzyło, to ewakuacja jest prawie niemożliwa.

Jest ta sama sytuacja: nie mamy płacone za nadwykonania. W tamtym roku nam nie zapłacili 2 milionów zł za nadwykonania i oczywiście to rzutuje na nasz budżet.

A to, co mówił tutaj pan dyrektor... Ja, proszę państwa, jestem neurologiem i konsultantem wojewódzkim tutaj, na terenie Mazowsza i boję się, co się będzie działo we wrześniu. Większość dyrektorów ma w tej chwili poczucie, że są limity. Jesteśmy rozliczani w skali rocznej. Wszyscy liczymy, ilu pacjentów przyjęliśmy. Jeszcze pierwsze półrocze z jednym, dwoma miesiącami drugiego półrocza, powiedzmy, nadganiamy, bo mieścimy się w limicie rocznym. Ale ja przewiduję, że we wrześniu, w październiku będzie sytuacja, że kolejne oddziały neurologiczne będą remontowane, będą malowane, będą tam konieczne urlopy. Ale pacjenci chorują. To nie są pacjenci, którzy mogą czekać w kolejce. Ktoś tego pacjenta w grudniu musi przyjąć do szpitala – czy w stanie padaczkowym, czy z udarem, czy takiego, który zagraża sobie, na psychiatrię.

I robi się naprawdę niebezpieczna sytuacja. Z tego, co myśmy tutaj i słyszeli, i mówili, wydaje mi się, że to, co jest potrzebne... W teorii, w założeniu, cała reforma miała polegać na tym, że pieniądz idzie za pacjentem – tak było mówione w założeniu teoretycznym. Pieniądz nie idzie za pacjentem. Nie ma takiej sytuacji...

*(Głos z sali: Dług idzie za pacjentem.)*

Tak, dług idzie za pacjentem. I to nie tylko do tych najwyższych ośrodków referencyjnych, ale do tych naprawdę dobrych ośrodków. Bo przecież można opisać standard, jaki powinien spełniać ośrodek, który jest uważany za ośrodek wysoko referencyjny. Czy to jest klinika, czy to jest oddział powiatowy, jeżeli on spełnia te kryteria, jeżeli ma bardzo dobry zespół operatorów, dobrą aparaturę, to on może być ośrodkiem referencyjnym. I mnie się wydaje, że do tych ośrodków powinny być promesy.

Z mojego punktu widzenia przyjęcie w ustawie, że nie ma promes, że pacjent może sobie przyjechać z dowolnego miejsca w Polsce, przyjść do izby przyjęć i powiedzieć, że chce być przyjęty do tego instytutu, jest bardzo groźne, bo czasami my nie mamy co z tym pacjentem zrobić, bo on rzeczywiście wymaga leczenia. Trudno mu powiedzieć, żeby wsiadł w pociąg i jechał sobie w Polskę szukać kolejnego szpitala.

Czyli powinny być wprowadzone promesy do tych ośrodków, do których rzeczywiście trafiają przypadki trudne, skomplikowane, których leczenie jest bardzo kosztowne, bo często wymaga zrobienia wielu badań diagnostycznych, włączenia drogiego leczenia – i to jest we wszystkich instytutach.

Druga sprawa, która tu była omawiana: kwestia procedur i wyższej stawki za procedury. Uważam, że instytuty muszą ją mieć, bo skoro jesteśmy ośrodkami, które mają kreować politykę w swoich specjalnościach, wprowadzać najnowocześniejsze metody leczenia, to musimy mieć aparaturę, a w cenę procedury musi być włączona amortyzacja.

Tu pan pokazywał najlepszy przykład – jak wygląda kalkulacja Narodowego Funduszu Zdrowia, czy przedtem kas chorych, opłaty za świadczenie zdrowotne. Właściwie w ogóle się nie bierze pod uwagę kosztów amortyzacji. A przecież my amortyzację musimy włączać, bo po pięciu–sześciu latach aparaty trzeba zmieniać.

*(Głos z sali: Za remonty nawet nie chcą płacić.)*

Trzecia sprawa. Z mojego punktu widzenia polityka finansowa powinna być długofalowa. Myśmy powinni wiedzieć na parę lat naprzód, jak wygląda finansowanie...

*(Głos z sali: Na trzy lata kontrakty...)*

...żebym mogła zaplanować, że rozwijam poradnie specjalistyczne, tworzę, powiedzmy, oddziały neurologii interwencyjnej, którą koniecznie należy wprowadzić. Jeżeli mamy zmniejszyć śmiertelność, to muszą wejść procedury neurologii interwencyjnej i neurologii do leczenia udarów. I to musi być z kilkuletnim wyprzedzeniem, bo wtedy jesteśmy w stanie zaplanować, że my na to przeznaczamy środki, prowadzimy pewną politykę kadrową, mamy pewne zakupy inwestycyjne itd.

Myślę, że to jest bolączka wszystkich instytutów. Pod tym, co tu było mówione, wszyscy się na pewno podpisujemy.

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo, Pani Dyrektor.

Proszę państwa, już, zaraz...

**Zastępca Dyrektora do spraw Klinicznych  
w Instytucie Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie  
Lech Konopka:**

Przepraszam bardzo, jeśli mogę.



Moje nazwisko: Konopka, reprezentuję Instytut Hematologii i Transfuzjologii, pod nieobecność docenta Warzochy zostałem upoważniony do wzięcia udziału w tym spotkaniu i pozwalam sobie na wystąpienie.

Proszę państwa, są trzy elementy, które państwo podkreślają jako najważniejsze. Po pierwsze – odpowiednia liczba kontraktów. Po drugie – konieczność, niestety, dostosowania się, przepraszam bardzo, do sytuacji chorego, często tragicznej, to jest przyjęcie chorego do szpitala, oraz do amortyzacji i remontów szpitala. I trzecia, ostatnia sprawa, to jest kwestia nauki. Spośród tych trzech elementów tym, na który, jak się wydaje, my mamy jeszcze praktycznie w tej chwili wpływ i mamy możliwość jego załatwienia, to jest kwestia właśnie odpowiednich nie tyle funduszy, ile procedur, bo to jest jeszcze w naszej gestii przed zorganizowaniem się Narodowego Funduszu Zdrowia. Natomiast dwie pozostałe sprawy, to znaczy sprawa amortyzacji i sprawa nauki, niestety w obecnych warunkach, przy tych istniejących instytucjach, chyba są nie do rozwiązania.

Komitet Badań Naukowych – przepraszam, może tutaj kogoś dotknę – niestety nie widzi problemu nauki jako takiej i cieszy się, że może dawać skromne środki finansowe nie tyle na podtrzymanie nauki, ile na podtrzymanie pensji.

Podobna sytuacja, która nie była do tej pory brana pod uwagę ani przez żadną kasę chorych ani przez Narodowy Fundusz Zdrowia, to jest kwestia właśnie amortyzacji, kwestia remontów. Mnie się wydaje, że te dwie sprawy trzeba jak najszybciej na nowo zorganizować.

A trzecia sprawa wiąże się z referencyjnością poszczególnych instytutów, jak i przede wszystkim z uporządkowaniem, powiedzmy – żeby nie użyć złego określenia – ruchu demograficznego chorych, tego, gdzie ten chory powinien być przydzielony. To, co pani powiedziała o promesach, powinno być załatwione również drogą współdziałania przez samorzady, które powinny mieć znacznie więcej do powiedzenia: że taki chory nie musi jechać z Suwałk czy ze Szczecina czy spod Szczecina do Warszawy, dlatego że znamy opinię o Instytucie Kardiologii. Podaję ten przykład, żeby panu profesorowi powiedzieć, jak bardzo wysoko sobie cenię działalność instytutu pana profesora. Ale podobnie jest w odniesieniu do wielu innych instytutów, do których ludzie przyjeżdżają z całej Polski, a my jesteśmy wobec nich, niestety, proszę państwa, w sytuacji przymusowej. Musimy przyjąć chorego, dlatego że on wymaga przyjęcia, a równie dobrze mógłby być, przepraszam bardzo, leczony w wysoko referencyjnym ośrodku, który mógłby mieć takie uprawnienia – jak powiedziała pani doktor – również gdzie indziej poza Warszawą.

Mnie się wydaje, że jeśli dotąd sprawa Narodowego Funduszu Zdrowia nie została całkowicie rozstrzygnięta, to jest tam jeszcze luka na zrobienie czegoś, co się będzie nazywało wysoką referencyjnością, uporządkowanie sprawy związanej z – proszę państwa, znowu nie chciałbym użyć złego sformułowania – nie nieodpowiednim ruchem chorych, tylko odpowiednią, że tak powiem, dystrybucją chorych w odpowiednie miejsca.

Jest przede wszystkim sprawa statusu szpitali, bo wszystkiego nie da się sprywatyzować, a poza tym nikt nie będzie kupował ruin, proszę państwa. Niektóre szpitale to są ruiny i trzeba te szpitale także odbudować.

Prawdą jest to, że transport jest tani. Inaczej mówiąc, można przewieźć chorego do szpitala z miejsca odległego o 50 km, ale to nie załatwia sprawy, choć często rzeczywiście może decydować o życiu tego chorego.

Wreszcie trzecia sprawa. Niestety musi być kompletnie zmieniona struktura organizacji nauki poprzez instytucje, które są do tego uprawnione. Po co są dwa mini-

sterstwa edukacji: Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu i Komitet Badań Naukowych? Przepraszam bardzo, chyba trzeba połączyć to wszystko w jedno i pozwolić ocenić właściwie naukę w Polsce, która ma szansę rozwoju i która musi być uprawiana, dlatego że wiadomo, iż dzisiaj trudno jest przewidzieć, które osiągnięcie naukowe zostanie ocenione za lat pięć czy dziesięć jako epokowe wydarzenie. W związku z tym nie można hamować takiej działalności.

Oczywiście pan profesor ma rację – zatrudnienie musi być wyższe, ale to zatrudnienie rozkłada się na te trzy elementy: opieka nad chorymi – dlatego, że jesteśmy ZOZ, opieka z punktu widzenia całości instytucji jako takiej, która kieruje nauką i promuje tę naukę, i wreszcie działalność instytucji, która kieruje postępem w nauce w znaczeniu badań naukowych. Jak się te trzy gałęzie, że tak powiem, rozdzieli i podzieli się funkcje pomiędzy odpowiednie miejsca, to może coś z tego będzie. Ale tak wszystkiego chyba nam nikt nie pomoże...

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo.

Kto z państwa chciałby zabrać głos?

Proszę uprzejmie.

**Dyrektor Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie  
Wojciech Woźniak:**

Chciałbym jedną rzecz powiedzieć, Panie Przewodniczący i Państwo Senatorowie. Nie chcę, żeby nasz głos był takim biadoleniem, że nie mamy promes, nie mamy pieniędzy itd. Chcę, żeby była świadomość, że my jako osoby zarządzające instytutami naprawdę czynimy wszystko, aby one działały bardziej sprawnie, nawet z ekonomicznego punktu widzenia.

Ale nie możemy zapominać o jednej sprawie – że to są instytuty, które przede wszystkim mają służyć pacjentowi i nasze działanie musi zapewnić bezpieczeństwo poziomu świadczonych usług. Ujmę to krótko: z jednej strony jest ekonomia, której jesteśmy świadomi, jak najbardziej efektywne sposoby zarządzania, które powodują, że te instytuty, tak jak było to pokazane na przykładzie państwa, mają w pewnym momencie możliwość odrobienia strat, ale z drugiej strony możliwości finansowania, które otrzymujemy, niejednokrotnie stawiają na granicy bezpieczeństwa poziom tych świadczonych usług. Przeciekające dachy czy dekapitalizacja aparatury spowodują, że jeszcze trochę, a będziemy mieli ludzi – bo nie chcemy doprowadzić do takiej restrukturyzacji, o jakiej mówił pan senator, że to jest tylko zwolnienie pracowników – ale ci ludzie nie będą mieli czym pracować, czym świadczyć tych usług.

I podpisując się pod tymi wszystkimi wnioskami, o których mówili moi przedmówcy, chcę powiedzieć, że musimy być świadomi... Jeśli te instytuty są i są potrzebne, to my musimy być świadomi tej roli, jaką one odgrywają, o czym mówił pan profesor Konopka, i musimy zrobić wszystko, żeby realizowanie jej było możliwe.

My w jakimś sensie jesteśmy tylko wykonawcami, próbujemy wykonywać te wszystkie nałożone na nas obowiązki. Nie ukrywam, że zwracamy się z apelem o to, żeby nam umożliwiono wykonywanie tych wszystkich świadczeń.

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję uprzejmie.  
Proszę bardzo, pani senator Janowska.

**Senator Zdzisława Janowska:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ogromnie się cieszę, że pan profesor Religa zorganizował to spotkanie komisji właśnie u państwa, po to, żeby nam wszystkim uświadomić powagę i wagę sprawy. Otóż my dzisiaj wcześniej na posiedzeniu Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia rozmawialiśmy na temat pieniędzy, które winne są kasy chorych budżetowi. Jest projekt ustawy, który mówi o tym, że trzeba te pieniądze oddać, ale jest jednocześnie zapis, który mówi, że w wyjątkowych sytuacjach można by te długi rozłożyć na raty czy też umorzyć. Komisja przyjęła dzisiaj u nas, że ten zapis jednak musi zostać, choć rząd jest temu przeciwny – jest to poprawka wprowadzona w czasie debaty sejmowej.

To jest ta jedna strona medalu. Wszyscy wiemy, jak jest tragicznie i jaki chaos w tej chwili panuje. Ja reprezentuję Unię Pracy i jest mi niezwykle przykro, bo interes pacjenta jest dla mnie najważniejszy i nie potrafię obracać tego wszystkiego wokół cyfr, choć reprezentuję również dziedzinę nauki, która się nazywa: zarządzanie i znam się na konieczności restrukturyzacji działań i na prawidłowym funkcjonowaniu tego typu instytucji. Ale sprawa konieczności leczenia i konieczności niesienia pomocy jest sprawą priorytetową. Nie można przecież porównywać szpitala do instytucji, w której główną rolę odgrywają tak zwane zasoby rzeczowe, bo przecież tutaj są ludzie i ta instytucja musi funkcjonować pełniąc swoją rolę społeczną.

W związku z tym chciałam powiedzieć, że bardzo niedobrze, iż nie ma tu wśród nas reprezentacji rządu. Pytałam pana przewodniczącego, czy była zaproszona, i usłyszałam, że była. A więc jest mi bardzo przykro i chcę państwa przeprosić, że nie ma tu przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i... Kto trzeci jeszcze był zaproszony?

*(Przewodniczący Jerzy Cieślak: Ministerstwo Finansów przede wszystkim.)*  
...Ministerstwa Finansów.

To jest bardzo nieładne, nie tylko wobec nas, ale też wobec państwa. Świadczyłoby to o tym, że jest taka chęć ucieczki od znalezienia się właśnie w sercu problemów i naocznego przyjrzenia się tym kwestiom. To jest moje pierwsze spostrzeżenie. Wyrażam tutaj swoją dezaprobatę.

Poza tym chciałabym dołączyć się do głosu pani marszałek, senator Krzyżanowskiej. Przedstawiła ona bardzo dobry pomysł – że wypadałoby zaproponować zmianę mówiącą o leczeniu wysoce specjalistycznym. Państwo reprezentujecie te instytucje. Nie możemy przecież cofnąć się do czasu minionego, jak również nie możemy pozwolić, żeby wasze kadry, które u was są szkolone, wyjechały w świat i żebyście się pozbyli swoich uczniów.

*(Głos z sali: Wyjadą.)*

To jest skandaliczne. To dotyczy waszej dziedziny, ale też mojej dziedziny; każdej dziedziny w Polsce, która jest niewłaściwie finansowana i niedofinansowana.

Stąd też myślę, że ta wizyta jest bardzo cenna i przyłączam się do głosu pani senator. Sądzę, że na najbliższym posiedzeniu Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia

podejmiemy taką inicjatywę, czy też panią o nią poprosimy. Byłaby to nasza propozycja. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję.

Chcę powiedzieć, że na liście obecności mamy przedstawicieli Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego Ministerstwa Zdrowia, ale uwaga pani senator nie odnosiła się do departamentu, ponieważ zaproszenie skierowane było do pana ministra zdrowia Leszka Sikorskiego. Zaproszenie skierowane było imiennie również do ministra finansów. A więc rozumiem, że na posiedzeniu komisji powinien być minister lub wiceminister, czyli sekretarz stanu, ewentualnie któryś z podsekretarzy stanu w ministerstwie. I to byłoby dopiero satysfakcjonujące. Ja oczywiście nie obniżam rangi reprezentacji ministerstwa na tej sali, jeżeli przedstawiciele departamentu jeszcze są. Ale rozumiem, że są państwo raczej w charakterze obserwatorów; trudno byłoby państwu składać jakieś wiążące deklaracje w tych sprawach, które omawiamy, bo nie mielibyście mandatu do tego.

Proszę bardzo, Panie Dyrektorze.

**Dyrektor Instytutu Pomnika-Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie  
Maciej Piróg:**

Proszę państwa, państwo koledzy z instytutów, a właściwie już pan dyrektor Berdyga, w całości zdefiniowali nasze problemy, zresztą w tej pierwszej prezentacji było to bardzo dobrze zrobione, bardzo zunifikowane. To dotyczy rzeczywiście wszystkich instytutów, a w dużej części także – chociaż to troszkę coś innego – szpitali klinicznych.

Pan senator przewodniczący był uprzejmy podać jedną z przyczyn tego, co jest w tej chwili rzeczywiście przemożną i taką rozbrajającą sprawą – niemożności zwrócenia się do kogokolwiek z czymkolwiek i uzyskania jakiegokolwiek odpowiedzi. To jest rzeczywiście chodzenie po omacku; nie ma żadnej odpowiedzi. To jest spowodowane między innymi, choć nie tylko, brakiem prezesa funduszu i nieumocowaniem czy słabym umocowaniem czternastu dyrektorów oddziałów.

Ale chcę powiedzieć, że powołanie dyrektora funduszu i szesnastu dyrektorów oddziałów nie rozwiąże sprawy. Mało tego, rozwiąże ją tylko w minimalnym stopniu, ponieważ kompetencje dyrektora oddziału są tak niewielkie, że w dalszym ciągu zarząd będzie w jednym miejscu i decyzje będą musiały być podejmowane w jednym miejscu. To jest jedna z przyczyn bóleczek – to znaczy sprawy personalne; kwestie nierozwiązane.

Druga, oczywiście stała i permanentna od zawsze, to są niskie, zmniejszające się nakłady na ochronę zdrowia, nieadekwatne do tego, jakie są nasze oczekiwania, czy jakie są oczekiwania naszych pacjentów i jakie są nasze możliwości. Zresztą możliwości, nie tylko w tych nadwykonaniach w tej chwili robionych, nie w pełni są wykorzystywane.

Trzecią sprawą, o której oczywiście mówiono, ale której nie nazywano do tej pory na tej sali po imieniu, jest brak systemu ochrony zdrowia w Polsce, ponieważ to, co zaproponowano i co się nazywa Narodowym Funduszem Zdrowia, systemem nie jest. Nie jest w rozumieniu i regulacji ustawowej, i aktów prawnych, które z tej ustawy

wynikają. Nie mogą one regulować tego wszystkiego, na co w tej chwili nie uzyskujemy odpowiedzi. Bo nie uzyskujemy odpowiedzi nie dlatego, że ktoś jej udzielić nie chce, nie może czy czuje się niekompetentny, tylko dlatego, że tych kompetencji rzeczywiście nie posiada.

Jeżeli pan profesor Religa mówi o likwidacji trzeciego poziomu referencyjnego, to ja odpowiadam panu profesorowi, że on już jest w tej chwili likwidowany bez formalnej jego likwidacji. Jeżeli ja muszę przyjąć każde dziecko, które się do mnie zgłosi, skoro ono ma prawo się zgłosić, to ja to oczywiście zrobię. Ale jaki jest tego efekt? Ja nie przyjmę, czy wydłużę kolejkę tych dzieci, które powinienem przyjąć z powodów zdrowotnych. I to jest faktyczna likwidacja.

Drugim elementem tej likwidacji jest to, o czym już wielokrotnie mówiono: ujednoczenie cen. Mit pod tytułem: równe ceny, bo w szesnastu kasach było różnie. Ja rozumiem, że...

*(Przewodniczący Jerzy Cieślak: Przepraszam – bardzo różnie. Jeżeli pan minister pozwoli – bardzo różnie. To były krotności.)*

Oczywiście, w kasach było źle, było bardzo źle, jeżeli chodzi o... Ale nie można iść w drugą stronę i powiedzieć, że wszystkie ceny są jednakowe. No, nie można. To też jest przy trzecim poziomie referencyjnym absolutnym błędem. I to jest drugi powód likwidacji trzeciego poziomu referencyjnego.

Inne: nakłady inwestycyjne, amortyzacyjne itd., czyli kwestia utrzymania technologii medycznych – to jest oczywiste.

I kolejna sprawa, która jest bardzo trudna i bardzo wstydliva. Ja posłużę się tym argumentem, bo mam do tego mandat. Rozmawiałem z dwoma dyrektorami instytutów, którzy dzisiaj nie mogą być tutaj. To są placówki zasadniczo różne i w różnej kondycji finansowej, ale takie, które też właściwie pod wszystkimi głosami i postulatami tutaj przedstawionymi mogą się podpisać – mówię o panu profesorze Nowackim z Centrum Onkologii i profesorze Roszkowskim z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc.

Otóż opracowania onkologów mówią o tym, jaka jest efektywność leczenia w poszczególnych stadiach nowotworów i jakie są wyniki leczenia w ośrodkach onkologicznych – dobrych, regionalnych, i w innych szpitalach. Ja nie chcę tutaj nikogo obrażać. No więc czasami, przy niektórych nowotworach, jest to jak jeden do ośmiu; przy niektórych jak jeden do dwóch.

W każdym razie, jeżeli dyrektor instytutu – a ja też – ma limit, który tego limitu nie może przekroczyć, to oczywiście go przekracza i leczy. Do roku 2001 prawie wszystkie nadwykonania udawało się uzyskać, wiadomo dlaczego, a od 2002 r. zaczęły się kłopoty kas chorych i zaczął się deficyt w niektórych z nich. W roku 2003 wszystkie kasy miały od początku deficyt i fundusz też miał na starcie deficyt. W związku z tym w tej chwili odzyskanie jakichkolwiek nadwykonań wtedy, kiedy dyrektorzy rozdysponowali wszystko do dna, jest niemożliwe. W związku z tym z nadwykonaniami możemy się pożegnać.

Jeżeliby to literalnie stosować, do czego nikt z nas jeszcze do tej pory nie dążył, bo to jest zbyt dramatyczna decyzja, to mamy taką oto sytuację, że decyzję podjęto jak gdyby ponad nami. Jestem uprawniony, mam ludzi i odpowiednie narzędzia, aby leczyć w rzadkich jednostkach chorobowych przy zastosowaniu wysoko specjalistycznych procedur. Kiedy kończy mi się limit, to jest odpowiedź: to wyślij gdzie indziej. Gdzie indziej, nawet jeżeli są do tego uprawnieni ludzie albo jeżeli jest za dużo

takich ośrodków, które leczą w rzadkich chorobach i w związku z tym leczą za drogo lub gorzej, czego wyniki na przykład w onkologii są ewidentne. W związku z tym nie zamykając pewnych placówek ochrony zdrowia decydujemy się – mówiąc wprost – na to, ażeby te przygotowane leczyły mniej, po to, ażeby miały kogo leczyć inne.

Taki rozkład i tego typu decyzje to jeszcze jeden powód tego, że tych pieniędzy brakuje. Nigdy bowiem nie jest dobrze posługiwać się mitami, że coś na pewno jest przyczyną lub nią nie jest.

Jeżeli mówimy o zadłużeniu zakładów opieki zdrowotnej, to mówmy też o zadłużeniu płatnika w stosunku do tych zakładów. To zadłużenie u mnie prawie się bilansuje. Ja mam zadłużenie w wysokości 44 milionów zł. Rok 2002 zamknąłem zyskiem finansowym, chociaż wcześniej było minus 20 milionów zł, obniżyłem koszty o 40 milionów zł. W związku z tym chcę powiedzieć, że można zarządzać lepiej niż w przypadku wielu szpitali w Polsce. Mówię w tej chwili bardzo nieskromnie, ale chcę powiedzieć, że to też zależy od zarządzania. Są przerosty zatrudnienia w niektórych miejscach i gospodarka finansowa oraz materiałowa w niektórych miejscach jest zła; można to poprawić.

Ale nie jest to oczywiście... Przykładem jest kardiologia – to było widać na słupkach. Doskonałym przykładem jest onkologia – nie było tego widać dzisiaj na słupkach, ale znamy większość osiągnięć, które obecna dyrekcja miała w ciągu ostatnich trzech lat. Widzę to też u siebie, widzimy to też w jednym z instytutów, który leci jak kamień na dno i to w tempie przyspieszonym, z niesamowitą prędkością.

W związku z tym jest różnie, od zarządzania też to zależy. Ale nie jest to jedyna przyczyna. Tych przyczyn jest bardzo wiele. I w tej chwili, gdyby powiedzieć w punktach, co nam najbardziej potrzebne, to rzeczywiście w tej chwili na pierwszym miejscu byłby głos ustawodawcy albo tego, który ma możliwość inicjatywy ustawodawczej.

Było już tu powiedziane o promesach. Mój instytut, w tej chwili sztandarowy, a jeszcze po ostatnich akcjach tym bardziej na świeczniku, właściwie nie powinien przyjmować nikogo spoza Mazowsza i kilku kas, z którymi jeszcze miał kontrakty, ponieważ żadna inna kasa za dzieci nam nie zapłaci. One wszystkie są leczone przez nas za darmo. Oczywiście je leczymy, ponieważ wcześniej podejmuję decyzję, że... To kto inny powie, że Centrum Zdrowia Dziecka jest szpitalem regionalnym dla Mazowsza, bo do tego to się sprowadza. Ja takiej decyzji nie podejmę. Dopóki będę mógł, to będę leczył tak, jak do tej pory.

Ale te pieniądze są odzyskiwane w sposób – dlatego mówię, że nie ma ustawy – nie chcę powiedzieć: pokrętny, bo ja jestem wdzięczny, że dostałem pieniądze za kwiecień, ale użyto przy tym takich fikołków... Mnie przez telefon mówiono trzy czy cztery razy, jak mam zmieniać tytuł faktury na 2 miliony zł, na te dzieci, które kiedyś były na promesę, a teraz są bez żadnego tytułu; jak to się ma nazywać, żebym ja dostał te 2 miliony zł. I dostałem pieniądze za kwiecień. Ale nikt już mi nie powiedział, czy dostanę za maj, czy nie; może jeszcze dostanę. Za czerwiec, lipiec – już na pewno nie, bo nie ma tych pieniędzy.

Ja mówię o centrali. I jest takie odsyłanie: dziecko jest z Bydgoszczy, więc ja wysyłam fakturę do Bydgoszczy, Bydgoszcz mi wysyła do oddziału mazowieckiego. Państwo wiecie – prawie wszystkie instytuty są na terenie Mazowsza, no więc jeżeli wszyscy wyślą pacjentów do Mazowsza, a Mazowsze ma tyle środków, ile to wynika z parytetu ludności, a nie z liczby leczonych tam pacjentów, to w oddziale mazowieckim środków wystarczy mniej więcej do kwietnia czy do maja.

Centrala, która miała tym wszystkim sterować, jak się okazuje, nie ma żadnych pieniędzy. Ja nie wiem, od kogo i skąd te pieniądze dostałem, jak zmieniałem tamte faktury. A tytuł ostateczny był taki, że ja to dostałem za to, co kiedyś było na promesy – teraz mi za to zapłacili 1 milion 900 tysięcy zł itd.

To jest po to, ażeby rzeczywiście... Bo jest nieprawdą, że ludzie w funduszu czy w ministerstwie nie widzą, co się dzieje. Widzą, co się dzieje. Chcą to ratować, ale nie mając metod i sposobów prawnych ze względu na brak systemu – jeszcze raz powtarzam – dokonują takich łamigłówek i takich cudów, które w pewnym momencie i tak, i tak przestaną działać. I ja nie wiem, czy przywracać promesy, bo to w pewnym momencie było bardzo złe, ale później działało; przynajmniej działało.

Proszę państwa, teraz każdy dyrektor oddziału może mi napisać tak: pan musi to dziecko przyjąć, bo ono ma prawo pana wybrać. Ja o tym wiem. I on się powołuje na prawo. Mówi tak: musi pan to dziecko leczyć, bo pan ma obowiązek. Ja o tym wiem; ja je leczę. Ale nigdzie nie jest napisane, kto mi ma za to leczenie zapłacić. I nigdzie nie jest napisane to, że ten filtr trafienia dziecka czy pacjenta do instytutu ma być filtrem medycznym.

Państwo dalej mówicie, że takich pacjentów jak w Instytucie Kardiologii nigdzie indziej nie zobaczycie. Też tak do niedawna było z dziećmi, które są leczone w Centrum Zdrowia Dziecka. A w tej chwili już można zobaczyć inne. Ja nie mogę ich odesłać, bo mnie opiszą tak, jak w Częstochowie; bo to dziecko jest chore. Ale ono na pewno się nie nadaje do Centrum Zdrowia Dziecka. Przy moim wykorzystaniu łóżek na poziomie średnio 95% w ciągu dwóch tygodni natychmiast zostaną zajęte te łóżka, do których są kolejki. Są kolejki różnej długości – w niektórych klinikach to jest tydzień, ale w niektórych klinikach, na przykład urologicznej, gdzie są bardzo planowe zabiegi i nic się nie stanie, jak pacjent poczeka, są to cztery miesiące. Ale to w ciągu krótkiego czasu się zrobi bardzo dużo, bo będziemy robić kalibrację cewki, którą można zrobić ambulatoryjnie i będą robić to najlepsi fachowcy.

W związku z tym pomysł, który kiedyś funkcjonował w Centrum Zdrowia Dziecka... Pamiętam, że kiedy byłem lekarzem gdzieś tam z prowincji, nie było szans, żebym ja w ogóle pomyślał, żeby skierować dziecko do Centrum Zdrowia Dziecka, bo to musiało przejść przez szpital powiatowy, wojewódzki, były jakieś skierowania z paskiem. Co się teraz zrobiło przy próbie pomyślenia o skierowaniu z paskiem? Proszę państwa, natychmiast ustalono cenę, jaką będzie brał ten lekarz, który będzie wystawiał skierowanie z paskiem dla rodzica. To znaczy: po raz kolejny widać, w jaki sposób wydzielanie jakiegoś towaru może być korupcyjne. Natychmiast powód do korupcji – za skierowanie do Centrum Zdrowia Dziecka cena jest taka a taka.

W związku z tym pierwszą, najważniejszą sprawą jest to, ażeby spróbować rozstrzygnąć kwestię pacjentów spoza regionu, bo z jednej strony nagle każdy ma prawo wyboru, a z drugiej strony jest pacjent z regionu, jest regionalne płacenie – i on może do nas trafić. To jest jedna sprawa.

Druga sprawa to jest ta, o której wielokrotnie mówiono: pacjenci nadlimitowi. Co to znaczy: nadlimitowi? Jeżeli jest to trzeci lub trzeci plus poziom referencyjny i pacjent ma określone schorzenie, to powinien być leczony i nie będzie to pacjent nadlimitowy. Jeżeli kontroler z Narodowego Funduszu Zdrowia udowodni mi, że dziecko mogło być z powodów medycznych leczone na niższym poziomie referencyjnym, to oddam te pieniądze, naprawdę oddam. Ale chcę leczyć te, które powinny być

leczone u mnie i chcę mieć za te wszystkie dzieci zapłaconą nie taką stawkę, jak gdzie indziej. Bo to wszystko, co państwo mówiliście o kadrze, o jej liczbie... Czy operacja wyrostka – jak tu się już trafi – ma kosztować tyle samo, co w szpitalu powiatowym? Nie, nigdy nie będzie tyle kosztować i trzeba za to zapłacić więcej.

Ja oczywiście nie będę wyszukiwał tych wyrostków, bo ja nie od tego jestem. Naprawdę nie chcę leczyć tych dzieci, które są zdrowsze niż te bardziej chore, które powinny być leczone u mnie. Ale wtedy, kiedy już tak jest, to cena musi wynikać w jakiś sposób z kosztów. Nie z moich kosztów, tylko z takich, które są racjonalne. Często należy się zmusić do tego, żebym je obniżył wtedy, kiedy to jest możliwe. Ale cena nie może być taka sama, musi być jakiś bonus z tytułu szkolenia, czy z tytułu pracy naukowej, który będzie dodatkiem budżetowym. Nawet nie musi być on z kasy funduszu i ze składki, tylko będzie dodatkiem przy systemie mieszanym budżetowo-ubezpieczeniowym od ministra zdrowia.

Jeżeli to się będzie nazywało: procedura wysoko specjalistyczna, to dobrze. Jeżeli to będzie się nazywało: dotacja na inwestycje i amortyzacje z tytułu tego, że się jest organem założycielskim – też dobrze. Jeżeli to będzie program polityki zdrowotnej – to dobrze. Jeżeli to będzie coś, za co jesteśmy odpowiedzialni, co do tej pory nie było powiedziane. A politykę zdrowotną to kto ma prowadzić? Kto ma zajmować się zdrowiem publicznym? Przecież to instytuty są od tego. Kasa za to zapłaci? Nie.

Zlikwidowano w roku 2001 trzynaście... Pan premier mówił – były cztery priorytety: kardiologia, onkologia, matka i dziecko i coś jeszcze. Albo trzy...

*(Głos z sali: I zdrowie publiczne.)*

I zdrowie publiczne. Trzynaście programów polityki zdrowotnej zostało wyciętych z programu ministra zdrowia. Ja wiem, że jest mniej pieniędzy. Ale nie kryterium pieniędzy było podstawą wycinania tych programów. Niektóre z nich były słabe, niektóre może trzeba było zmienić, niektóre może trzeba było poprawić. Ale niektóre były wycinane dlatego, że urzędnik nie mógł zinterpretować, co ten tytuł znaczy. To mógł się zapytać. I to by wystarczyło.

Zostały zlikwidowane... A to też jest ten bonus, to jest też ten dodatek, który powinien trafiać do instytutów, ewentualnie do niektórych szpitali publicznych czy akademii medycznych, który jest dodatkiem budżetowym kierowanym przez ministra zdrowia.

I to jest ta trzecia sprawa: promesy, nadwykonania i wyższa cena. I to dotyczy wszystkich instytutów.

A prawda jest zawsze pośrodku i od zarządzania oraz od pewnych zmian też to zależy, bardzo zależy. Dziękuję bardzo.

### **Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo.

W kolejności zgłoszeń – pan senator Zbigniew Kulak.

### **Senator Zbigniew Kulak:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Wprawdzie nie jestem członkiem komisji, ale spędziłem w tej komisji osiem lat, w związku z czym wydaje mi się, że mam prawo też zabrać głos, tym bardziej że jestem w roli dość specyficznej i wydaje mi się, że rzadko kto na tej sali jest w podobnej



roli. Mianowicie w moim życiu pracowałem zarówno w wysoko kwalifikowanym instytucie naukowym, placówce klinicznej, jak i w prowincjonalnym szpitalu. Byłem dyrektorem ZOZ, byłem członkiem rady kasy chorych, teraz jestem członkiem rady społecznej największego szpitala klinicznego w Poznaniu. W związku z tym spoglądam na to, o czym państwo mówicie, wczuwając się za każdym razem w skórę tego, kto w danym momencie zabiera głos.

Proszę państwa, mam wrażenie, że każdy próbuje tak przedstawiać, tak naświetlać to, co mówi, żeby wydawało się to jedyną słuszną prawdą i stara się jakby odpychać gdzieś na boki inne punkty widzenia.

Ale faktem jest niewątpliwie, że cała struktura kas chorych, ich system finansowania – o czym pan senator Cieślak wielokrotnie mówił – te dysproporcje w finansowaniu, były właściwie chorobą tego systemu od pierwszego dnia. Prawdą jest... I tu powołuję się na wypowiedź sprzed dosłownie paru tygodni pana ministra, już byłego, Balickiego, który chyba publicznie potwierdziłby to, co od niego usłyszałem – że jak wszedł do ministerstwa, zorientował się, że są w Polsce radośnie rządzący dyrektorzy szpitali, którzy potrafili w ciągu czterech lat wydać siedem budżetów. I oni uważają, że państwo musi im to zwrócić, bo oni po prostu narobili takich długów. Ja rozumiem, że można mieć dług w wysokości 5% budżetu, 10% budżetu, a najlepiej nie mieć go w ogóle. Ale jeżeli ktoś w ciągu czterech lat wydał siedem budżetów, to po prostu jest nieodpowiedzialny – mimo wszystko.

Faktem jest, że po wprowadzeniu systemu kas chorych liczba hospitalizacji w ogóle w Polsce wzrosła o 40%. Nie wiem, czy Polacy nagle stali się o 40% bardziej chorowici, czy po prostu właśnie jest to problem tego typu, jak ten, o którym tutaj powiedziano w jakimś kontekście – że nawet na rozkalibrowanie cewki moczowej można pacjenta przyjmować do szpitala i oczywiście jest to hospitalizacja, zabieg i wszystko, co się z tym wiąże.

A i tak wydaje mi się, że państwo jesteście w o wiele lepszej sytuacji niż ta Polska powiatowa. Państwa przedstawiciele, być może sami państwo osobiście, uczestniczycie, będziecie uczestniczyć w tworzeniu – i macie na to na pewno o wiele większy wpływ – jakiegoś systemu limitowanych, wycenianych procedur. Bo chyba nie uciękniemy od tego i to jest jakaś przyszłość – że będą procedury. A w decydowaniu o tym, jak te procedury będą wycenione, w o wiele większym stopniu będzie uczestniczył pan profesor Religa, niż chirurg z prowincjonalnego szpitala gdzieś daleko w Polsce.

Ja już obserwuję, że te procedury są tak kalkulowane, żeby to właśnie te instytucje kliniczno-naukowe na tym wyszły lepiej, oczywiście znowu metodą przeciągania kołderki – czyli żeby na tym te szpitale prowincjonalne wyszły gorzej. Krótko mówiąc, robiąc pewne przymiarki dochodzimy do wniosku, że szpitale powiatowe, które będą operować od rana do wieczora te wyrostki, woreczki żółciowe i jakąś tam ostrą urazówkę, nie będą w stanie zarobić na sobie. Natomiast jeden dobry guz nadnercza – przepraszam, że to tak może trochę brzmi żartobliwie – i jakaś inna jeszcze druga czy trzecia rzadka choroba, bardzo wysoko wyceniona w punktacji, spowodują, że w efekcie państwo w tych instytucjach nie będziecie zainteresowani przyjmowaniem chorych z prostymi schorzeniami.

I bardzo dobrze, o to w gruncie rzeczy chodzi, żeby proste choroby nie trafiały do wysoko specjalistycznych instytucji, w których to łóżko powinno być wykorzystane na coś bardziej ambitnego. Tu jest przynajmniej jakaś szansa, jakaś nadzieja dla pań-

stwa środowiska. Ale niestety dla środowiska pana profesora Bielawskiego jest to raczej, wydaje mi się, gorszy sygnał. Jedziemy na podobnym wózku, Panie Profesorze. Niestety, jeżeli wejdzie system procedur, to mimo wszystko te instytucje kliniczne, szpitale typu: instytuty, chyba jednak będą pomału zyskiwać na tę amortyzację, na tę ewentualną wymianę sprzętu itd., natomiast jeszcze gorzej może być w tych szpitalach, które są nazywane w tej chwili SP ZOZ, a które nie wiadomo, jak będą nazywane w przyszłości. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Powoli będziemy się zbliżać do końca.

Pan dyrektor Pinkas prosił o głos. Prosiłbym tylko o syntetyczną wypowiedź, jeśli można, ponieważ to nie pierwszy głos pana dyrektora w czasie tego dzisiejszego posiedzenia. Jeżeli dobrze liczę, to trzeci.

**Zastępca Dyrektora do spraw Klinicznych  
w Instytucie Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie  
Jarosław Pinkas:**

Obiecuję, że będzie krótko.

Ja rozumiem, że państwo spotkali się między innymi po to, żeby wynieść jakieś konstruktywne wnioski, a nie tylko słuchać ogromniej rzeki żali i trosk, które płyną z wypowiedzi wszystkich państwa.

W tym kraju jest określona liczba pieniędzy. Więcej pieniędzy nie zdobędziemy. To jest oczywiste i jasne, że trzeba się zmierzyć z gigantycznym problemem, który prawdopodobnie po wakacjach będzie jeszcze większy i trzeba będzie naprawdę w czasie wakacji szybko budować jakąś tratwę ratunkową. Brakuje 1 miliarda 500 milionów zł, prawdopodobnie do końca roku zabraknie jeszcze więcej. Po agregacji okaże się, że kwota, z którą musi zmierzyć się fundusz, jest zupełnie niebotyczna. Uważam, że trzeba by szybko zorientować się, skąd wziąć pieniądze. One jeszcze w tym systemie gdzieś są. Jeżeli 22% wydajemy w tej chwili w systemie Narodowego Funduszu Zdrowia na leki, to być może narodowe instytuty powinny zapanować nad systemem agregacji lekarskiej, pracując nad wytycznymi klinicznymi.

U nas, w Instytucie Kardiologii, mamy siedemnastoosobowy komitet terapeutyczny, który z dużą przyjemnością opracowałby dla ministra zdrowia receptariusz opieki podstawowej, który jest oparty o wiarygodne dane medyczne, a także o elementy farmakoekonomiki.

Proszę bardzo, jestem głęboko przekonany, że pani profesor, szef Instytutu Psychiatrii i Neurologii, jest w stanie zrobić to dla części związanej – nie wiem – z depresją, z szeroko rozumianą psychiatrią. Pan profesor Woźniak i pan doktor Piróg są w stanie zrobić takie wytyczne dla POZ, jeżeli chodzi o lekarzy specjalistów związanych z całą pediatrią. Tak samo jest w Instytucie Reumatologii. Być może nagle okazałoby się, że możemy taniej leczyć osteoporozę, na którą wydajemy nieprawdopodobnie pieniądze. 22% tego budżetu, tych kilku miliardów złotych, 3 miliardów zł, które są w kasie, jest jeszcze do odzyskania.

A może, proszę państwa, trzeba podjąć bardzo niepopularne decyzje; żeby pan doktor Piróg mógł przetrwać, może należy zamknąć wszystkie działy pediatryczne w odległości 10 km. Panie Doktorze, moja żona pracuje w szpitalu bardzo blisko pana. I tam, jak się pojawi na izbie przyjęć dziecko, to jest natychmiast anektowane, rodzice go bronią, żeby nie położyć go do szpitala. Nie ma tam chętnych, bo wiadomo, że jak dziecko jest chore, to lepiej pójść do Centrum Zdrowia Dziecka, gdzie będzie przyjęte. Ale ten szpital ma oddział pediatryczny, są tam lekarze, jest kontrakt i dyspersja środków, gigantyczna dyspersja środków. Może to jest element, który przyczyni się do rozwiązania całej tej sytuacji?

Dlaczego państwo nie chcecie wprzęgnąć instytutów naukowo-badawczych do tego, żebyśmy to rozwiązywali, żebyśmy pomagali temu systemowi?

*(Głos z sali: Nie ma programu polityki zdrowotnej.)*

Oczywiście. My po to jesteśmy, mamy gigantyczny potencjał. Na całym świecie jest tak, że takie instytuty wdrażają wytyczne kliniczne, zajmują się farmakoekonomią. Jesteśmy otwarci na współpracę, tylko proszę z tego korzystać. Myślę, że mogę powiedzieć to w imieniu wszystkich dyrektorów.

### **Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, chcę przypomnieć w nawiązaniu do tych kilku ostatnich wypowiedzi: ja nie usurpuję sobie zamiaru podsumowania tej dyskusji. Dyskusja jest otwarta, podsumuje ją w pewnym sensie treść uchwały, którą podejmiemy, ale podejmiemy ją, zgodnie z moją propozycją, 4 lipca, czyli na najbliższym posiedzeniu komisji, dlatego że pan senator Religa był uprzejmy na moją prośbę przygotować jedностro-nicowy projekt uchwały. Rozumiem, że to nie jest tekst jednolity, tylko to jest to, co zdaniem pana profesora powinno się w uchwale znaleźć. Ale skoro właśnie tu między innymi mówi się o referencjach, to musimy wreszcie uzgodnić z ministerstwem, co robimy i według jakiego klucza będzie przeprowadzana zamiana referencji na określone algorytmy naliczania zróżnicowanych stawek za procedury medyczne. Bo rozumiem, że tak to powinno być zrobione.

Odniosę się wobec tego tylko do części wypowiedzi, tytułem, nie wiem, może nie tyle polemiki, co wyjaśnienia, ale także i informacji.

Proszę państwa – wzrost hospitalizacji po reformie o 40%. To naprawdę jest eksplozja hospitalizacji, ale przecież wymuszona przez system. Przecież nic takiego się w Polsce nie stało – ani nie było kataklizmu zdrowotnego, ani ciężkiej epidemii takiej jak ospa przed wielu laty – żeby nagle hospitalizacje wzrosły o 40%. To błędy systemu, sprzężenia zwrotne, niekorzystne sprzężenia zwrotne, które są w tym systemie, zaczęły się same napędzać w tej sprawie.

Ale również trzeba zwrócić uwagę na fakt, że ta średnia krajowa jest bardzo zróżnicowana w odniesieniu do różnych kas chorych na terenie kraju. Są regiony, w których wzrost hospitalizacji był niewielki, i są regiony, gdzie była eksplozja hospitalizacji.

Z czego to wynika? Otóż księstwa udzielne, którymi były kasy chorych, same projektowały sobie metodykę naliczania i rozliczania świadczeń z zakładami opieki zdrowotnej, czyli świadczeniodawcami. Przecież nie było jednolitej metody, proszę państwa. I pani Misińska na Dolnym Śląsku dwa razy w ciągu czterech lat radykalnie zmieniała system. Ale w każdy z tych systemów wmontowała zasadę, że najbardziej

opłaca się leczyć pacjentów zdrowych i do trzech dni. To wszystkie szpitale zaczęły hospitalizować pacjentów. Każdego, kto się zgłosił na izbę przyjęć, natychmiast wsadzali w piżamę, ale w trzecim dniu wypisywali. A najlepiej, żeby był zdrowy. I rzeczywiście była eksplozja hospitalizacji.

Pracownicy służby zdrowia, związki zawodowe, izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych nie rozumiały wtedy jeszcze jednej sprawy. Nie miały doświadczenia w działalności menedżerskiej, nie wiedziały, że ten worek nie jest rozciągliwy, że ta pula środków będzie taka sama i im więcej będzie hospitalizacji, tym z konieczności niższa będzie stawka za procedury medyczne. Bo jednostkowa cena jednej procedury spada wobec rozmienienia tych pieniędzy na coraz liczniejsze hospitalizacje. Czyli zamieniano najtańszą formę świadczenia, jakim jest świadczenie ambulatoryjne, na najdroższą formę świadczenia, jaką jest świadczenie szpitalne. Niepotrzebnie hospitalizowano pacjentów niewymagających leczenia szpitalnego. To było nieszczęście tego regionu, które doprowadziło do katastrofy.

Jeszcze jedna sprawa. Na początku to wyszkoleni menedżerowie ochrony zdrowia nauczyli się ogrywać menedżerów – mówię o kasach chorych – niedoświadczonych, na stanowiskach dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej. Ale ci zostali przymuszeni do szybkiej edukacji, w tempie ekspresowym, i po roku już zaczęli sobie radzić i ogrywać kasy chorych. I ta zabawa trwała. Kasy chorych ogrywały zakłady opieki zdrowotnej, a zakłady opieki zdrowotnej, broniąc się, zaczęły uczyć się ogrywać kasy chorych. I spirala nonsensu się nakręcała, proszę państwa. Doszliśmy do określonego stanu, niezwykle trudnego do wyprowadzenia w krótkim czasie na prostą.

Jeżeli chodzi o to zrównanie, o urawniłowkę procedur, to przecież państwo wiecie, że krotności, krotności... Ceny procedur medycznych w porównywalnych zakładach opieki zdrowotnej tego samego stopnia referencji w różnych regionach kraju różniły się ośmiokrotnie. Nie o 80%, tylko o 800%. A zatem były księstwa udzielne.

Jeszcze jedna sprawa. Nie będę wymieniał nazw województw, one są państwu doskonale znane. Jeżeli gdzieś ktoś chomikował pieniądze, nadmiar pieniędzy, które miał, na oprocentowanych kontach, nawet na lokatach długoterminowych, dwu- i trzyletnich, to nie znaczy, że działał w interesie swojego regionu – a próbowano mi to tak przedstawiać. Otóż nie, bo działał przeciwko interesowi całego kraju. Bo u niego pół miliona czy 500 milionów zł leżało na koncie, ale w innym województwie niedobór tych samych środków obrastał odsetkami karnymi, które wynosiły najpierw 21%, potem 17%, a obecnie 14% rocznie. Lawina odsetek przytłaczała w innych regionach kraju zakłady opieki zdrowotnej. A to się rozkładało na efekt ekonomiczny w całym kraju. I powstaje pytanie, czy my mamy Polskę dzielnicową, czy też mamy jedną Rzeczpospolitą Polską. Nie dolnośląską, górnośląską, wielkopolską – jedną Rzeczpospolitą. A zatem nadmiar środków chomikowanych gdzieś natychmiast wpędzał polską służbę zdrowia w olbrzymie kłopoty z powodu odsetek i zadłużeń, narastających katastrofalnie zadłużeń. Ja oczywiście staram się państwu tylko zasygnalizować poglądy w określonej sprawie.

Jeszcze jedna sprawa. Chciałbym, żeby państwo zwrócili uwagę na to, że mówiło się, iż pieniądz idzie za pacjentem. Z tej dyskusji wynika, że nie tylko pieniądz nie idzie za pacjentem, ale raczej pacjent idzie przed pieniądzem, z tym że różnica polega na tym, że pacjent dociera zawsze, a pieniądz, który ma iść za pacjentem – nie. Chcę zwrócić uwagę, że to przecież, na miłość Boską, nie matka wypisuje skierowanie dziecka do Centrum Zdrowia Dziecka. Ktoś to skierowanie wypisuje i ktoś je podpisuje.

I tu jest problem.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Panie Doktorze, Panie Dyrektorze... Weźmy każdy z instytutów specjalistycznych o wysokim poziomie referencji. Otóż problem...

*(Głos z sali: Ktoś ma wypisane skierowanie i idzie gdziekolwiek chce.)*

I to jest nieprawda, bo nie na tym polega prawo do swobodnego wyboru zakładu opieki zdrowotnej. Lekarz kierujący jak gdyby według dawnych stopni referencji mówi, które z zakładów są adekwatne do leczenia określonego stanu dziecka.

*(Głosy z sali: Nie ma tego w ustawie.)*

Dlatego potrzebne są akty wykonawcze, których nie ma, proszę państwa. A zatem...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Tak. I to trzeba przyspieszyć i z tym się trzeba oczywiście zgodzić. To nie jest tak, że dostaję skierowanie do szpitala i dowolnie wybieram sobie szpital.

Tutaj występuje jeszcze jedno zjawisko, jeżeli mielibyśmy zinterpretować ten przykład, który był tutaj podany – jak pan dyrektor Woźniak pisze panu profesorowi Relidze, że nie zapłaci za pacjenta, któremu uratowano życie w Instytucie Kardiologii. Otóż chcę państwu powiedzieć, że powstał inny problem. Ta Polska regionalna zaczyna coraz mocniej funkcjonować i ja na przykład na naradach w województwie – wszystko jedno w którym, bo to jest zjawisko ogólnopolskie, ale regionalne – słyszę takie uwagi: a dlaczego tak jest, Panie Przewodniczący, że konkursy na określone inwestycje, jeżeli chodzi o wykonawstwo, wygrywają firmy spoza naszego województwa? I zarabiają na tym firmy z innego województwa, a nie z naszego? My się domagamy, żeby w konkursach, przetargach, były preferencje dla firm z naszego województwa, bo powinniśmy dbać o miejsca pracy.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Mówię państwu w tej chwili o sferze gospodarczej, ale ona się bardzo ładnie przenosi na sferę świadczeń medycznych.

Otóż ja słyszę również od dyrektorów akademii medycznych na naradach regionalnych: a dlaczego kierujecie pacjentów poza region? To samo można zrobić w naszym szpitalu klinicznym. Dlaczego pacjenci wyjeżdżają z naszego regionu i dlaczego pieniądze wypływają z naszego regionu na przykład do Warszawy, do instytutów, skoro można to było zrobić u nas? My się domagamy, żeby to, co można robić w naszym regionie, było robione w naszym regionie, a żeby dopiero to, czego nie można tu robić, było robione poza regionem.

Tu wchodzimy w sferę konkurencji. Ja z uwagą wysłuchałem wypowiedzi pani dyrektor, jeżeli chodzi o te promesy. W odniesieniu do instytutów, które są specyficznymi zakładami opieki zdrowotnej, a właściwie nie tylko, bo więcej niż opieki zdrowotnej, można by zrobić procedurę wyjątkową i regulować to również aktami wykonawczymi, bo to jest możliwe. Właśnie dlatego, że są to jednostki wyłączone z gestii samorządów jako organów założycielskich szczebla powiatowego i wojewódzkiego, że ich organem założycielskim jest minister, że wykonują określone inne zadania poza działalnością czysto leczniczą.

I kto wie... Ja będę dyskutował na temat tych promes, jeżeli chodzi o instytuty, bo pomysł wydaje mi się godny szczegółowego rozważenia, przedyskutowania. I gdyby się to udało zrobić, a moje koleżanki i koledzy senatorowie z komisji by się na to

zgodzili, to 4 lipca już można by taki postulat zapisać w uchwale komisji – ale w przemyślany sposób.

O co mi chodzi? Żeby ta uchwała była na tyle poważnym aktem, żebyśmy przyzwyczajali administrację rządową, czyli organy władzy wykonawczej państwa, że jeżeli senacka Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia coś uchwała, to po pierwsze jest to dokument poważny i przemyślany, to nie są strzały na wiat, to nie są jakieś postulatyczne fantasmagorie, które sobie można uchwalić i tym się legitymować, niemożliwe do zrealizowania praktycznego, o czym już na wstępie powinniśmy wiedzieć. A po drugie, że jeżeli podejmujemy określone uchwały, to do tych uchwał po pewnym czasie wracamy i prosimy organy administracji rządowej o pokazanie, jaki był skutek tej uchwały, która została przyjęta do realizacji, i co się zmieniło od czasu jej podjęcia.

Tak będziemy robić na przykład z uchwałą Senatu, podjętą z naszej inicjatywy, w sprawie onkologii. Państwo wiecie, że w „Monitorze Rządowym” na wniosek komisji ukazała się uchwała Senatu, ale będziemy co roku monitorować, jak wygląda realizacja tej uchwały przyjętej przez Senat. I tak chcielibyśmy pracować.

Jeżeli chodzi o samą ustawę – ja byłem 28 marca na takiej naradzie krajowej samorządowców-menedżerów ochrony zdrowia w Krakowie. Chcę państwu powiedzieć, że zdarzyło się tam coś dosyć dziwnego. Było to 28 marca, czyli już po podpisaniu przez prezydenta ustawy, po jej opublikowaniu, praktycznie dwa dni przed jej wejściem w życie. I po dwóch godzinach zorientowałem się, że w zasadzie ci ludzie na sali oczekują, że ci, którzy siedzą za stołem prezydialnym – tych dwóch czy trzech ludzi – będą im streszczać zapisy ustawy, czyli mówić im, co w tej ustawie jest napisane. Zwróciłem uwagę, żebyśmy nie dyskutowali w ten sposób, bo to będzie stracony czas. Miałem nadzieję, że będą omawiane aspekty praktyczne, że my się czegoś dowiemy od tych ludzi z terenu – jakie mają zamiary, co preferują, jaki powinien być sposób wdrażania tej ustawy, jaką formę powinny mieć akty wykonawcze, jakie powinny być regulacje, co ułatwiłoby implementację tej ustawy w sensie praktycznym.

Otóż tu był kłopot. I dlatego chciałbym, żebyśmy nie mówili o ustawie o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia w tym aspekcie, że publikujemy informacje o zapisach, których w tej ustawie nie ma, po prostu nie ma. Nie ma w tej ustawie żadnej centralizacji kompetencji w rękach ministra zdrowia, choć słyszymy o tym ciągle. Minister ma tylko prawo nadzoru, nic więcej. Ale co do tego, że ma prawo nadzoru, to można powiedzieć – wreszcie. Jednak ma też i współodpowiedzialność.

*(Głos z sali: Ale myśmy tego nie mówili.)*

Ale pan dyrektor Piróg mówił między innymi, że i tak nie będzie kompetencji i uprawnień rozdzielonych na dyrektorów oddziałów wojewódzkich, bo pozostaną one w centrali. Otóż nie, oczywiście nie. Ustawa nawet na to nie pozwala, ponieważ sugeruje wyraźnie – jest to zapis wprawdzie nie obligatoryjny, ale fakultatywny – że właśnie kompetencje, właśnie negocjacje, właśnie re negocjacje i właśnie kontrakty mają być przekazane na szczebel oddziałów wojewódzkich. Ale do tego dyrektor jest niezbędny, a żeby był dyrektor, musi być przede wszystkim tu, w Warszawie, powołany prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Od tego trzeba zacząć i o tym mówiłem wcześniej, na początku i co do tego się zgadzamy – ale nie ma go.

Oczekiwanie, że państwo będziecie mieli kontrakty wydłużone co najmniej na okres dwóch lat, to postulat absolutnie zasadny. Ja dziewiętnaście lat dyrektorowałem

w służbie zdrowia i nie wyobrażałem sobie kierowania ZOZ, w którym nie mógłbym co najmniej na dwa–trzy lata naprzód planować drobnych inwestycji, remontów, zakupów sprzętu. To się wydaje niemożliwe. Przecież ten system zamyka planowanie na dwanaście miesięcy kontraktu – od 1 stycznia do 31 grudnia. A o następnym roku dyrektor wie tylko tyle, że pieniędzy będzie za mało, ale nie wie, ile będzie miał, kiedy je będzie miał. Wie tylko jedno: będzie ich za mało. To jest jedna pewna informacja.

Proszę zwrócić uwagę, że ustawa, która zobowiązuje do opracowywania planów zdrowotnych na okres czterech lat – a tak mówi ustawa o Narodowym Funduszu Zdrowia – jest wejściem do co najmniej dwuletnich kontraktów. Bo na rok to jest budżet, ale plan zdrowotny opracowany przez samorząd województwa ma obejmować cztery lata, czyli trzy lata do przodu. I różny może być stopień skonkretyzowania tego planu – to już jest sprawa pracowitości, talentu poszczególnych osób i wymagań, jakie postawi się tym planom zdrowotnym. Ale to właśnie jest otwarcie na zrealizowanie postulatu, o którym państwo mówicie – żeby kontrakty były nie jednoroczne, tylko podpisywane na okres co najmniej dwóch lat. Tak należy ten zapis traktować. To nie jest tylko czysto urzędnicza robota, która tworzy jakiś tam plan. Nie wracamy do gospodarki planowej, ale też jakaś podstawa planowania wydatków musi być, jakaś sieć szpitali musi być, jakieś minimum zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych w zakresie stacjonarnej opieki zdrowotnej musi być, proszę państwa.

Czym innym jest otwarta podstawowa opieka. Tam błędy systemowe popełnione na terenie powiatu czy województwa są łatwe do odkręcenia, łatwe do naprawienia, ale w szpitalach – nie. To jest przecież potężna maszyna organizacyjna, ekonomiczna i merytoryczna.

Promesy dla instytutów. Mówiłem o tym i będę starał się przedyskutować tę sprawę z ministerstwem i ze wszystkimi ludźmi, którzy mają jakikolwiek wpływ na decyzje w tej sprawie. Pomysł wydaje mi się bardzo godny pogłębionego rozważenia. Już mówiłem o regionalnych ośrodkach, które niechętnie patrzą na państwa instytuty i żądają zamknięcia właśnie w pierwszej kolejności granic świadczeń do tych granic regionalnych.

Referencyjność zakładów opieki zdrowotnej. Może zrobimy tak, Panie Senatorze. Ja prowadziłem korespondencję z ministerstwem na wniosek jednego z rektorów Akademii Medycznej i to on otrzymał ode mnie oczywiście odpowiedź, bo skoro zainspirował całą sprawę, to odpowiedź ministerstwa do niego została skierowana. Ja państwu po prostu prześlę tę krótką korespondencję; ona nie jest długa.

Będę starał się... Myślę, że może nie tylko ja, ale też prezydium komisji, a może cała komisja – może na najbliższym posiedzeniu, choćby 4 lipca, poprosimy pana wiceministra Masłowskiego, który się tą sprawą zajmuje, żeby był uprzejmy dokładnie przedstawić nam zamiary w tym zakresie. Bo jeżeli nie referencyjność, to w moim przekonaniu – według mojego doświadczenia jako organizatora ochrony zdrowia, według doświadczenia parlamentarzysty – należy w algorytmie stawek za świadczenia wpisać w określonych zakładach opieki zdrowotnej określoną preferencję czy określony dodatek wynikający z faktu... Wtedy nie jest to poziom referencji, ale praktycznie to świadczenie w tym zakładzie, w tym instytucie, jest już powiększone o określony procent wpisany w algorytm przydziału środków czy też opłacania świadczeń. Wydaje mi się, że tu musi być coś w zastępstwie. Nie może być tak, że to będzie zrównane, bo to jest po prostu praktycznie niemożliwe.

I wreszcie ostatnia uwaga, żeby państwa nie zanudzać i nie przedłużać posiedzenia komisji. Proszę państwa, ja próbowałem zmusić Senat – o czym moje koleżanki i koledzy wiedzą... Przy budowie budżetu na rok 2003 próbowałem przemówić do pana ministra Kołodki, wicepremiera, językiem ekonomicznym. Powiedziałem, że skoro trudno jest nam się porozumieć przy zastosowaniu argumentów merytorycznych z działalności zakładów opieki zdrowotnej czy personelu medycznego: lekarza, pielęgniarki – bo pewnie tu się nie porozumiemy – skoro trudno nam jest znaleźć porozumienie w innych aspektach typu humanitarnego – też jest to mało prawdopodobne – to spróbujmy porozmawiać jak ekonomista z ekonomistą.

Ja wiem jedno – i potrafimy to udowodnić. Jeżeli z powodu braku środków, z powodu niesprawności aparatury, na przykład przyspieszacza liniowego, pacjent, który jest leczony z powodu choroby nowotworowej, po zabiegu operacyjnym, wchodzi w program napromieniowania z opóźnieniem i przekroczone są wszelkie dopuszczane normami medycznymi terminy, to, jak informowałem pana premiera Kołodkę, w tym momencie dla mnie, jako lekarza, to jest tragedia, bo pacjent umrze, a nie musiał. Jednak minister tego może nie rozumieć, ale będzie rozumiał inny argument: że pieniądze dotychczas zainwestowane w diagnostykę i leczenie operacyjne tego pacjenta zostały zmarnowane i całe koszty spóźnionej radioterapii również zostały zmarnowane. To kiedy my robimy dobry interes? Czy wtedy, kiedy dajemy... O stendach była dzisiaj mowa; o tym mówił pan profesor Różyło. No, rzeczywiście. Czy zastosować procedurę o 30% droższą, ale trwałą, bez powrotu pacjenta i ponoszenia dodatkowych kosztów, czy też leczyć o 30% taniej, ale za to wielokrotnie? Jak zbilansujemy koszty w dłuższym horyzoncie czasowym, okazuje się, że znowu robimy bardzo zły interes.

Myślę, że tym językiem musimy rozmawiać z ministrem finansów. Bo my z ministrem zdrowia wspólny język znajdziemy – i państwo, i my w komisji. Natomiast będzie bardzo trudno przekonać Ministerstwo Finansów i wicepremiera Hausnera do określonych naszych poglądów i propozycji. Myślę, że będzie to praca żmudna, ale tę pracę trzeba wykonać, proszę państwa. Trzeba ich przekonać, trzeba ich wprowadzić w problematykę opieki zdrowotnej i tego świata środowiska służby zdrowia i pacjentów. Bo to nie jest tylko problem środowiska pracowników służby zdrowia; to jest przede wszystkim problem pacjentów. Ale musimy przekonywać argumentami dla nich zrozumiałymi, dostosowywać język do problemów.

Pan senator Religa.

**Dyrektor Instytutu Kardiologii imienia Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie  
Zbigniew Religa:**

Proszę państwa, otrzymacie za chwilę próbkę tego, jak naprawdę wyglądają nasze dyskusje w komisji. Myślałem, że do tego nie dojdzie, ale niestety, musi dojść, dlatego że z tej naszej początkowej dyskusji, dotyczącej tylko zagadnienia ściśle dotyczącego instytutów i problemów, wyniknęły niestety wypowiedzi polityczne i w związku z tym nie można się nie odnieść do nich.

Otóż z wypowiedzi pana senatora Kulaka i pana senatora Ciślaka wynika jedno – że to szaleństwo i ta głupota, którą spowodowały kasy chorych... W ogóle z tych słów wynikało, że był to prawie dramat narodowy. Wszystko było tragiczne i złe; niepotrzebne hospitalizacje, siedemnaście księstw i siedemnaście polityk zdrowotnych –



słyszeliśmy to. Zacytuję też wypowiedź jednego z byłych ministrów zdrowia, pana ministra Kuszewskiego, który do pana ministra Łapińskiego mówił: no dobrze, było siedemnaście księstw, ale pan stworzył jedno cesarstwo.

A znowu przypomnijcie sobie państwo, co dyrektor Berdyga pokazywał. Przychody naszego instytutu w czasie działania kas chorych były co roku większe. Wprowadzenie Narodowego Funduszu Zdrowia spowodowało raptowny spadek. Ja tym instytutem nie kieruję od początku reformy, bo przyszedłem dopiero w styczniu 2001 r., a więc dwa i pół roku temu, ale muszę powiedzieć, że byłbym szczęśliwy, gdybym miał tak jasną, klarowną sytuację, jaką miałem w ostatnim roku działania kas chorych, czego nie mam zupełnie teraz. Totalny brak odpowiedzi, niewiadoma, mniej pieniędzy. Przytaczam znowu to, co mówił pan minister Łapiński. To miało radykalnie rozwiązać nasze problemy i każdy miał mieć równy dostęp do świadczeń medycznych, co było kłamstwem od początku, bo w Polsce długo tego nie będzie – to sobie trzeba jasno powiedzieć – bo nie ma takiej możliwości. Bez względu na to, kto rządzi, czy jest fundusz, czy są kasy, takiej możliwości na dzień dzisiejszy po prostu nie ma.

Panie Senatorze, byłem, jestem i zostanę przeciwnikiem Narodowego Funduszu Zdrowia, chyba że się rzeczywiście coś zmieni. Myślę, że stanowisko ministra zdrowia powinni zajmować ludzie merytorycznie przygotowani, a nie ideolodzy, osoby kierujące się ideologią. I to dotyczy zarówno lewej, jak i prawej strony sceny politycznej, ja tu tego nie rozróżniam. Przestaje być ważne, która to jest strona. Ostatnio jakoś nie mamy szczęścia i są to ideolodzy, którzy się kierują ideologią, a nie sensem. Może teraz Sikorski, który jest praktykiem, rzeczywiście... On sprawia na mnie wrażenie rozsądnego, dobrego, mądrego człowieka i mam nadzieję, że jakoś to może unormuje. Oby tak było, obym się nie mylił.

Ale teraz, Panie Senatorze, porzucamy znowu na chwilę politykę, wracamy do poziomu dyrektorów Instytutu Kardiologii.

*(Przewodniczący Jerzy Cieślak: Nie tylko kardiologii.)*

Przepraszam, instytutów. To jest lapsus.

*(Głos z sali: Chirurgii dziecięcej też.)*

*(Głos z sali: Ze szczególnym uwzględnieniem.)*

*(Wesołość na sali)*

Do poziomu dyrektorów.

Jeżeli coś się nie zmieni, to dzisiaj będziemy jeszcze dalej siedzieli, będziemy pracowali. Pracujemy nad tym, co zrobić, żeby uratować ten instytut. I w tej chwili są dwie rzeczy, do których dążymy i które ja będę musiał zrobić – albo zwolnić 20% ludzi, albo radykalnie obniżyć zarobki. I nie mam na dzień dzisiejszy innego wyjścia. Jedno i drugie wyjście jest fatalne. Trudno powiedzieć, żeby ci ludzie, którzy tu pracują, byli milionerami. A ja im za chwilę dam taki wybór: co chcecie? Czy 20% z was zwalniamy, czy zgadzacie się wszyscy na obniżenie zarobków?

W styczniu czy w lutym, tu, na posiedzeniu rady naukowej, myśmy ostrzegali pracowników instytutu, że grozi nam to, iż w czwartym kwartale zamkniemy instytut i wszyscy pójdą na urlopy bezpłatne. W dalszym ciągu nam to grozi. Każde z tych rozwiązań jest fatalne i musimy coś z tym zrobić.

W imieniu wszystkich was, dyrektorów instytutu... Każdy z nas jest w podobnej sytuacji. Z szokiem przyjąłem wiadomość, że pan profesor Maśliński musi zamknąć na trzy tygodnie Instytut Reumatologii i już niedługo to zrobi. To jest groźba, która doty-

czy nas wszystkich. Zamknięcie Instytutu Kardiologii – czyli sytuacja, w której mówimy: nie leczymy tego tysiąca zawałów serca – tworzy niebezpieczny dramat. I w tej chwili już dla mnie nie ma znaczenia, czy to jest kasa chorych, czy Narodowy Fundusz Zdrowia, czy cokolwiek; nieważne, jak to zwał. Ta sytuacja musi być jakoś naprawiona. Po prostu. Koniec, kropka.

**Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo.

Jak państwo widzicie, potrafimy się z panem profesorem Religą różnić, już od wielu lat, w poglądach. Jeśli się nie nawzajem przekonamy, to po prostu pozostajemy na pozycjach wyjściowych, ale z całą sympatią, a dusząc się...

*(Senator Olga Krzyżanowska: Przegłosowujemy.)*

*(Wesołość na sali)*

Głosowanie – tak.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Pan senator Religa mówi, że w głosowaniu on i pani senator zawsze przegrywają. No, w procedurach demokratycznych decyduje po prostu głosowanie.

*(Senator Olga Krzyżanowska: Nie zawsze, nie zawsze.)*

Proszę państwa, podsumowania posiedzenia nie będzie. Podsumowaniem będzie – jak powiedziałem – uchwała, którą państwo oczywiście wszyscy do wiadomości otrzymacie. Będę się starał, żeby ta uchwała była w takiej szerszej formie, żeby była dokładnie adresowana, tak aby było wiadomo, który jej fragment i który postulat do kogo jest adresowany. Będzie przyjęta, mam nadzieję, na posiedzeniu 4 lipca w godzinach rannych i potem będzie już rozpowszechniona, a przede wszystkim, jak to mamy w zwyczaju, skierowana przez pana marszałka Senatu do odpowiednich ministrów, do których adresowane są poszczególne fragmenty uchwały.

Uchwała komisji, jak państwo się domyślicie, nie jest aktem wysokiego rzędu, ale sposób, w jaki potem się ją prezentuje, do kogo się ją kieruje i jak konsekwentnie śledzi się jej losy, decyduje często o jej randze. A jeżeli raz i drugi członków rządu przekona się, że to nie jest sobie a muzom, nie jest to strzał na wiat, tylko że to będzie konsekwentnie obserwowane w dłuższej perspektywie czasowej, to i oni zaczynają nabierać szacunku do takich uchwał i próbują jednak dokładnie się z nimi zapoznać i odpowiadać nie zdawkowo, trzema zdaniami, tylko co pół roku czy co kwartał, a przynajmniej raz w roku, dawać zgodnie z naszym oczekiwaniem jakś bilans dokonań wynikających z tej uchwały. Bo działalność organów uchwałodawczych w obydwu izbach parlamentu nie miałaby większego sensu, gdyby to miały być tylko uchwały sobie a muzom.

Ktoś z państwa chciałby zabrać jeszcze głos?

Proszę uprzejmie, Pani Dyrektor.

**Dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie  
Danuta Ryglewicz:**

Ja chciałabym poprzeć pana dyrektora, jeżeli chodzi o szkolenie podyplomowe. My po prostu w instytutach musimy szukać różnych źródeł finansowania. Jesteśmy finansowani w dużej części przez opłatę świadczeń zdrowotnych, czy to przez kasę

chorych, czy przez Narodowy Fundusz Zdrowia, oczywiście też przez Komitet Badań Naukowych, ale ja mam takie poczucie w swoim instytucie – myślę, że może państwo również – że my jesteśmy podwykonawcami, jeżeli chodzi o szkolenie podyplomowe. A mamy kadre i mamy możliwości prowadzenia tego szkolenia. Tutaj było mówione o włączeniu się w przygotowywanie planów polityki zdrowotnej. Ale to może być również włączenie się w odpłatne szkolenie podyplomowe. I to by była szansa na jeszcze jedno źródło dochodów, które by pozwoliło lepiej finansować instytuty, do czego jesteśmy przygotowani. Mamy kadre, mamy doświadczenie, prowadzimy projekty naukowe i robimy to. Tylko robimy to ciągle jako podwykonawcy, dostając tylko jakiś tam procent z ich finansowania, a właściwie powinniśmy mieć swoje działy, w których byśmy prowadzili tę działalność. Jesteśmy do tego gotowi.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

### **Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Ja celowo i rozmyślnie pominąłem tę część dyskusji, w której pan dyrektor był uprzejmy zwrócić uwagę, że przecież potencjał doradczy, konsultancki, ekspercki tych instytutów nie jest wykorzystany przez Ministerstwo Zdrowia.

Proszę państwa, to jest problem. Jaka jest rola specjalistów krajowych i wojewódzkich? Przecież specjaliści krajowi są najbliższymi doradcami ministra zdrowia w określonych pionach medycznych i obszarach medycyny, oni są powołani i ich minister pyta o zdanie. Oni to zdanie wyrażają – czasem na posiedzeniach, a czasem na piśmie. Jest też problem specjalistów regionalnych, wcale nieprosty i niełatwy. Bo, proszę państwa, pierwsze bunty, jakie były w terenie przy tak zwanej restrukturyzacji, czyli zamykaniu – przy tym, co stoi... Pan dyrektor Religa powiedział: czy ja muszę obniżać pobory, czy zwalniać część załogi, żeby obniżyć koszty?

Polska, w terenie, przeszła nawet dwa etapy restrukturyzacji. W związku z tymi procesami wysłano tysiące ludzi, pracowników służby zdrowia, na bezrobocie. I to trwało w ostatnich latach, to nie jest nowe zjawisko. Ten dylemat dyrektorzy ZOZ w terenie przechodzili już dawno.

Ale problem jest inny. Otóż okazało się, że oddziały były zamykane nie w miastach wojewódzkich, tylko nagle ginęły z tego pionu oddziały w zespołach opieki zdrowotnej. Jeżeli w dawnych subregionalnych ośrodkach, czyli dawnych województwach, były na przykład dwa lub trzy oddziały okulistyczne, to nagle zostawał tylko jeden. Powstawało pytanie, dlaczego kasa nie kontraktuje z tym drugim, skoro jest kolejka na zabiegi planowe i skoro jest obłożenie. Ano dlatego, że opinia specjalisty wojewódzkiego jest w tej sprawie negatywna. I zrobił się ogromny krzyk, że specjaliści wojewódzcy wyrażają zgodę na zamykanie tych oddziałów w terenie, a nawet to sugerują, chroniąc własne oddziały, obłożenie własnych łóżek w ośrodkach akademickich, w akademiach medycznych, i chroniąc etaty własnego personelu.

I to nie były zarzuty bezzasadne i bezpodstawne, ponieważ specjaliści wojewódzcy to co najmniej ordynatorzy wysoko specjalistycznych zakładów opieki zdrowotnej albo wręcz dyrektorzy jednostek specjalistycznych. I najtrudniej było właśnie w tych ośrodkach akademickich przebić się przez restrukturyzację i tam zmusić do określonych działań menedżerów ochrony zdrowia, ponieważ to teren płacił frycowe jako pierwszy. Przez dobre pierwsze dwa, trzy lata przemian to głównie teren tracił miejsca pracy. Pacjentom wydłużała się droga i przenoszono proste procedury me-

dyczne do wysoko specjalistycznych ośrodków, bo nie było oddziałów, gdzie się to wykonywało; one po prostu zniknęły.

Sytuacja jest bardzo skomplikowana. Przyjmujemy, jak rozumiem, do dalszej dyskusji tę uwagę i tę propozycję, którą państwo zgłosiliście, bo każda z tych propozycji potem zaprotokołowana będzie przez nas jeszcze raz i uważnie przejrzana i potem zostaną wybrane te realistyczne, te możliwe. Bo tu musimy się zachować delikatnie. Czy instytut jest prawą ręką ministra w kreowaniu polityki zdrowotnej w określonym obszarze, czy specjalista krajowy? Jakie są ich wzajemne relacje? To musi być wyważone również z przyczyn – przepraszam, powiedzmy sobie szczerze – ambicjonalnych. Nie tylko z innych, merytorycznych, ale również ambicjonalnych. W każdym razie ta sprawa będzie przedmiotem pogłębionej analizy.

Proszę bardzo.

*(Senator Olga Krzyżanowska: Ja mam tylko wniosek, jeżeli można, Panie Przewodniczący.)*

Wniosek. Pani senator Krzyżanowska.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Senatorowie mają pierwszeństwo zabierania głosu na posiedzeniach komisji. Proszę uprzejmie.

### **Senator Olga Krzyżanowska:**

Przepraszam, ja mam tylko krótki wniosek: żeby na posiedzenie komisji zaprosić pana ministra i żeby posiedzenie komisji, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, ograniczyło się naprawdę do tematu tych instytutów i promes. Bo jak będziemy tak jak zawsze w Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia mówić o wszystkim, to praktycznie, przepraszam, nie obrażając nas, bo tematy są tak szerokie i dramatyczne... Jeżeli byłoby to możliwe – zwracam się z taką prośbą do pana przewodniczącego.

### **Przewodniczący Jerzy Cieślak:**

Dobrze. Zbliżamy się do końca.

Proszę państwa, ja mam...

Proszę się nie gniewać Panie Dyrektorze, już będziemy kończyć. Patrząc na zegarek – zmieściliśmy się w czasie. Czeka na nas autokar, a potem koleżanki i koledzy... Już niektórzy wcześniej opuścili nas, ze względu na to, że mamy czasem po 500 km do przejechania do swoich okręgów. Ale chcę powiedzieć, że to, co zostało przygotowane, rozdane państwu przez pana profesora Religę, proponuję potraktować jako szkic czy też jako propozycję.

Dlatego nie jest to przez nikogo podpisane, ale państwo to otrzymaliście. I wobec tego ja mam prośbę, żeby każdy z państwa, mówię do członków komisji, był uprzejmy, po uwzględnieniu tego, co jest tutaj – bo to powinno być uwzględnione jako propozycja naszego gospodarza dzisiejszego posiedzenia wyjazdowego – skierować do komisji faksem propozycję uchwały, lakoniczną, obejmującą te wszystkie postulaty, które powinny być przyjęte do realizacji i podał przy tym adresata. A w ostatnich czterdziestu ośmiu godzinach przed posiedzeniem komisji spróbujemy zebrać to w jedną całość. I na posiedzeniu komisji zredagujemy ostateczną wersję, tak jak to zwykle odbywa się u nas.

(*Głos z sali: O której jest posiedzenie komisji?*)

Mieliśmy to uzgodnić. Na pewno 4 lipca; może być 9.00, może być 10.00, może być 11.00.

(*Głosy z sali: A 3 lipca nie może być?*)

Sygnalizowano mi, że na 3 lipca są już z kolei zaplanowane różne zajęcia w terenie.

(*Głos z sali: Czy to jest wtorek?*)

Bo to jest wtorek, właśnie.

(*Głos z sali: Nie, 3 to jest czwartek, a 4 – piątek.*)

4 lipca jest w piątek.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

(*Głos z sali: To 3 lipca o 7.00 rano. A co?*)

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Proszę bardzo, ale chciałbym, żebyśmy jutro już ustalili ostatecznie. Proponowany termin to jest 4 lipca, godzina 9.00 rano.

(*Głos z sali: Czwartek, tak?*)

4 lipca, piątek, godzina 9.00 rano. To jest tydzień bez posiedzenia Senatu, więc można sobie ten piątek...

Serdecznie dziękuję państwu senatorom. Dziękuję bardzo gościom, którzy uczestniczyli w naszym posiedzeniu. Mam nadzieję, że będziecie państwo wspominać to posiedzenie nie najgorzej, obserwując jego praktyczne efekty.

Dziękuję uprzejmie, zamykam formalnie posiedzenie komisji.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 35)*

Kancelaria Senatu

Opracowanie: Ewa Maciejewska-Mroczek

Publikacja: Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851