



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Zapis stenograficzny**  
**(1177)**

146. posiedzenie  
Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia  
w dniach 9 i 18 marca 2004 r.

V kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat restrukturyzacji finansowej i przekształceń organizacyjnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na przykładzie działań podejmowanych przez samorząd terytorialny na terenie województwa dolnośląskiego.

*(Początek posiedzenia w dniu 9 marca o godzinie 12 minut 30)*

*(Posiedzeniu przewodniczą zastępcy przewodniczącego Mirosław Lubiński i Krystyna Sienkiewicz)*

*(Brak nagrania)*

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

...i wreszcie środowiska lekarskiego ziemi wałbrzyskiej i świdnickiej.

Chciałbym jeszcze uzupełnić przedstawienie uczestników naszego posiedzenia i serdecznie przywitać posłów: panią poseł Krystynę Herman (*oklaski*) i pana posła Franciszka Franczaka (*oklaski*), przedstawiciele rządu polskiego: pana Wiktora Maśłowskiego, wiceministra zdrowia (*oklaski*) i pana Piotra Warczyńskiego, dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia (*oklaski*), pana Ryszarda Lachera, wicewojewodę dolnośląskiego. (*Oklaski*). Witam przedstawiciela współorganizatora naszego posiedzenia, pana Marka Moszczyńskiego, wicemarszałka województwa dolnośląskiego. (*Oklaski*)

Serdecznie witam reprezentantów samorządu terytorialnego, w tym pana dyrektora Jarosława Maroszka ze Związku Miast Polskich (*oklaski*), pana Jacka Wajsa, starostę świdnickiego (*oklaski*), pana Mirosława Bartolika, wiceprezydenta Wałbrzycha (*oklaski*), pana Tadeusza Właźlaka, burmistrza Szczawna Zdroju, który dzisiaj w godzinach popołudniowych będzie gościł komisję na swoim terenie. (*Oklaski*) Witam pana Sergiusza Karpińskiego, wicemarszałka województwa śląskiego. (*Oklaski*)

Drodzy Państwo, są trzy zasadnicze powody zorganizowania dzisiejszego posiedzenia komisji. Ochrona zdrowia wymaga zarówno działań naprawczych, jak i szerokich działań o charakterze systemowym. Jestem przekonany, że w sytuacji, w jakiej znalazła się polska służba zdrowia, powinna być prowadzona polityka dialogu społecznego. Zamierzenia przeprowadzenia reform powiodą się jedynie wówczas, gdy będą rezultatem partnerskiej współpracy rządu i parlamentu oraz wszystkich grup społecznych i zawodowych, które tworzą środowiska ochrony zdrowia, jak również innych podmiotów i organizacji związanych z tą dziedziną. Ich przedstawiciele mamy dzisiaj na sali.

Idea rozwiązywania sytuacji trudnych w atmosferze dialogu – czego niestety ostatnio nie możemy być świadkami – a nie konfrontacji to pierwszy powód zorganizowania dzisiejszego spotkania. Na pewno zauważyli państwo, że większość dyskusji i sporów na temat ochrony zdrowia ma bardzo szeroki i w sumie niesprecyzowany zakres. W większości wypadków dyskutanci mówią o różnych sprawach, które łączą się z ochroną zdrowia, ale często pozostają w bardzo luźnym stosunku do tematu debaty.

Dzisiaj chcielibyśmy się zmierzyć z konkretnym tematem, z zadłużeniem polskiego szpitalnictwa – ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji na Dolnym Śląsku,

---

gdzie mamy wyjątkowo trudne warunki – i przyczynami jego narastania, a przede wszystkim z określeniem dróg wyjścia z tej trudnej sytuacji.

W tej chwili w Sejmie trwają prace nad ustawą o restrukturyzacji publicznej służby zakładów opieki zdrowotnej i propozycjami pomocy dla tych zakładów, której celem jest restrukturyzacja finansowa – czyli częściowe oddłużenie – oraz przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w spółki użyteczności publicznej. Zgodnie z intencją rządu ustawa ma poprawić gospodarkę finansową publicznych zakładów opieki zdrowotnej i stworzyć taką sytuację, żeby ich zobowiązania nie narastały w sposób niekontrolowany. Projekt budzi liczne wątpliwości i kontrowersje środowiska, dajemy więc kolejne okazje przedstawienia go przez Ministerstwo Zdrowia i przeprowadzenia dyskusji z udziałem wszystkich zainteresowanych. To drugi powód.

Kolejnym powodem są doświadczenia restrukturyzacyjne szpitali wałbrzyskich, dla których organem założycielskim jest urząd marszałkowski. Szpitale te podjęły trud samodzielnego – choć w ścisłej współpracy ze służbami marszałka – przekształcenia, a konkretnie konsolidacji, i są dobrym przykładem tego, w jaki sposób realizuje się na obecnym etapie prawnym restrukturyzację i podejmuje samodzielnie próbę wyjścia z trudnej sytuacji ekonomicznej.

Na pewno kuracja połączenia tych trzech szpitali była bardzo bolesna, ale nie mogła być inna, ponieważ stopień zaawansowania choroby był dość znaczny. Można jednak powiedzieć, że osiąga dobre skutki, a miarą tej skuteczności jest nie tylko wynik ekonomiczny – bo tak naprawdę nie on jest najważniejszy – ale przede wszystkim to, że pacjenci mają zapewnioną opiekę zdrowotną. Tu na pewno nie działano w myśl zasady, że jest już tak tragicznie i tak źle, iż właściwie nie warto nic robić, bo już nic zrobić nie można. Podjęto walkę, z której efektami warto się zapoznać, zwłaszcza w kontekście przywołanego projektu ustawy, znajdującego się obecnie w podkomisji nadzwyczajnej. Pragnę też, aby na podstawie zaprezentowanych referatów oraz przeprowadzonej dyskusji komisja mogła przyjąć konkretne wnioski z dzisiejszego posiedzenia, tak aby podkomisja, która pracuje nad ustawą o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, mogła wykorzystać te nasze wnioski. Z powodów formalnych nie może to nastąpić już dzisiaj, bo jesteśmy ograniczeni czasowo, ale na pewno zrobimy to na najbliższych posiedzeniach komisji.

Teraz zgodnie z porządkiem obrad oddaję głos panu ministrowi, panu Wiktorowi Masłowskiemu.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

### **Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wiktor Masłowski:**

Dziękuję bardzo.

Wysoka Komisjo! Szanowni Państwo! Chciałbym bardzo podziękować Wysokiej Komisji za zaproszenie do udziału w dzisiejszym spotkaniu. Jestem pod głębokim wrażeniem tego, co przed chwilą żeśmy mieli możliwość zobaczyć: pierwszego chyba w kraju przykładu procesu konsolidacji trzech dużych szpitali z tak korzystnym efektem zarówno dla pacjentów, jak i dla systemu.

Myślę, że ten kierunek działania wynika z projektu ustawy, o którym dzisiaj państwu będziemy – oczywiście w bardzo grubych rysach – mówić. Projekt ten powstał dość szybko w zespole pana premiera Hausnera i budzi wiele kontrowersji,

a składa się z dwóch części: części dotyczącej pomocy publicznej i części dotyczącej restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Można powiedzieć, że część dotycząca pomocy publicznej jest pewnego rodzaju częścią schematyczną, przeniesioną z obszarów innych gałęzi gospodarki narodowej, wzorowaną głównie na ustawie o pomocy publicznej dla małych i średnich przedsiębiorstw, istotnych dla rynku pracy. Ta część również w pracach parlamentarnych wzbudziła wiele wątpliwości co do zgodności z konstytucją, dotyczących także obowiązujących już od kilku lat ustaw. W tej części wczoraj zespół pana premiera Hausnera przyjął autopoprawki, które będą zgłaszane przez rząd w toku prac parlamentarnych.

Jeżeli chodzi o część dotyczącą zwłaszcza procedowania, składania wniosków restrukturyzacyjnych, to również w wielu krytycznych głosach państwa było dość istotne spostrzeżenie, że zawarte tam terminy są zbyt krótkie i nie oddają powagi oraz istoty procesu restrukturyzacji. Stąd też wczoraj zespół rządowy przychylił się do tej uwagi i okresy te zostały wydłużone. Poczyniono również wiele autopoprawek porządkujących, żeby już nie było wątpliwości dotyczących zgodności z ustawą zasadniczą.

Co do części dotyczącej przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę użyteczności publicznej, w spółkę kapitałową, chciałbym podkreślić, że przekształcenie to nie ma na celu prywatyzowania majątku publicznego. Jest tam wiele swego rodzaju bramek, a najważniejsza z nich to ograniczenie do 25% dysponowania kapitałem, jeżeli chodzi o możliwość przekazania tego w ręce prywatne.

Wydaje się, że dla nas wszystkich nie jest zaskoczeniem takie procedowanie, dlatego że o komercjalizacji mówimy od wielu lat. W 2001 r. w parlamencie był projekt dotyczący konkretnej komercjalizacji i prywatyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Naszym zdaniem projekt prezentowany w tej chwili przez rząd w znacznym stopniu chroni interesy obywateli, interesy własności publicznej, i tak naprawdę nie zmierza do prywatyzowania tego sektora. Zmierza przede wszystkim do przekazania SP ZOZ w ręce sprawniejszych menedżerów i wykorzystania lepszych narzędzi w zakresie zarządzania, żeby tę konsolidację można było kiedyś nazwać „konsorcjum”, żeby można było to prowadzić zgodnie z przepisami kodeksu spółek handlowych, a nie szukać jakichś wyjść w tym zakresie, żeby można było w skali województwa porządkować sprawy organizacji systemu zabezpieczenia zdrowotnego dla obywateli. Te problemy są przybliżane nam wszystkim od kilku lat.

Proponujemy formę dość bezpieczną dla publicznego sektora ochrony zdrowia, która oprócz nowych mechanizmów zarządczych wprowadza inną jakość nadzorowania zakładów opieki zdrowotnej i zarządzania nimi. Daje możliwość korzystania z prawa układowego, ale również z prawa upadłościowego, dopiero po roku funkcjonowania.

Wczoraj zespół pana premiera Hausnera przyjął autopoprawki, które będą przedstawione na najbliższym posiedzeniu rządu, dotyczące konstruowania i funkcjonowania sieci szpitali. Jak państwo wiedzą, było do tego wiele uwag i rząd żywo na nie zareagował. Myślę, że podczas dzisiejszego spotkania też będziemy mieli możliwość wymiany poglądów na temat projektu ustawy, a na pewno wykorzystamy spostrzeżenia ze strony państwa, które będą uszlachetniały ten projekt.

Poprosiłbym pana dyrektora Warczyńskiego, żeby w bardzo krótkiej prezentacji, na jaką nam czas pozwoli, wprowadził państwa w konkrety – w fundamentalne zapisy dotyczące głównych konstrukcji omawianej ustawy.

Bardzo proszę, Panie Dyrektorze.

**Pełniący Obowiązki Dyrektora  
Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia  
w Ministerstwie Zdrowia Piotr Warczyński:**

Dziękuję, Panie Ministrze.

Szanowna Komisjo! Chciałbym zwrócić uwagę, że projekt tej ustawy został przedłożony Sejmowi już w listopadzie 2003 r. W tymże miesiącu prace nad projektem się rozpoczęły i, jak państwo wiedzają, trwają w podkomisji nadzwyczajnej do dzisiaj.

Trudno w tak krótkim czasie przedstawić tak bardzo skomplikowaną i trudną ustawę, jaką jest ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dlatego postaram się wskazać na jej najważniejsze aspekty i pokazać najistotniejsze jej założenia.

Podstawowym założeniem jest to, że restrukturyzacja... Zanim przejdziemy do tego, chciałbym zaznaczyć jeszcze jedno: to, co państwo dzisiaj oglądają, i to, co szanowna komisja dostała w formie prezentacji, jest przedłożeniem rządowym, nie zawiera więc propozycji, które padły na posiedzeniu podkomisji nadzwyczajnej, jak również planowanych autopoprawek rządowych, które będą mogły być przedstawione publicznie dopiero w momencie przyjęcia ich przez Radę Ministrów. Jest to projekt przedłożony Sejmowi w zeszłym roku.

Restrukturyzacja ma objąć zarówno zobowiązania publicznoprawne, jak i cywilnoprawne, a także indywidualne roszczenia pracowników, wynikające z tak zwanej ustawy 203, które zostały wygenerowane na dzień 31 marca 2003 r., a więc takie, które powstały od 1 stycznia 1999 r. do końca marca 2003 r. Ma ona polegać na umorzeniu zobowiązań publicznoprawnych, rozłożeniu ich na raty, zawarciu ugód restrukturyzacyjnych z wierzycielami cywilnoprawnymi, jak również na zawarciu ugód z pracownikami.

W celu uzyskania środków na proces restrukturyzacji zakład opieki zdrowotnej, który podejmie się tego trudnego zadania, będzie mógł emitować obligacje, zaciągać kredyty bankowe, występować do jednostek samorządu terytorialnego o poręczenie spłaty należności głównej, jak również występować do Banku Gospodarstwa Krajowego o udzielenie wpłaty należności głównej.

Poproszę o następne slajdy.

W wyniku podjęcia procesu restrukturyzacji zakład opieki zdrowotnej będzie więc spółką kapitałową, spółką akcyjną i spółką z ograniczoną odpowiedzialnością, w której udziały publiczne stanowią co najmniej 75%, a więc 75% udziałów będzie stanowiło własność JST, ministra lub centralnego organu administracji rządowej, wojewody, państwowej uczelni medycznej lub jednostki badawczo-rozwojowej. Chcę podkreślić, że planuje się, żeby temu procesowi podlegały także szpitale akademii medycznych oraz jednostki badawczo-rozwojowe, które funkcjonują w ochronie zdrowia, prowadząc zakłady opieki zdrowotnej.

Istotne jest to, że powstała w wyniku przekształcenia spółka użyteczności publicznej wstąpi we wszystkie stosunki prawne, których podmiotem był wcześniej samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Charakter prawny tych stosunków nie będzie tu odgrywał roli, a pracownicy SP ZOZ z dniem jego przekształcenia staną się pracownikami spółki użyteczności publicznej.

Zgodnie z zawartym w tej ustawie przepisem dotyczącym uwłaszczenia SP ZOZ, zarówno jeśli chodzi o grunty, jak i budynki oraz urządzenia, które są w użyt-

kowaniu SP ZOZ, z dniem przekształcenia samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej staną się właścicielami gruntów i budynków oraz ich wyposażenia.

Założeniem ustawy jest również to, że wszystkie SP ZOZ, które z dniem 1 stycznia 2006 r. nie zostaną przekształcone w spółki użyteczności publicznej, z tymże dniem, na zasadach i w trybie określonym w ustawie, będą podlegały likwidacji lub przekształceniu w zakład budżetowy lub jednostkę budżetową.

Teraz to, o czym mówił pan minister: zmiana formy zarządzania, zmiana formy nadzoru zakładu opieki zdrowotnej po przekształceniu jest oczywiście uzależniona od formy, w jakiej zaczną działać, a więc od tego, że będą spółkami kapitałowymi z wynikającymi z tego konsekwencjami. Jednak pewne elementy są tutaj inne niż w zarządzaniu zwykłą spółką akcyjną. Zarząd spółki użyteczności publicznej jest jednoosobowy, powołuje go i odwołuje walne zgromadzenie wspólników po zasięgnięciu opinii rady nadzorczej.

Proszę o następny slajd.

Kompetencje kierownika medycznego, którego obecnie możemy porównać do zastępcy dyrektora do spraw medycznych, będą się odnosiły wyłącznie do działalności medycznej zakładu. Za działalność finansową i organizacyjną będą odpowiedzialne inne gremia. Aby zarządzanie przebiegało sprawnie, kierownik medyczny będzie podlegał bezpośrednio zarządowi. Tryb jego powoływania i odwoływania będzie określał akt założycielski spółki, a szczegółowy zakres jego obowiązków i uprawnień będzie określony przez akt wykonawczy wynikający z ustawy, czyli rozporządzenie ministra zdrowia.

Istotnym organem w wypadku nadzoru nad spółką i zarządzania nią jest rada nadzorcza. I tutaj ustanowiono wyjątek: w spółce, w której nie ma rady nadzorczej – a takimi spółkami będą mogły być spółki z ograniczoną odpowiedzialnością – będzie powołany uchwałą zgromadzenia wspólników pełnomocnik. Wynika to z tego, że nie wszystkie zakłady opieki zdrowotnej to szpitale. Zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej są to wszystkie jednostki ochrony zdrowia, które znajdują się w rejestrze wojewody lub w rejestrze ministra zdrowia. Niekiedy są to małe struktury, zatrudniające kilkudziesięciu pracowników, i powoływanie w nich rady nadzorczej nie ma sensu. W takich wypadkach będzie powołany pełnomocnik.

Ważnym przepis, budzący również wiele kontrowersji, ale, jak się wydaje, niezbędny, żeby rząd, poprzez ministra zdrowia, mógł realizować politykę zdrowotną państwa, dotyczy utworzenia krajowej sieci szpitali. Założenia ustawy stanowią, że w krajowej sieci szpitali będą mogły funkcjonować wyłącznie spółki użyteczności publicznej, a więc szpitale, które przekształcą się w spółki bądź wchodząc w proces restrukturyzacji finansowej, bądź pozostając poza tym procesem, taka możliwość też jest bowiem w tej ustawie zapisana.

Podstawowe cele powstania krajowej sieci szpitali zostały zapisane w ustawie. Jest to odpowiednia dostępność do świadczeń zdrowotnych, odpowiednia jakość tych świadczeń oraz gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych w wypadku wystąpienia nagłych zdarzeń w postaci klęsk żywiołowych – wojen właściwie nie, bo to regulują inne ustawy – a także w wypadku niemożności udzielania świadczeń zdrowotnych przez inne zakłady opieki zdrowotnej na przykład w wypadku załamania się systemu ochrony zdrowia na danym obszarze. Zakłady opieki zdrowotnej, które znajdują się w sieci, będą musiały być przygotowane na ewentualne przejęcie obowiązków innych

zakładów opieki zdrowotnej, w tym opieki ambulatoryjnej, a więc podstawowej opieki zdrowotnej, jak też specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W związku z tym będzie się mówiło o tak zwanej gotowości szpitali znajdujących się w sieci i na tę gotowość będą przeznaczone dla tych szpitali specjalne środki finansowe z Narodowego Funduszu Zdrowia lub z instytucji, która powstanie zamiast NFZ.

Jako spółki akcyjne, spółki kapitałowe, zakłady opieki zdrowotnej będą mogły wchodzić w postępowanie upadłościowe, jednakże dla szpitali znajdujących się w sieci postępowanie upadłościowe będzie można rozpocząć wyłącznie po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra zdrowia. Jeżeli minister zdrowia wyrazi taką zgodę, będzie uczestnikiem tego postępowania.

Przekroczyłem dozwolony czas, ale chciałbym jeszcze powiedzieć o potencjalnych i, jak się wydaje, rzeczywistych korzyściach wynikających z założeń tej ustawy. Bez wątplenia poprawi się jakość zarządzania i możliwości dyrektorów zakładu opieki zdrowotnej oraz całej kadry zarządzającej w zakresie sprawnego zarządzania SP ZOZ.

Relacje własnościowe SP ZOZ, które w tym momencie są niezbyt przejrzyste, zostaną uregulowane poprzez uwłaszczenie i odpowiednie wejście procentowe udziałowców. Sądzymy, że dzięki temu uzyskamy wzrost jakości usług i większą konkurencyjność świadczeniodawców, a po naszej akcesji do Unii Europejskiej – możliwość korzystania z pomocy Unii Europejskiej, a przede wszystkim z jej funduszy strukturalnych.

Chciałbym zaznaczyć, że na bieżąco wszystkie związane z tą ustawą prace, wszystkie projekty rozporządzeń, jak również informacje o aktualnym stanie prac sejmowych są dostępne na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. Znajdują się tam również informacje dotyczące programu pilotażowego prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia z wytypowanymi zakładami opieki zdrowotnej, w których ta ustawa jest testowana. Dzięki temu programowi znaleźliśmy kilka miejsc wymagających korekcy tej ustawy, co z pewnością znajdzie wyraz w autopoprawkach zgłoszonych przez rząd. Dziękuję bardzo szanownej komisji.

### **Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo, Panie Dyrektorze.

Lista gości zaproszonych na dzisiejsze spotkanie była bardzo długa, a teraz dotarła do mnie jej wersja ostateczna, chciałbym więc – zanim oddam głos następnemu prelegentowi – uzupełnić powitanie gości i przywitać wszystkich przedstawicieli ogólnopolskich i dolnośląskich organizacji medycznych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, a zwłaszcza pana Janusza Piotrowskiego, przewodniczącego Rady Krajowej Federacji Związku Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej. Witam pana bardzo serdecznie. *(Oklaski)*

Pana Marka Wójtowicza, prezesa Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej...

*(Wypowiedź poza mikrofonem) (Oklaski)*

Jest. Rozumiem, że w jego imieniu.

...panią Elżbietę Protasiewicz, prezesa Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych – witam panią doktor *(oklaski)* – doktora Andrzeja Wojnara, prezesa Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu *(oklaski)*, pana Jana Adamusa, pełnomocnika Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, Delegatura w Wałbrzychu

(*oklaski*), pana Piotra Kasprów, przewodniczącego Dolnośląskiej Rady Wojewódzkiej Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia (*oklaski*), pana Stefana Matuszewskiego, członka Regionu Dolnośląskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy (*oklaski*), panią Elżbietę Garwacką-Czachor, przewodniczącą Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych (*oklaski*), panią Barbarę Szabunię, przewodniczącą Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu (*oklaski*), pana Andrzeja Woźnego, dyrektora Dolnośląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu (*oklaski*), pana Igora Wolniakowskiego, wicedyrektora Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu (*oklaski*), panią Beatę Szczepankowską, dyrektora Delegatury Narodowego Funduszu Zdrowia w Wałbrzychu.

Witam także przedstawiciela świata nauki, pana profesora Ryszarda Andrzejaka, prorektora Akademii Medycznej imienia Piastów Śląskich we Wrocławiu. (*Oklaski*)

Oddaję głos przedstawicielowi Narodowego Funduszu Zdrowia, panu dyrektorowi Andrzejowi Woźnemu. Zapraszam.

**Dyrektor Dolnośląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia  
Andrzej Woźny:**

Dziękuję bardzo.

Szanowna Komisjo! Szanowni Goście! Panie i Panowie! Chciałbym podziękować panu senatorowi Lubińskiemu za zaproszenie na dzisiejszą prelekcję. Temat, który dostałem do opracowania, troszeczkę mnie zaskoczył, ponieważ naprawdę nie wiem, o czym mam mówić.

Proszę o pierwszy slajd.

Tytuł mojego wykładu jest następujący: „Rola Narodowego Funduszu Zdrowia w restrukturyzacji publicznych jednostek służby zdrowia”.

Ustawodawca nie przewidział, niestety, naszej roli w tej materii, tym nie mniej chciałbym państwu przekazać kilka uwag, ponieważ my mimo to bierzemy bardzo istotny udział we wszystkich działaniach organów założycielskich. Chciałbym zaprezentować kilka slajdów i pokazać państwu miejsca, w których nasza rola jest dość istotna, chociaż nigdzie niezapisana. Jeżeli świadczeniodawcy – czy też organy założycielskie – będą chcieli w przyszłości dokonywać zmian organizacyjnych u siebie, to powinni pamiętać, iż pewne rzeczy wypadaloby z nami uzgodnić, żeby ta operacja przebiegała sprawnie i bez zakłóceń.

Jak już powiedziałem, Narodowy Fundusz Zdrowia pozostaje tylko płatnikiem – tak mówi ustawa – w związku z tym oficjalnie nie bierzemy udziału w tych pracach. Placówki służby zdrowia restrukturyzują organy założycielskie i ustawa wyraźnie wylicza, kto do tych organów należy. Są to odpowiednie organy dla odpowiednich jednostek; zostały one tutaj wypisane, o czym państwo doskonale wiedzą.

Proszę o slajd.

To jest bardzo ważny punkt, na który chciałbym zwrócić państwa uwagę. Bardzo istotnym elementem systemu restrukturyzacji jest plan zabezpieczenia zdrowotnego, który my, jako fundusz, opiniujemy. Ci, którzy chcą restrukturyzować swoje jednostki, powinni zacząć działać już na tym etapie. Jest to bardzo ważne, ponieważ w tym planie my i sejmik – który przewodzi w tej sprawie – określamy zakres usług na

danym terenie, i ten zakres usług jest niejako wytyczną do ewentualnych zmian organizacyjnych w państwa jednostkach.

Przepraszam, mówię „państwa”, bo w większości są tutaj przedstawiciele organów założycielskich i do nich ta sprawa jest skierowana.

My jako płatnik musimy, czy też powinniśmy, zakontraktować potem te usługi już w nowych, odpowiednio zrestrukturyzowanych podmiotach gospodarczych. Jest to bardzo ważne, ponieważ uchwały, które państwo podejmuje, organy założycielskie czy zmieniające pewne zadania statuty, zapisy prawne, muszą współgrać z tym, co my będziemy robili przy rozpisywaniu konkursu. Chodzi o to, żeby nie było niepotrzebnych zgrzytów, jakie mieliśmy w jednym z powiatów, który wykonał bardzo dużą i bardzo dobrą pracę, a na końcu się okazało, że proste błędy w podjętych tam uchwałach uniemożliwiały przeprowadzenie konkursu ofert na tę działalność. Wszystko się opóźniało i były niepotrzebne niepokoje – przede wszystkim społeczne – które determinowały te zmiany.

Już w 2003 r. przeprowadziliśmy dziewięć konkursów uzupełniających dla przekształconych jednostek, przede wszystkim dla szpitali powiatowych. Trzeba powiedzieć, że powiaty na terenie Dolnego Śląska ostatnio się uaktywniły i mamy kilka pozytywnych przykładów zmian organizacyjnych – przekształcenie szpitali powiatowych najczęściej w spółki prawa handlowego i ograniczenie ich działalności do tego, co jest zapisane w planie zabezpieczenia zdrowotnego.

Tu chciałbym pokazać państwu, jak to wygląda w liczbach ogólnych, ile już mamy na terenie Dolnego Śląska NZOZ, a ile SP ZOZ – specjalnie to porównałem, przede wszystkim dla państwa senatorów, żeby państwo wiedzieli, jaka jest tego struktura. Bardzo istotne jest, jak głęboko powinny być przeprowadzone zmiany prywatyzacyjne w służbie zdrowia, żeby się nie powtórzyły pewne rzeczy, które ostatnio miały miejsce.

Pan marszałek będzie mówił najprawdopodobniej, jakie działania są prowadzone w tej chwili na całym Dolnym Śląsku. Z tego, co wiemy, wynika, że w dwudziestu sześciu placówkach są prowadzone różnego rodzaju zmiany restrukturyzacyjne.

Chciałbym, proszę państwa, wykorzystać swoje piętnaście minut, żeby państwu pokazać – bo to jest bardzo ważne dla państwa senatorów oraz innych zebranych tu osób – sytuację naszego oddziału po ostatnich tygodniach zawieruchy, jaka przeszła na przełomie roku przede wszystkim nad Dolnym Śląskiem, jeżeli chodzi o całe to kontraktowanie.

Mieliśmy do dyspozycji w tym roku 2 miliardy 147 milionów zł – taki plan zatwierdził nam minister zdrowia w odpowiednich dokumentach. Tak miały być rozdysponowane środki. Ja bym chciał państwu zwrócić uwagę na trzy wielkości. Pierwsza pozycja: 40% środków wydajemy na leczenie szpitalne, przy czym są tutaj tylko i wyłącznie oddziały szpitalne; nie ma dializ, nie ma tomografii komputerowej itd., to jest w innej pozycji.

Druga pozycja, na którą chciałbym, żeby państwo zwrócili uwagę, to pozycja „profilaktyczne programy zdrowotne”. Proszę zobaczyć, jaka jest struktura podziału środków. Z czego to wynika? Z olbrzymiej presji świadczeniodawców na świadczenie innych usług, chociaż ta pozycja jest chyba najważniejsza z punktu widzenia zdrowotnego społeczeństwa.

Jeszcze jedna pozycja: 22% naszych środków to refundacja leków. Cztery lata temu było 15%. Do podziału mamy jedne pieniądze i jeżeli wydamy więcej na refun-

dację leków, to mniej pójdzie gdzie indziej. Proszę zwrócić uwagę, że pozostałe świadczenia to wielkości kilkuprocentowe.

Chciałbym państwu pokazać, jak wyglądało wykonanie naszego planu w 2003 r., gdzie mieliśmy największe problemy. Proszę zwrócić uwagę na pozycję „refundacja leków”: zeszłoroczny plan przekroczyliśmy o 40 milionów zł – było zaplanowanych 459 milionów zł, a zostało wykonanych 500 milionów zł – i tylko i wyłącznie z tego powodu ponieśliśmy stratę 38 milionów zł.

Oddział dolnośląski miał dwa lata temu stratę 136 milionów zł. Gdyby nie refundacja leków, udałoby się nam kasę chorych czy też nasz oddział doprowadzić do bardzo dobrej sytuacji finansowej, ale i tak uważam, że zmniejszenie strat o 100 milionów zł w ciągu roku to bardzo duży sukces.

Potem mieliśmy, proszę państwa, wojnę i chciałbym, żeby państwo zobaczyli, jakie są skutki tej wojny. Nasz plan się zwiększył co prawda do 2 miliardów 206 milionów zł, ale 22 miliony zł trzeba było dołożyć na zakontraktowanie nocnej i świątecznej opieki laboratoryjnej oraz transportu sanitarnego. To jest właśnie omówienie tego; nie chcę państwu opowiadać dokładnie, bo to nie o to chodzi.

I drugi etap wojny, bardzo niebezpieczny, bo tamte środki to spłynęły z centrali i z Ministerstwa Zdrowia, a tutaj proszę bardzo, 22 miliony zł, w sumie 23 miliony zł, zostały przesunięte z refundacji leków. Proszę zwrócić uwagę: mieliśmy dwadzieścia parę procent w planie, będzie 21%, liczby wirtualne.

Jakie w związku z tym wynikają zagrożenia dla państwa i dla nas? Przede wszystkim refundacja cen leków. Chciałbym państwu pokazać, jak to rośnie w skali ostatnich kilku lat i co jest tego powodem. Jest wiele powodów – istotnych w różnym stopniu – jak kwestia cen, kursu euro, większej ilości środków. Proszę zobaczyć: prawie dwukrotnie wzrosła w ostatnich kilku latach refundacja cen leków.

A to jest zeszły rok, proszę zobaczyć, co się działo: przez cały rok mniej więcej na tym samym poziomie, a we wrześniu, październiku, listopadzie, co się dzieje? Były zmiany cen na liście leków refundowanych i zaczął się wyścig: im było głośniejsze i im dłużej się to działo, im więcej media o tym pisały – państwo widzą – we wrześniu, październiku, listopadzie nastąpił niekontrolowany wzrost refundacji leków i mieliśmy wtedy olbrzymie trudności z płynnością w oddziale oraz w funduszu. To jest nauka na przyszłość dla wszystkich, że publiczne dyskusowanie na te tematy przez tak długi okres powoduje olbrzymie koszty.

Proszę zwrócić uwagę, co się będzie działo w tym roku: W ubiegłym roku mieliśmy w planie 460 milionów zł, a wykonanie wyniosło 500 milionów zł. Obecnie mamy w planie 462 miliony zł i jest to nierealna pozycja, bo na pewno wykonanie będzie grubo większe. Tylko do poziomu zeszłego roku brakuje około 40 milionów zł. Będą bardzo poważne problemy z płynnością finansową, co w konsekwencji spowoduje kłopoty w regularnym płaceniu za wasze świadczenia. Wszystko kosztuje, za wszystko trzeba zapłacić. Wyraźnie widać, że najprawdopodobniej wróci to, co się działo kilka lat temu. Państwo pamiętaj, że aptekarzom nieregularnie refundowano ich należności, był handel długami itd. – tego nie będę przypominał.

Są też inne rzeczy, na które nie mamy wpływu, na przykład hemodializy. W tym roku mamy na świadczenia medyczne tyle samo pieniędzy, co w zeszłym. Proszę zwrócić uwagę, jak te słupki rosną: w palnie na 2004 r. mieliśmy przeznaczonych na to tylko 49 milionów zł, a już wykonanie zeszłego roku wyniosło 56 milionów zł.

To jest ten sam slajd, tylko dotyczy liczby wykonywanych świadczeń. Nie wiemy, ile będzie w tym roku, na dzisiaj wiemy, że tylko w styczniu było bodajże piętnastu dializowanych więcej. Jak sobie pomnożymy to przez dziesięć czy dwanaście miesięcy, to zobaczymy, że jest to następna pozycja, na którą my jako płatnik nie mamy większego wpływu, ponieważ nikt nie odłączy – przepraszam za kolokwialne określenie – pacjenta od nerki.

Proszę o następny slajd.

Następne zagrożenie wiąże się z zakładami opiekuńczo-lecznicznymi. Jest olbrzymie zapotrzebowanie na tego typu usługi. Społeczeństwo się starzeje, brakuje nam 10 milionów zł, żeby zakontraktować tyle usług, ile powinniśmy. Nie mamy przy tym wpływu na pewne decyzje administracyjne, które pacjentów do tych ZOL kierują.

A to taka ciekawostka dla państwa senatorów – a przede wszystkim dla panów senatorów – żeby wiedzieli, jak wygląda podział składki na poszczególne oddziały i jak na tym tle wygląda Dolny Śląsk. Jesteśmy na piątym miejscu. To jest ilość pieniędzy na jednego ubezpieczonego w poszczególnych oddziałach w skali kraju i to jest, dla ciekawości, rzecz, której Trybunał Konstytucyjny nie zauważył, że jest nierówność dostępu do świadczeń.

Proszę państwa, zdaję sobie sprawę, że w tym roku będzie bardzo trudno; państwo też muszą zdawać sobie z tego sprawę. Mówiłem to, żeby państwo wiedzieli, iż kupka pieniędzy do podziału jest jedna. Jeżeli ktoś w taki czy inny sposób przeciągnie środki finansowe w swoją stronę, to nie zabierze nam, nie zabierze państwu, tylko innym świadczeniodawcom i innym pacjentom. Chciałbym, żeby państwo wyszli stąd z tym przesłaniem i wiedzieli, że mamy tyle pieniędzy, ile mamy, i więcej ich nie będzie. Dziękuję bardzo.

### **Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo, Panie Dyrektorze, za przedstawienie sytuacji finansowej, chociaż muszę powiedzieć, że jeżeli chodzi o rolę płatnika, którą odgrywa on w układzie świadczeniodawca–płatnik, to na pewno nawet brak tej roli, też jest pewnego rodzaju rolę. Muszę też powiedzieć, że w czasie tych lat transformacji, od lat dziewięćdziesiątych, myśmy mieli dość częste zmiany, i dość częste zmiany prawne dotyczyły roli płatnika – był to system budżetowy, potem system kas chorych, a teraz mamy Narodowy Fundusz Zdrowia i czekają nas kolejne zmiany – ale nie było symetrii w zmianach po stronie świadczeniodawcy. Od 1991 r. jest ustawa o zakładach opieki zdrowotnej – notabene ma to znaczenie historyczne, ale warto tutaj podkreślić, że był to projekt senacki, który przeszedł przez Senat pierwszej kadencji – potem ustawa ta trochę się zmieniała i w efekcie mamy w tej chwili samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, które tak do końca nie są samodzielne, a z ich publicznym charakterem też różnie bywa. Na pewno jest tu potrzebne dopasowanie tych podmiotów, wyposażenie ich w takie instrumenty prawne, aby dobrze pełniły swoją rolę w systemie płatnik–świadczeniodawca.

A teraz zapraszam, pana marszałka Moszczyńskiego.

Proszę bardzo, Panie Marszałku, o przedstawienie swojego referatu.

### **Wicemarszałek Województwa Dolnośląskiego Marek Moszczyński:**

Szanowni Państwo, proszę wybaczyć, że nie będę się posługiwał obrazkami, ale myślę, iż potrafię przedstawić problem bardzo obrazowo.

Zająłem się zarządzaniem w ochronie zdrowia w 1990 r. Od tego czasu przez trzynaście lat kierowałem średniej wielkości ZOZ, ale nie szpitalem, i z zainteresowaniem przyglądałem się sytuacji i sposobowi zarządzania samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Przyglądałem się, z jaką wielką beztróską wydawane są pieniądze zawsze dla dobra pacjenta.

Od 1990 r., od czasu kiedy zacząłem obserwować to zjawisko, długi szpitali stopniowo rosły, a organy założycielskie niespecjalnie się tym przejmowały. W pewnym momencie zaczęto się tym przejmować i w 1996 r. oddłużono szpitale i zakłady opieki zdrowotnej. Z całą pewnością utwierdziło to zarządzających zakładami opieki zdrowotnej, że robili mądrze, wydawali bowiem pieniądze, których nie mieli, po czym je natychmiast dostali w prezencie od państwa.

Rok 1996 minął, przyszedł rok 1999. Co się działo? Długi, szczególnie szpitali, spokojnie rosły, zawsze dla dobra pacjenta, goniliśmy poziom medycyny światowej. Zarządzający ZOZ nie ponosili z tego powodu żadnych konsekwencji i, jak się okazało, mądrze robili, bo w 1999 r. nastąpiło oddłużenie szpitali. Doprowadziło to do katastrofy w mentalności osób zarządzających ochroną zdrowia – mówię o tym z całkowitym przekonaniem – i na ten grunt zdemoralizowanych zarządzających ochroną zdrowia weszła reforma ochrony zdrowia w 1999 r. Nagle miało być normalnie, nagle miało być rynkowo, pieniądze miały iść za pacjentem, miało być płacone za wykonane świadczenie i miała być stosowana zdrowa ekonomia, tylko nie zastosowano żadnych metod, żeby przekonać tych ludzi, którzy zarządzają ochroną zdrowia, że to na serio. Mało tego, nie wyciągając żadnych konsekwencji z zadłużenia szpitali, tolerowano ten fakt, co doprowadziło dzisiaj do długów w dolnośląskich placówkach podległych samorządowi Województwa Dolnośląskiego na poziomie 620 milionów zł – mówię tylko o kwocie głównej, bez odsetek. W związku z tym na obszarze całego województwa zadłużenie ochrony zdrowia wynosi dwa razy więcej: 1 miliard 200 milionów zł. Przypominam, że w budżecie na 2004 r. dla szpitali przeznaczono kwotę 1 miliarda zł, czyli zadłużenie szpitali dolnośląskich przekracza kwotę przeznaczoną na ich roczne utrzymanie.

Jaki jest tego efekt? Efektem jest praktyczna upadłość wielu szpitali. Oprzyjmy się na konkrety: jeden z wrocławskich szpitali, którego zadłużenie wynosi 43 miliony zł i którego przewidywane przychody w tym roku mają wynieść 23 miliony zł, nie płaci składek ZUS, a podatków to już dawno nie płaci, i w ogóle się tym nie przejmuje. Egzekutorem jest urząd skarbowy. Miesiąc temu mało brakowało, a na wniosek wierzycieli zablokowano by wszystkie pieniądze szpitala, czyli zostałyby on bez złotówki i w ciągu trzech może pięciu dni po wykorzystaniu swoich rezerw przestałby działać – to bardzo realny scenariusz.

Dlaczego o tym wszystkim powiedziałem? Uważam, że kluczową sprawą w rozwiązywaniu problemów ochrony zdrowia i jej finansowaniu jest zmiana mentalności ludzi odpowiedzialnych za zarządzanie.

Stanowisko wicemarszałka odpowiedzialnego za ochronę zdrowia na Dolnym Śląsku przyjąłem w czerwcu ubiegłego roku, przekonany, że będę miał bardzo ciężką pracę i bardzo trudno będzie mi forsować swój sposób myślenia, ale nie przypuszczałem, że będzie to aż tak trudne. Nie chodzi o to, żeby się skarżyć, lecz o to, żeby powiedzieć, co dobrego się dzieje na Dolnym Śląsku, bo że się dzieje, to wszyscy wiemy.

W czerwcu ubiegłego roku sejmik przyjął uchwałę o programie działania i restrukturyzacji w ochronie zdrowia – nie czytam tu całej nazwy uchwały – która prze-

widuje konsolidację szpitali, koncentrację świadczeń, wycofywanie się z części obiektów szpitalnych, żeby zmniejszyć koszty. Za drogę do celu uznaliśmy – ja również to uznaję – konsolidację szpitali, która odpowiada tworzeniu tak popularnych ostatnio na zachodzie konsorcjów. Myślę, że jej celem jest doprowadzenie do bilansowania się dolnośląskiej ochrony zdrowia. Przez chwilę zapomnijmy o długu; chodzi o to, żeby system ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku nie wydawał więcej pieniędzy, niż zarabia. Niestety, nie da się tego zrobić bardzo szybko, ale podejmujemy próby. Te próby to konsolidacja i restrukturyzacja szpitali wałbrzyskich, o czym konkretnie usłyszą państwo za chwilę od dyrektorów tych szpitali. Jest uchwała sejmiku sprzed tygodnia o konsolidacji dwóch dużych szpitali wrocławskich – imienia Marciniaka i Falkiewicza – obejmująca też koncentrację i uzupełnienie części ich działalności. Jest rozważana w tej chwili i dyskutowana konsolidacja dwóch innych, dużych, bardzo zadłużonych szpitali: szpitala imienia Babińskiego, o którym przed chwilą mówiłem, a który stoi na progu faktycznej upadłości, i szpitala kolejowego, również bardzo zadłużonego.

Współpracujemy bardzo ściśle z samorządem powiatowym, bo problemem jest to, że organami założycielskimi dla szpitali dolnośląskich są i powiaty, i województwo. Trzeba się porozumiewać, no i porozumiewamy się. Wynikiem tego porozumienia jest próba połączenia szpitali trzebnickich. Mała Trzebnica ma trzy szpitale: jeden wojewódzki i dwa powiatowe, które już się połączyły, z wojewódzkim zaś są kłopoty prawne, ale o tym będę mówił za chwilę.

Niezależnie od tego duży, forsowny proces restrukturyzacyjny następuje w Kolinie Kłodzkiej. Powiat kłodzki ma zamiar konsolidować swoje jednostki i wykorzystać włączenie nowo budowanego obiektu w Polanicy przez włączenie go do powiatowego systemu ochrony zdrowia. Mam nadzieję, że do tego włączenia wreszcie dojdzie i uda się doprowadzić do zorganizowania sensownej sieci szpitali na terenie powiatu kłodzkiego. My jako samorząd województwa sekundujemy temu przedsięwzięciu, bo jest ono mądre, i bardzo byśmy chcieli, żeby postępowało jak najszybciej.

Niezależnie od tego powiaty, znowu w porozumieniu z nami – często prosząc nas o radę, a czasami zastanawiając się wspólnie – prowadzą restrukturyzację swoich jednostek, przekształcając je w spółki prawa handlowego. Nastąpiło to na przykład w Kamiennej Górze, postępuje obecnie w Lwówku, łączą swoje jednostki powiaty w Oleśnicy i Sycowie. Forsowne procesy restrukturyzacyjne – już bez konsolidacji, bo czasami to jest trudne – miały miejsce w wielkim szpitalu psychiatrycznym w Lubążu, który zwolnił w ubiegłym roku 1/4 swoich pracowników, i w szpitalu psychiatrycznym w Krośnicy. Dużo jest przykładów pozytywnych. W tej chwili na terenie województwa, zdaje się, dwanaście jednostek na czterdzieści jeden podległych samorządowi województwa, miesięcznie nie wydaje więcej pieniędzy, niż zarabia. Część z tych dwunastu jednostek zaczyna spłacać swoje zadłużenia i to są jaskółki wróżące dobre zmiany.

Kluczem do powodzenia jest – podkreślam to – zmiana mentalności osób zarządzających i żelazna konsekwencja organów założycielskich w egzekwowaniu prawidłowego, twardego zarządzania. Trzeba powiedzieć sobie wyraźnie, że ochrona zdrowia w Polsce – czy na Dolnym Śląsku, bo to nasze podwórko – może być tylko taka, jakie jest jej finansowanie. Jeżeli będziemy mieli siedem razy niższe finansowanie ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego niż w sąsiednich Niemczech, to nie możemy mieć ochrony zdrowia na poziomie niemiec-

kim, tylko na poziomie polskim, siedem razy niżej finansowanym. Jeśli o tym zapomnimy, możemy doprowadzić do katastrofy, do totalnego upadku systemu ochrony zdrowia.

Nie będę wymieniał korzyści wynikających z konsolidacji, bo wydają się one oczywiste. Zasygnalizuję tylko jeszcze, jakie podejmujemy próby restrukturyzacji finansowej.

Łączone szpitale wałbrzyskie już się prawie bilansują, w związku z czym próbujemy utworzyć spółkę prawa handlowego, która się zajmuje – znowu w skrócie to sygnalizuję – obsługą zadłużenia tych szpitali. Obsługa ta obejmowałaby emisję papierów dłużnych, poręczenie samorządów województwa itd., itd. I znowu są problemy natury prawnej, gdyż prawo polskie nie przewidziało takiej możliwości; to, co próbujemy robić, jest czymś nowym.

Jeśli chodzi o projekt ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej – znowu tylko sygnalizuję, Panie Ministrze – to przedstawiliśmy dość krytyczne stanowisko. Naszym zdaniem ta ustawa nie bardzo pasuje do katastrofy w ochronie zdrowia na Dolnym Śląsku. Szacuję, że 5% dolnośląskich szpitali miałyby możliwość skorzystania z dobrodziejstw tej ustawy, niezależnie od tego, że na pomoc publiczną dla całego kraju – nie mówił o tym przedstawiciel pana ministra – przewidziano kwotę 800 milionów zł, a to jest tylko 1/10 zadłużenia systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Chciałbym jeszcze zasygnalizować problemy prawne, z którymi się spotykamy. Są to postulaty adresowane do szanownej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, a dotyczą komorników. System działania komorników w żaden sposób nie pasuje do sytuacji w ochronie zdrowia. Myślę, że prawo związane z działaniami komorniczymi jest dostosowane do egzekwowania od osób fizycznych jakichś zaległych rat za telewizor, absolutnie zaś nie pasuje do tego, co się dzieje w ochronie zdrowia w Polsce. Obsługa zadłużenia wymaga takich uregulowań prawnych, żeby można było rozkładać to ogromne zadłużenie, które zostało wygenerowane przez ochronę zdrowia, na lata, bo inaczej nie potrafimy się z tym problemem uporać.

Następny problem to przekazywanie właściwości organu założycielskiego. Z tym problemem spotkaliśmy się w Trzebnicy – już to sygnalizowałem króciutko: dwa szpitale powiatowe i jeden wojewódzki – gdzie ze względów merytorycznych wszystkie argumenty przemawiają za tym, żeby połączyć to w jeden szpital. Byłyby same korzyści, ale nadzór prawny wojewody zakwestionował możliwość przekazania właściwości organu założycielskiego przez województwo do powiatu, nie ma więc takiej możliwości.

Następny sygnał – problem dofinansowania procesu restrukturyzacji. Żeby być uczciwym, przypominam, że w ubiegłym roku na Dolny Śląsk spłynęło dla podległych samorządowi wojewódzkiemu szpitali 11 milionów zł z tytułu refundacji odpraw pracowniczych oraz 8 milionów zł na program pomocy dla pracowników zwalnianych w ochronie zdrowia. Jest to duży zastrzyk, który pozwolił podjąć pewne działania restrukturyzacyjne. Bardzo liczymy na to, że ten rok nie będzie gorszy. Bez pieniędzy nie da się wprowadzić restrukturyzacji.

I ostatni sygnalizowany przeze mnie problem prawny – nieszczęsna ustawa 203. W ubiegłym roku przyrost zadłużenia na Dolnym Śląsku wyniósł 150 milionów zł, przy czym 130 milionów zł tego przyrostu wynikało z tytułu ustawy 203, tylko

20 milionów zł to są należności z tytułu dostaw i usług. Czyli ta nieszczęsna ustawa 203 ostatecznie nas pogrążyła.

Podsumowując, chciałbym jeszcze powiedzieć, że potrzebne są oczywiście fundusze na restrukturyzację, żeby odpowiednio dopasowywać strukturę i organizację przekształcanych szpitali – głównie szpitali – bo bez pieniędzy nie da się tego zrobić. Te pieniądze są stosunkowo niewielkie, ale są niezbędne.

W budżecie samorządu wojewódzkiego w tej chwili jest już tylko 4 miliony zł na wszystkie działania restrukturyzacyjne, ale przychód wszystkich szpitali w województwie w 2004 r. wynosi 1 miliard zł, czyli kluczem jest właściwie zarządzanie tym miliardem, a nie dodanie pieniędzy na naprawę systemu. Bardzo byśmy się oczywiście cieszyli, gdyby zamiast 1 miliarda zł, były 2 miliardy zł, ale ja zajmuję stanowisko, że funkcjonujemy w realiach prawnych i ekonomicznych. Realia ekonomiczne to jest ten 1 miliard zł – byłoby nieźle, gdyby się udało uzyskać jakąś pomoc finansową w procesie restrukturyzacji – realia ekonomiczne to są te 4 miliony zł, które mamy z budżetu województwa, a realia prawne to jest obowiązujący system prawny. I tu prośba: może warto ten system prawny zmienić? Dziękuję bardzo.

### **Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo, Panie Marszałku!

Problemy, które pan zgłosił, i propozycje bardzo pilnego ich rozwiązania docierały już do komisji, tak że to nie jest dla nas zupełnie nowe. Oczywiście zajmiemy stanowisko w tej kwestii, na pewno pochylimy się nad tym.

Usłyszeliśmy już głos przedstawiciela rządu, Ministerstwa Zdrowia, był też głos Narodowego Funduszu Zdrowia, była również informacja ze strony organu założycielskiego, czyli w tym wypadku urzędu marszałkowskiego, a teraz pora na świadczeniodawców, czyli przedstawicieli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Bardzo proszę o zabranie głosu panią dyrektor Alicję Daleczko.

### **Dyrektor Specjalistycznego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego imienia Edmunda Biernackiego w Wałbrzychu Alicja Daleczko:**

Dzień dobry państwu. Miło mi witać wszystkich gości, chciałabym również państwa przywitać. To spotkanie jest na pewno wielkim wydarzeniem na Dolnym Śląsku, gdzie sytuacja służby zdrowia bardzo znacznie odbiega od tego, co się dzieje w kraju.

Wydaje mi się, że nasza indywidualność polegała również na tym, że dolnośląska kasa chorych miała inny system rozliczeń. U nas nie było limitowania świadczeń, ale cena za te świadczenia była nieproporcjonalnie niska. Ten rok, mimo że zostały wprowadzone limity, wydaje mi się, wprowadził przynajmniej biedną – jak ja to nazywam – stabilność. To jest dygresja odnośnie do tego, dlaczego Dolny Śląsk się znalazł w tak wielkiej zapaści i miał takiego pecha.

Parę słów o restrukturyzacji naszego Specjalistycznego Szpitala Ginekologiczno-Położniczego imienia Biernackiego w Wałbrzychu. Chciałabym pokazać okres pięciu lat – od kiedy weszła reforma służby zdrowia – do roku ubiegłego.

Bardzo proszę o slajd.

Króciutko o działalności. Szpital jednoprofilowy, duże oddziały, osobno ginekologia, położnictwo, patologia ciąży z oddziałem neonatologicznym, patologia noworodka z intensywną terapią, łącznie dwadzieścia sześć łóżek, w tym sześć stanowisk intensywnej terapii neonatologicznej. Od roku 2000 szpital rozszerzył działalność o poradnię. Mieliśmy jedną poradnię, w tej chwili są cztery, w tym patologii ciąży, z czego bardzo się cieszą kobiety, dlatego że jest tu kontynuacja leczenia.

Ponadto szpital prowadzi pomoc doraźną dla kobiet, a od 2001 r. – szkołę rodzenia. Zajmuje się również szkoleniem lekarzy rodzinnych, jak i specjalizacją lekarzy w zakresie ginekologii i położnictwa. Prowadzimy staże, szkolimy średnie kadry medyczne, pielęgniarki i laborantów.

Otoczenie naszego szpitala. Szpital jest dawnym szpitalem wojewódzkim i ma wokół siebie dosyć dużo szpitali powiatowych. Bardzo blisko, bo w odległości około 10 km, są Świebodzice, gdzie jest oddział ginekologiczno-położniczy. Świdnica, dużo większe miasto od Świebodzic, również prowadzi oddział ginekologiczno-położniczy, no i idąc dalej w lewo, Kamienna Góra, niecałe 20 km. W Nowej Rudzie został w tej chwili zamknięty oddział położniczy, jest chyba tylko oddział ginekologiczny.

Sieć szpitali wymaga z czasem modyfikacji. Oddziałów jest trochę za dużo, gdyż liczba porodów spada – tak jak w ogóle w Polsce – i lepiej, żeby tych oddziałów było mniej, ale żeby prezentowały wyższy poziom.

Szpital nasz pod względem liczby łóżek jest szpitalem małym. Dawny szpital wojewódzki liczył dwieście czterdzieści łóżek, a w tej chwili mamy ich sto sześćdziesiąt. Jest to wynik dostosowania tego szpitala do potrzeb. Przyjmujemy rocznie od tysiąca czterystu do tysiąca pięciuset porodów i mimo że w Wałbrzychu coraz mniej dzieci się rodzi, myśmy w tym roku odnotowali o sto porodów więcej, co jest efektem zainteresowania pacjentek naszym szpitalem.

Proszę o następny slajd.

Jak się zaczęło? Proszę państwa, w 1998 r. nasze przychody wynosiły 7 milionów 500 tysięcy zł, a w 1999 r. nagle katastrofalnie spadły do 6 milionów 400 tysięcy zł – był to efekt wprowadzenia kas chorych – i rozjechały się zupełnie z kosztami, które w 1988 r. wynosiły 8 milionów zł.

Proszę zauważyć, że koszty osobowe stanowiły wtedy 75% udziału w przychodach, a więc były bardzo wysokie, i gdybyśmy to zostawili bez gwałtownej restrukturyzacji, to efekt byłby taki, że 6 milionów zł, które dostawaliśmy na przychody, wydawalibyśmy na płace.

W marcu podjęliśmy bardzo ostrą decyzję i uważam, że była to bardzo dobra decyzja. Mimo że restrukturyzacja była ostra, wydaje mi się, że dzięki temu ten szpital dzisiaj jest taki, jaki jest. Dziękuję za to załodze, że podjęła ten trud, że się na to zgodziła i że w zgodzie razem to wszystko prowadziliśmy. Niestety, w 1999 r. strata się podwoiła, a liczba etatów spadła aż o pięćdziesiąt.

Podjęliśmy działania w celu poprawienia efektywności, a więc szukaliśmy takich rozwiązań, w których każda złotówka wydana w pewnym miejscu była analizowana na takiej zasadzie, że każda usługa, każdy element, który kupowaliśmy, miał mieć cenę niższą, zwłaszcza jeśli chodzi o prowadzenie działalności pomocniczej, jak również chcieliśmy tak obniżyć koszty naszych badań wykonywane w laboratoriach,

w diagnostyce, żeby ich cena była konkurencyjna w stosunku do ceny rynkowej, i to się udało osiągnąć.

Prowadziliśmy również negocjacje z kontrahentami – oczywiście wszystkie umowy zostały zmienione – ogłosiliśmy przetargi, określiliśmy kontrahentom bardzo ostre reguły, prowadziliśmy negocjacje co do zobowiązań, rozłożyliśmy to wszystko na raty. Dzięki temu do szpitala nigdy nie wszedł komornik, nigdy nie mieliśmy problemów z tym, że nasz dług został oddany do komornika.

Problem był w tym, że byliśmy zmuszeni zwolnić, niestety, 1/3 pracowników, bo inaczej przy tym gwałtownym pogorszeniu przychodów nie bylibyśmy w stanie przetrzymać tego bardzo ciężkiego roku 1999. Mieliśmy dwa główne cele: prowadzić dobrą działalność nie kosztem pacjenta i utrzymać przynajmniej w 1999r. wszystko, czego pacjent potrzebuje, ale równocześnie poprawiać jakość świadczeń.

To jest obraz zmniejszenia liczby łóżek, W diagnostyce przede wszystkim poszliśmy w szukanie nowych klientów, których znalezienie pozwoliło nam znacznie obniżyć koszty własne i dzięki temu właściwie cała diagnostyka została utrzymana. Nic nie musieliśmy zmieniać, zamykać, dlatego że badania byłyby droższe niż gdzie indziej. Gdyby tak było, poszlibyśmy do kontrahentów, zlecając im badania, ale udało się tego uniknąć.

Kuchnię oddaliśmy w najem. Najemca został zobowiązany do zrobienia jej modernizacji, do wyremontowania i do zlikwidowania kuchenek oddziałowych, do wprowadzenia takiego – bym to nazwała – „paratacowego” minisystemu: bez podgrzewania, ale to, co kuchnia uszykuje, ma być na talerzu, w szafach i wędruje do pacjenta. Na oddziałach kuchenek nie ma. Nie ma pośrednika, nie ma pani kuchenkowej, która miała wpływ na to, co trafiało do pacjenta.

Pralnia została ograniczona do jednej zmiany. Zakupiliśmy dodatkowe komplety pościeli, dodatkowe komplety zmian bielizny operacyjnej i efekt był taki, że mogliśmy bardzo mocno ograniczyć zatrudnienie. Pralnia wystarcza nam w tej chwili i ma najlepsze ceny w mieście.

Sprzątanie – tu jest pewien ewenement. Szukaliśmy kontrahentów, którzy by sprząkali nam szpital, i przez dwa lata nie znaleźliśmy kontrahenta, którego usługi byłyby tańsze od dotychczas ponoszonych kosztów. Stwierdził się, że sami musimy się za to wziąć i powołaliśmy własną komórkę, która zajmuje się sprzątnięciem. Do komórki tej zostały włączone wszystkie panie salowe, pani pielęgniarka została przeszkolona pod względem epidemiologicznym i prowadzi sprzątający zespół własny szpitala. Efekt jest taki, że mogliśmy znacznie zmniejszyć zespół pań sprzątających, nie ma problemów z zastępstwami, nie ma problemów z myciem okien. Poza tym osoby sprzątające zostały wyposażone w nowoczesny sprzęt, środki są wydawane codziennie rano, porcjowane, nie brakuje papieru toaletowego w toaletach i różnych innych rzeczy. Szpital jest dużo lepiej posprzątnięty, panie są zadbane, mają szefową, a panie oddziałowe nie mają problemu, że muszą się jeszcze opiekować salowymi.

A to jest efekt zmniejszenia zatrudnienia z trzystu do dwustu etatów.

A to są wyniki finansowe w poszczególnych latach. Proszę zauważyć, jak wyglądał rok 1999: słupek niebieski to są zobowiązania wymagalne, a czerwony to nasza strata finansowa. Zobowiązania w roku 1998 były bardzo duże, a rosnące zobowiązania wymagalne w poszczególnych latach to wynik wejścia w życie tak zwanej ustawy 203, potem 110.

Jeśli chodzi o stratę, to udaje nam się pomalutku z niej wychodzić. Zysk, który państwo obserwują w roku 2003, to efekt bilansowania się szpitala pod względem przychodów i kosztów. Zysk jest tu teoretyczny, są to przychody, które byśmy uzyskali, gdyby nie było limitowania świadczeń. Są to świadczenia niesfinansowane przez kasę chorych ze względu na to, że musieliśmy negocjować świadczenia, które nie podlegają zapłacie, a zostały wykonane. Jest to jeszcze przedmiotem rozmów z kasą; myślę, że zakończymy je pozytywnie, niemniej jednak uważam, że ta współpraca jest.

Na początku na przykład w ramach umów z kasą chorych szpital mógł mieć zakontraktowanych tylko dziewięćset porodów, a ma tysiąc czterysta ponad nie. Takie są środki narodowego funduszu.

Uważam, że gdyby szpital miał możliwość odejścia od limitowania świadczeń, sytuacja w wielu placówkach służby zdrowia uległaby znacznej poprawie, mielibyśmy wpływ na to, co robimy.

*(Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński: Pani Dyrektor, bardzo prosimy kończyć.)*

Już kończę.

To są koszty i przychody, wzrost płac personelu – to też jest jedna z naszych największych trosk. Jeśli chodzi o wzrost płac, to jest tylko to, co możemy zrobić. W tej chwili została włączona trzynastka ustawą 203 i zrealizowano zobowiązanie wobec załogi za rok 2002 – wypłacono 110 zł.

Jeśli chodzi o przeciętne miesięczne wynagrodzenie, to jest wykres, proszę państwa, który trochę martwi nas wszystkich, dlatego że pokazuje on, jak płaca w służbie zdrowia – nasz szpital uważam za przykładowy, bo nie miał zajęć komorniczych – odbiegła od przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej. Zaczynał się rok 1998 tak, że płaca była prawie równa z płacą w gospodarce narodowej, w tej chwili ten słupek cały czas jest u nas niższy od przeciętnej płacy w Polsce.

No i prośba moja na dzisiaj, taka kwintesencja, żeby dla szpitali się pokazało to lepsze jutro, to jest żeby umożliwiono im skorzystanie ze środków unijnych. Wiem, że w grudniu nastąpiły pewne modyfikacje w programach, ale nie widzimy dalszego ciągu.

Odejście od limitowania świadczeń – to o czym mówiłam – zapewnienie stabilności cen i trzyletnie kontrakty – wszystko to jest bardzo ważne, dlatego że bez tego programów naprawczych, nawet jeśli je pięknie napiszemy, nie będziemy mogli zrealizować. Musi być pewna stabilność, żeby te programy mogły zostać faktycznie wdrożone. Ważne jest też skonstruowanie przez ustawodawcę takiego systemu motywacji w tej ustawie restrukturyzacyjnej, żeby wszystkie zakłady opieki zdrowotnej widziały jakąś dobrą sytuację, że w którymś momencie nam się poprawi. Chodzi mi o system zachęt w ustawie o restrukturyzacji.

I ostatnia moja prośba. Uważam, że szpitale jednoprofilowe to trochę inny typ niż szpitale ogólne i mają swoją specyfikę. Myśmy robili w 2001 r. spotkanie szpitali jednoprofilowych i uważam, że one się mają w miarę lepiej niż szpitale ogólne. Nie wiem, z czego to wynika, być może ze specyfiki działalności, ale jest wiele przykładów szpitali, jak Szpital Świętej Zofii, szpital w Siemianowicach Śląskich, zajmujący się leczeniem oparzeń, które sobie świetnie radzą. Prośba jest taka, żeby w ustawach o tych szpitalach jednoprofilowych pamiętać i przewidzieć takie rozwiązania, by te szpitale mogły dalej istnieć. Jeśli państwo przewidują odejście od nich, będzie to z krzywdą dla pacjenta.

Życzę wszystkim, szczególnie państwu posłom i senatorom, powodzenia w tworzeniu nowego prawa, które jest dla nas wszystkich bardzo potrzebne i bardzo przez nas oczekiwane. Dziękuję za uwagę.

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo, Pani Dyrektor. *(Oklaski)*

Na wstępie wspominałem o konsolidacji trzech wałbrzyskich szpitali; mówił o tym również pan marszałek. Komisja w godzinach przedpołudniowych odwiedziła nie tylko szpital ginekologiczno-położniczy, ale również szpital imienia Batorego wraz ze szpitalem pediatrycznym oraz specjalistyczny szpital imienia Sokołowskiego.

Teraz poproszę pana dyrektora tych trzech szpitali, aby przedstawił swoje bardzo ciekawe doświadczenia.

Bardzo proszę.

**Dyrektor Specjalistycznego Szpitala  
imienia dr. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu  
Roman Szelemej:**

Dzień dobry państwu.

Roman Szelemej. Bardzo dziękuję szanownej komisji i organizatorom spotkania za zaproszenie i za możliwość przedstawienia naszych spostrzeżeń dotyczących konsolidacji trzech szpitali wałbrzyskich.

Uchwała sejmiku z 30 maja ubiegłego roku precyzowała kierunki, w jakich powinny pójść procesy konsolidacyjne na Dolnym Śląsku. Opisując szpitale wałbrzyskie, określiła, że w konsolidacji te właśnie szpitale, to jest szpital Sokołowskiego, szpital Batorego oraz szpital dziecięcy, czyli Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem, mają być przedmiotem teje konsolidacji.

Rozpoczynając program konsolidacji w czerwcu ubiegłego roku, byliśmy przygotowani do powierzonego nam przez marszałka zadania. Już od stycznia dość precyzyjnie wiedzieliśmy, w jakim kierunku te zmiany powinny pójść. Chcę państwu pokazać, z czym zaczynaliśmy. Trzy szpitale: Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem, szpital Batorego i szpital Sokołowskiego, mieli państwo dzisiaj okazję wizytować. Jeśli chodzi o potencjał łóżkowy, Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem to mały szpital, nieco większy jest ogólnoprofilowy szpital imienia Batorego, a szpital Sokołowskiego stanowi duży specjalistyczny kompleks.

Proszę bardzo o slajd.

Szpital Sokołowskiego rozpoczynał konsolidację z trzystu czterdziestoma łóżkami. Miał oddziały zabiegowe, chirurgię, neurochirurgię, ortopedię, oddziały inwazyjne, kardiologię, dializę, reanimację, oddziały zachowawcze, hematologię, internę, neurologię, nefrologię i dializy. Z tego widać, że jest to nagromadzenie bardzo specjalistycznych, wysoko dochodowych oddziałów. Na szczęście pozwala to skonsolidować wokół tego szpitala pozostałe szpitale, o nierównym potencjale wyjściowym. Kontrakt miesięczny na samym początku tego roku to duży, trzeci pod względem wielkości na łóżko, kontrakt na Dolnym Śląsku.

Ten szpital państwo dzisiaj wizytowali. Wybudowano go, przynajmniej w części podstawowej, około trzydziestu lat temu. Restrukturyzacja, tak jak mówiłem, rozp-

częła się już w październiku ubiegłego roku, do konsolidacji przygotowaliśmy się przez kilka miesięcy. Wprowadziliśmy zmiany w organizacji pracy, bardziej mobilne zespoły, między innymi zabiegowe, możliwość pracy na bloku operacyjnym od rana do późnych godzin wieczornych. Inne nasze posunięcia to dyscyplina wydatków medycznych, a więc monitorowanie gospodarki lekami, redukcja zleconych badań, zmiany organizacji transportu, redukcja kosztów żywienia i najbardziej bolesna część – redukcja personelu o dziewięćdziesiąt osób i optymalizacja procesu rozliczeń z narodowym funduszem, czyli krótko mówiąc, odzyskiwanie z narodowego funduszu wszystkich tych środków, które powinny być przekazywane do nas za wykonanie świadczeń w ramach limitu bez żadnych strat.

Zatrudnienie ogółem, jak państwo widzą, na koniec 2002 r. spadło dość wyraźnie i utrzymywało się na niższym poziomie aż do lipca i sierpnia, kiedy nastąpił kolejny etap konsolidacji, czyli przejęcie oddziałów zabiegowych ze szpitala Batorego, i zatrudnienie właśnie na przełomie sierpnia i września ubiegłego roku wzrosło. Utrzymuje się ono na mniej więcej tym samym poziomie, z lekką tendencją spadkową, co wskazuje na możliwość pozyskania większej wydajności pracy tego samego zespołu.

Wraz ze wzrostem zatrudnienia koszty funduszu płac są, po tym spadku, nieco wyższe, ale nie przekraczają, niestety, pewnego poziomu. Mówię „niestety”, bo są one dość niskie jak w całej służbie zdrowia.

Jeśli chodzi o liczbę hospitalizowanych pacjentów, jest comiesięczna fluktuacja, wynikająca właściwie, przynajmniej w ostatnich miesiącach ubiegłego roku i w pierwszych miesiącach tego roku, z trudności w prawidłowym określeniu, jak będziemy rozliczani z narodowym funduszem.

A to jest chyba kluczowe przeżycie, pokazujące, jak wyglądał bilans operacyjny szpitala na przełomie ostatnich dwóch lat. Styczeń 2002 r., a właściwie koniec zeszłego roku, to była strata miesięczna na poziomie minus 300–350 tysięcy zł. W połowie zeszłego roku uzyskaliśmy znaczący, trwały, dodatni bilans operacyjny na poziomie 200–250 tysięcy zł miesięcznie i on się utrzymuje do chwili obecnej. Niebieska linia pokazuje, jak zwiększały się przychody w związku z pozyskiwaniem nowych środków i uruchamianiem nowych, wysoko specjalistycznych procedur oraz w wyniku konsolidacji kontraktów trzech szpitali.

Jeśli chodzi o koszty, to mamy nadzieję, że przynajmniej taka tendencja będzie się utrzymywała, choć mamy na to tylko częściowy wpływ, że wspomnę o cenach leków czy cenach środków medycznych związanych z ceną euro.

Oto wynik finansowy średnio z dwunastu miesięcy 2002 r. Comiesięczna średnia strata wynosi 324 tysiące zł, a comiesięczny średni zysk 227 tysięcy zł.

Jaki jest stan realizacji programu restrukturyzacji tego szpitala? Zmiany organizacji pracy są utrwalone, a liczba personelu medycznego dostosowana do rzeczywistych potrzeb. Nie było celem samym w sobie ograniczenie zatrudnienia o określoną liczbę osób ani też dostosowanie funduszu płac do możliwości finansowych szpitala, ale chodziło o to, żeby określić takie zasoby personelu, aby one odpowiadały temu, czego oczekujemy.

Jeżeli chodzi o ograniczenie kosztów, to znaczy procedur diagnostycznych, leczniczych, nie sędzę, żebyśmy osiągnęli wszystko, co było możliwe, ale pewnie zwykle tak jest.

Jeśli chodzi o redukcję kosztów stałych, też jest trochę do zrobienia, ale już niewiele.

Jakie są zagrożenia? Bardzo byśmy chcieli, żeby poziom finansowania usług przez Narodowy Fundusz Zdrowia był większy.

Wynagrodzenie pracowników – mówię to z właściwą dla tej sprawy uwagą – pozostaje niezmienione, jak w większości placówek służby zdrowia na Dolnym Śląsku, od trzech lat. Niewielkie podwyżki, wynikające choćby z ustawy 203, nie zmieniają faktu, że poziom zarobków jest bardzo niski i od kilku lat się nie zmienia.

Jakie są niezrealizowane świadczenia pracownicze? Wynoszą one mniej więcej 3 miliony zł, z ustawy 203 – 1 milion 300 tysięcy zł, trzynasta pensja, fundusz socjalny i znaczące, choć o wiele mniejsze niż w pozostałych trzech szpitalach, zadłużenie. Wszystkie niezrealizowane świadczenia pracownicze, zanim jeszcze propozycja ustawy oddłużeniowej ujrzała światło dzienne, były przedmiotem ugody pomiędzy pracodawcą a pracownikami, żeby ograniczyć koszty sądowych egzekucji.

Oto drugi szpital, pediatryczny, pewnie państwu znany z mediów, negatywnie z historii. Jest to szpital położony do lipca zeszłego roku w starych, jeszcze z ubiegłego wieku budynkach. W wyniku konsolidacji został on przeniesiony do nowego budynku, który przez ostatnich kilka lat był budowany wielkim wysiłkiem lokalnych władz, a przede wszystkim urzędu marszałkowskiego, w ramach programów regionalnego rozwoju. Ten szpital mieli państwo okazję wizytować. W wyniku dostosowania liczby łóżek do rzeczywistych potrzeb udało nam się wynegocjować pozyskanie ostatniej kondygnacji na oddział wewnętrzny, gdzie państwo dzisiaj byli. Budynek ten jest, jeśli chodzi o standard, absolutnie kompletny i właściwie odpowiada wyzwaniom XXII wieku.

A co zrobiliśmy w procesie restrukturyzacji? Od maja 2003 r. w dramatycznych okolicznościach – były niepokoje wśród pracowników – zlikwidowaliśmy działy pomocnicze, tak jak zresztą we wszystkich konsolidowanych szpitalach, doprowadziliśmy do centralizacji i sterylizacji kuchni, działów technicznych, laboratorium. Zredukowaliśmy liczbę łóżek ze stu pięćdziesięciu do osiemdziesięciu trzech – jest to liczba określona w opracowanym przez urząd marszałkowski planie zabezpieczenia zdrowotnego – i jak wynika już z prawie ośmiomiesięcznego doświadczenia, wydaje się ona w zupełności wystarczać.

Obłożenie na tych osiemdziesięciu trzech łóżkach wynosi obecnie 75%, choć przyznajemy, że są miesiące, w których zbliża się do 90%. Zredukowaliśmy wszystkie wydatki stałe, dzięki temu że przenieśliśmy się z kilku budynków do jednego, bardzo dobrze zorganizowanego.

Redukcja personelu o sto sześć osób to najtrudniejsza, bolesna decyzja. We wszystkich trzech szpitalach uzyskaliśmy za każdym razem porozumienie ze związkami zawodowymi. Od początku zresztą było dla nas przedmiotem szczególnej troski, żeby odbywało się to w wyniku koncyliacji, porozumienia.

Proszę zwrócić uwagę, że wraz z restrukturyzacją zatrudnienie ogółem znacząco spadło. We wszystkich trzech szpitalach pracownicy, którzy otrzymali wypowiedzenia, dostali odprawy z tych środków wspomnianych przez pana marszałka. Wszyscy pracownicy otrzymali odprawy trzymiesięczne, a znaczna część wróciła już do pracy, o czym za chwilę.

Koszty funduszu płac znacząco zmniejszono dzięki zmianie organizacji pracy i redukcji personelu.

Proszę zwrócić uwagę, że liczba hospitalizowanych pacjentów, mimo znacznie mniejszej liczby łóżek, nie zmienia się znacząco w ciągu kilku miesięcy.

Uważam, że poziom finansowania procedur pediatrycznych – to taka refleksja ogólna – jest chyba nieco zaniżony. Proszę zwrócić uwagę, że wynik finansowy wynosi zero i balansuje na poziomie plus minus 10 tysięcy zł.

A to jest ostatni kwartał: 76 tysięcy zł jeszcze z zeszłego roku. W tym roku te dwa miesiące udaje nam się już bilansować. Średnia miesięczna strata w 2002 r., jak zaczynaliśmy, wynosiła 650 tysięcy zł.

Tu zagrożenia są bardzo podobne jak w poprzednim przykładzie: niezrealizowane świadczenia pracownicze i zadłużenie, w tym wypadku wyjątkowo duże w stosunku do tego, co ten szpital jest w stanie wypracować co miesiąc.

I szpital imienia Batorego, który też mieli państwo dzisiaj okazję oglądać. Baza łóżkowa bardzo duża – dwieście siedemdziesiąt trzy łóżka – oddziały zabiegowe i niezabiegowe. Kontrakt miesięczny stosunkowo niski, wynikający z braku wysoko specjalistycznych procedur zakontraktowanych przez ten szpital w latach poprzednich.

Siedziba: budynki rozproszone, sprzed kilkudziesięciu, a może nawet sprzed ponad stu lat, co też jest pewnym balastem, który przyszło nam przejąć. Restrukturyzacja wdrożona, tak jak w szpitalu dziecięcym, od 1 lipca zeszłego roku. Istotne elementy procesu restrukturyzacji to centralizacja i konsolidowanie usług zabiegowych w szpitalu Sokołowskiego, a więc przeniesienie oddziału ortopedycznego, chirurgicznego, zmniejszenie liczby dyżurów, zmiana lokalizacji oddziałów wewnętrznych i zredukowanie łóżek – proszę zwrócić uwagę – do stu czterdziestu czterech, czyli jest o ponad sto dwadzieścia łóżek mniej, likwidacja działów pomocniczych, a więc pralni, działu sterylizacji, kuchni, laboratorium, i redukcja personelu o sto osiemdziesiąt osób, powołanie oddziału zakaźnego od 1 stycznia tego roku wraz z kontraktem przeniesionym z poprzedniej lokalizacji tego oddziału.

Zatrudnienie zmniejszyło się znacząco. Wraz ze zmniejszeniem zatrudnienia i ze zmianą organizacji pracy koszty funduszu płac również znacząco spadły.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wraz z przeniesieniem oddziałów zabiegowych do szpitala Sokołowskiego również znacząco spadła.

Bilans operacyjny – tu pewna refleksja. Proszę zwrócić uwagę, że w zeszłym roku zaczynaliśmy ze stratą 400–600 tysięcy zł miesięcznie. W tej chwili ta strata wynosi około 130–140 tysięcy zł. Nie sądzę, takie jest moje doświadczenie, że uda się doprowadzić do zera bilans tylko tego jednego szpitala. Inaczej mówiąc, widzę sens w połączeniu i bilansowaniu się trzech szpitali, gdyż sam jeden szpital nie jest w stanie udźwignąć ciężaru kosztów stałych.

Wynik finansowy z ostatnich trzech miesięcy zeszłego roku i po ostatnich wypowiedzeniach – kończyły się one w grudniu ubiegłego roku – przedstawia się następująco: comiesięczny bilans wynosi około 130 tysięcy zł, a średnia z 2002 r. – 660 tysięcy zł miesięcznie. Tu zagrożenia procesu restrukturyzacji są właściwie takie same jak w pozostałych przykładach.

Teraz kilka przeźroczy, które podsumowują tę konsolidację od lipca zeszłego roku, w ostatnim stadium realizacji uchwały sejmiku z 30maja zeszłego roku: baza łóżkowa sześćset łóżek, pełnoprofilowy kompleks szpitalny, liczba łóżek dostosowana do aktualnych potrzeb epidemiologicznych regionu, które w zasadzie odpowiadają liczbie łóżek określonych w planie zabezpieczenia zdrowotnego określonym przez urząd mar-

szałkowski. Wysoki poziom specjalizacji w wielu działach gwarantuje stałe, stosunkowo wysokie przychody. Struktura zatrudnienia dostosowana jest do rzeczywistych potrzeb. Planujemy, aby formalnoprawne połączenie stało się faktem w połowie tego roku.

Podsumowując zmiany restrukturyzacyjne, proszę o zwrócenie uwagi, że w ciągu dwunastu miesięcy, zredukowaliśmy zatrudnienie o 34%. To są najtrudniejsze, najbardziej bolesne, najbardziej niepopularne decyzje. Zatrudnienie zredukowano przede wszystkim w dziale obsługi, w służbach laboratoryjnych, w działach technicznych.

Kolejną grupą, która przyjęła ciężar tych redukcji, był personel średni, czyli pielęgniarki. To właśnie one, cały personel niższy, zaakceptowały niezbędne zmiany i za to trzeba im podziękować. Związki zawodowe bardzo konstruktywnie współpracowały i współpracują z nami nadal, za co też należy im się uznanie.

Nie zredukowaliśmy praktycznie personelu wyższego, w grupie lekarzy też nie było zwolnień. Spora grupa pielęgniarek – 80%, może 70% – z powrotem została przyjęta do pracy, dlatego że jest naturalny odpływ personelu do innych zawodów; niektóre osoby wyjeżdżają lub odchodzą na świadczenia pomostowe. Wolelibyśmy, żeby zostały i pracowały tutaj, i jest dla nas ważne, że rozwinięcie oddziału zakaźnego i oddziału ratunkowego pozwala z powrotem przyjąć do pracy te osoby. W sumie zatrudnienie zmalało o 34%.

Baza łóżkowa uległa zmniejszeniu o 30%, dostosowując się do oczekiwań zawartych w planie zabezpieczenia zdrowotnego.

Średnie miesięczne przychody wzrosły o 24%. Z czego to wynika? Po pierwsze z tego, że w tych trzech szpitalach udało nam się uruchomić i rozwinąć procedury wysoko specjalistyczne, przede wszystkim kardiologiczne, zabiegowe, dializacyjne. Dzięki temu pozyskujemy dodatkowe środki choćby z programów ministerialnych, wykorzystujemy je lepiej i lepiej się rozliczamy z tego, co robimy.

Proszę zwrócić uwagę, że hospitalizacja na jedno łóżko nie uległa istotnej zmianie, co oznacza, że przy zmniejszonej o 30% liczbie łóżek mamy takie samo zabezpieczenie w świadczeniach medycznych jak do tej pory.

A teraz najważniejsze: na jedno łóżko, generujące koszty stałe, potrafimy pozyskać od płatnika 53% środków więcej. Mając mniejszą liczbę łóżek i mniejszą liczbę personelu, jesteśmy w stanie wypracować znacznie większy przychód.

Nie sposób nie wspomnieć o tym, że gdyby nie współpraca ze strony Oddziału Dolnośląskiego Narodowego Funduszu Zdrowia i osobiście pana dyrektora Woźnego, pewnie wszystkie te zmiany nie byłyby możliwe. W ciągu tych wielu miesięcy różne trudności prawne, formalne, musiały być rozwiązywane wspólnie, inaczej bowiem nie doszlibyśmy do dzisiejszego etapu. Wszystko było koordynowane przez urząd marszałkowski; bez pomocy wydziału zdrowia urzędu marszałkowskiego nie bylibyśmy w stanie połączyć tych trzech szpitali.

A to jest podsumowujące, optymistyczne przeżycie. Zeszły rok zaczynaliśmy miesięczną stratą w trzech szpitalach na poziomie 1 miliona 600 tysięcy zł. To są dane, którymi dysponuje urząd marszałkowski w sprawozdawczości. W styczniu 2004 r., czyli miesiąc temu, mieliśmy bilans plus 10 tysięcy zł. Trzeba powiedzieć, że w ciągu roku otrzymaliśmy z urzędu marszałkowskiego pomoc w kwocie około 1 miliona zł, między innymi na modernizację spalarni, którą państwo dzisiaj widzieli, i niektórych budynków. Jeśliby się porównało spodziewaną, że tak powiem, stratę 16 milionów zł i pomoc na poziomie 1 miliona zł, to powiedziałbym, że ta relacja nas satysfakcjonuje.

Tu jest problem, nad którym trzeba się pochylić. Otóż szpitale weszły w proces konsolidacji z zadłużeniem. W ciągu roku to zadłużenie się nie pogłębiało, ale jest to stan, który przyjęliśmy: stosunkowo nieduże – 14 milionów zł – zadłużenie w szpitalu Sokołowskiego, największe w szpitalu Batorego i bardzo duże, biorąc pod uwagę wielkość szpitala, w szpitalu dziecięcym. Podział na zadłużenie pracownicze, publicznoprawne i cywilnoprawne jest mniej więcej taki jak w większości zadłużonych szpitali w Polsce. Zadłużenie pracownicze wynosi od 2 milionów 200 tysięcy zł do 3 milionów zł, publicznoprawne jest znaczące, a cywilnoprawne, czyli wobec dostawców towarów i usług, duże.

To jest ciekawe przeżycie, pokazujące, że w łącznym zadłużeniu pracownicze wynosi łącznie około 11% – ustawa 203 i pochodne – publicznoprawne, a więc ZUS, urząd skarbowy, trzydzieści parę procent i cywilnoprawne, czyli wobec dostawców towarów i usług, około 50%.

Rozwiązanie problemu zadłużenia publicznoprawnego i pracowniczego byłoby możliwe w stosunku do połowy jego kwoty. Tu się odnoszę do propozycji ustawy oddłużeniowej, którą zresztą wraz z kolegami z urzędu marszałkowskiego i z pracownikami mieliśmy okazję starannie od wielu miesięcy analizować. Pozwoliliśmy sobie na wysłanie naszego komentarza wraz komentarzem urzędu marszałkowskiego do komisji zdrowia. Zawarliśmy tam uwagi krytyczne, inspirujące, jeśli chodzi o nowe rozwiązania.

Między innymi chcę powiedzieć, że propozycja dotycząca ustawy 203, sugerująca, że należy zawierać ugody z pracownikami i pozbywać się w ten sposób balastu odsetek, jest mało realna. Większość osób, które mają niezapłacone podwyżki, dawno je uzyskała, w drodze wyroków sądowych, wraz z odsetkami. Negocjowanie z pozostałymi pracownikami, żeby zrezygnowali, nawet w sposób nieproporcjonalnie znaczący, z tych świadczeń, jest mało realne. Życie wyprzedza te propozycje.

Podobnie rzecz się ma, jeśli chodzi o zadłużenie publicznoprawne, czyli wobec ZUS i urzędu skarbowego. Zważywszy, jak się ono ma do możliwości pozyskiwania środków przez te szpitale, jest mało realne do spłacenia. Proszę zobaczyć: to są roczne przychody szpitala Sokołowskiego, na poziomie 38 milionów zł, proszę też zobaczyć, jak ma się zadłużenie do dochodów w szpitalu Batorego i w szpitalu pediatrycznym. Mimo ogromnego wysiłku i wielkiego poświęcenia, w sumie skutecznego, nie jesteśmy w stanie – mimo obecnego miesięcznego bilansowania się – udźwignąć takiego zadłużenia. Obawiam się, że propozycje zawarte w ustawie też tego nie rozwiązują.

Wydaje mi się, że szpitale dolnośląskie, jeśli już osiągnęły poziom bilansowania się, powinny uzyskać pomoc w nieco innej formie.

Proszę bardzo o ostatnie przeżycie. Wspomniał już o tym pan marszałek Moszczyński, że od kilku miesięcy usiłujemy nieco przyspieszyć w Wałbrzychu proces oddłużenia. Szpital Sokołowskiego powołał spółkę prawa handlowego, tak zwaną spółkę oddłużeniową, której istotą będzie pozyskiwanie we własnym zakresie środków i obsługa techniczna zadłużenia, które przypada na te szpitale, ale mamy nadzieję, że tylko w części cywilnoprawnej. Nie sądzimy, żebyśmy byli w stanie, mimo wielkiego poświęcenia i załóg, i całego personelu, udźwignąć oddłużenie we wszystkich sektorach, to znaczy publicznoprawne, pracownicze i cywilnoprawne.

Chciałbym też, bo wcześniej nie było okazji, podziękować załogom trzech szpitali, związkom zawodowym, organizacjom pracowniczym – ich przedstawiciele są tu na sali – ponieważ tak naprawdę ich cierpliwość, ich życzliwość, ich zrozumienie

sprawiły, że doszliśmy do tego etapu, który precyzyjnie rok temu był określony: doprowadzić w ciągu roku do skonsolidowania, zbilansowania i niegenerowania długów w trzech szpitalach wałbrzyskich. To zostało osiągnięte i mam wrażenie, że warto takim trzem szpitalom pomagać. Dziękuję bardzo. (*Oklaski*)

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo, Panie Dyrektorze.

Zanim przejdziemy do następnego punktu obrad, chciałbym serdecznie powitać przybyłego w trakcie posiedzenia pana Henryka Gołębiowskiego, marszałka województwa dolnośląskiego. Witamy, Panie Marszałku. (*Oklaski*)

Rozumiemy, że warunki na drogach były bardzo trudne i podróż z Wrocławia trwała dwa razy dłużej niż zwykle.

W referatach, które zostały tu przedstawione, padły konkretne postulaty. Zachęcam do udziału w dyskusji wszystkich – zarówno senatorów, jak i osoby spoza komisji. Prosiłbym również o zabranie głosu, gdybym mógł – że tak powiem – wywołać do tablicy, pana ministra, ponieważ padły tu konkretne postulaty i obawy wyrażone wprost zarówno przez marszałka, jak i przez pana dyrektora oraz panią dyrektor. Prosimy pana ministra o ustosunkowanie się do tego w trakcie dyskusji. Gdyby pan minister chciał zabrać głos w tej chwili, to byłoby dobrze, bo mogłoby ukierunkować naszą dyskusję i ewentualnie mogłyby paść pytania uzupełniające.

Bardzo proszę, Panie Ministrze, oddaję panu głos.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wiktor Masłowski:**

Dziękuję bardzo.

Podjęli państwo wspólnie wielki wysiłek i dokonali bardzo dużo. Trudno oczekiwać naprawienia wieloletnich zaniedbań czy wręcz błędów w tak krótkim okresie. Trzeba szukać dalej współdziałania w kierunku wychodzenia z tej trudnej sytuacji na Dolnym Śląsku.

Wracając do wystąpienia pana marszałka, chciałbym powiedzieć, że jest nam przykro, iż mamy tyle pieniędzy, ile mamy. Nie mówimy o oddłużeniu wprost, bo to pan nawet skrytykował. Ze środków, które są w budżecie ministra zdrowia, akurat to województwo dostaje najwięcej. W latach 1999–2002 dostali państwo 102 miliony zł na działania restrukturyzacyjne, zajmując drugie miejsce w Polsce, jeśli chodzi o wielkość otrzymanych środków. Jak pan marszałek zapewne pamięta, wymieniano korespondencję, która jest pokłosiem kontroli NIK dotyczącej spożytkowania tych środków. Najwyższa Izba Kontroli cały czas zarzuca państwu niewłaściwe wykorzystanie tych środków i niewykonanie zadań, na które zostały one przeznaczone. Myślę, że na podstawie dalszej korespondencji uda nam się to wyjaśnić.

W roku ubiegłym województwo dolnośląskie otrzymało 14 milionów zł – z wynoszącej 60 milionów zł puli ministra zdrowia – i było pod tym względem na pierwszym miejscu w kraju. Pomijam już, że tak naprawdę program pomocy w ramach działań osłonowych ministra zdrowia został skonstruowany pod kątem specjalnej pomocy dla tego województwa.

Istotnie, dysponujemy takimi środkami, jakie one są, bo jak pan zauważył, średnia kwota środków przekazywanych na obywatela wynosi w Polsce około 600 doł-

rów, w Niemczech prawie 3 tysiące dolarów, nieco więcej we Francji, a średnia w Unii Europejskiej to 1500 dolarów. Tym się różnimy, takie mamy warunki finansowe i do tych warunków finansowych musimy się dostosować.

Wszystkie uwagi, które państwo zgłaszali do projektu, przekazywaliśmy do stosownego zespołu. Trzeba mieć świadomość, że po pierwsze, ustawa jest bardzo trudna, nie przez wszystkich do końca rozumiana i stąd bardzo potrzebne są tego typu spotkania. Ustawa jest produktem powstałym w wyniku prac trzech, czterech resortów: gospodarki, finansów, skarbu państwa i ministra zdrowia. Minister zdrowia generalnie zajmował się częścią, która dotyczy ustawy o ZOZ, wszystkie instrumenty inżynierii finansowej były po stronie gospodarki i finansów, a sprawy przekształceniowe po stronie ministerstwa skarbu. Jakie są możliwości budżetu państwa, takie instrumenty zostały zaproponowane. Być może w związku z restrukturyzacją wyższe kwoty, niż pan marszałek wspominał, a więc kwota 800 milionów zł, byłaby lepsza, wydaje mi się jednak, że w perspektywie należy patrzeć nie na jedno źródło rozwiązywania tych problemów, lecz na kilka źródeł, co państwo doskonale robią.

Za chwilę będą wracał do wystąpienia kolegi. Państwo tu pokazywali, że macie jakieś zobowiązania publicznoprawne, to trzeba skorzystać z pomocy publicznej, a w wypadku innych zobowiązań – ze środków, które są w budżecie ministra zdrowia, choć wynoszą tylko 80 milionów zł i nie wszystkie są przeznaczone dla Dolnego Śląska. Trzeba również popatrzeć na fundusze strukturalne. Państwo mają ten dar od natury, że są państwo pierwszą rubieżą, jeżeli chodzi o kontakt z krajami unijnymi, i na pewno będą państwo z tego tytułu już niedługo zaproszeni na specjalną konferencję organizowaną przez najwyższego płatnika ubezpieczenia w Niemczech.

Jak państwo wiedzą, tam też 1 stycznia została przeprowadzona potężna reforma, a Niemcy płacą składkę 14,3% i to od innej wartości. W niemieckim systemie finansowania publicznego wprowadzono art. 140e, który upoważnia największe publiczne instytucje finansowe w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego do kupowania świadczeń za granicą. I państwo mają to szczęście, że państwo są województwem granicznym. AGH, największa niemiecka kasa chorych, będzie robiła w najbliższym czasie wielką konferencję trzech województw: dolnośląskiego, lubuskiego i zachodniopomorskiego, a więc są wśród nich i państwo.

Mówiąc o tych trzech źródłach finansowania – nie wspominam o finansach pana marszałka – trzeba również wspomnieć o finansach funduszy strukturalnych, które koleżanka, pani doktor, wymieniła na pierwszym miejscu. I słusznie, bo są to ogromne środki, z których trzeba skorzystać. A pan marszałek, jak mnie wysłucha do końca, to będzie później kiwał głową.

Trzeba pamiętać również o tym, że krytyka pewnych zapisów ustawowych... Państwo pokazywali, jakie mają państwo trudności z łączeniem zakładów itd. Być może trzeba szukać, niestety, wspólnego instrumentu zarządzania czy funkcjonowania na podstawie porozumienia, które obok funkcjonuje, jak pan marszałek wie.

Mamy świadomość, że województwo dolnośląskie ma pewne zaszłości, że jest gospodarzem 10% szpitali w Polsce, co wynika z poprzedniego układu polityczno-gospodarczego, uważamy więc, że powinna być tu skierowana większa pomoc niż do innych województw. Pomoc ta ma jednak granice

Trzeba też mieć w pamięci to, o czym mówił pan dyrektor oddziału dolnośląskiego: że w końcu w powiatach podjęto działania, które wyprzedzają tę ustawę. Nie

czeka się tam na jakąkolwiek pomoc publiczną w sensie finansowym, tylko nie dąży się do pogłębienia trudnej sytuacji finansowej. W dziewięciu powiatach są w tej chwili wdrażane przekształcenia, które niewątpliwie poprawiają sposób zarządzania tymi jednostkami i nadzoru nad nimi, co jest celem między innymi tych zmian ustawowych. Tak że instrumenty finansowe państwa są ograniczone, ale dostępne i trzeba starać się korzystać z kilku źródeł.

Myśmy też deklarowali panu marszałkowi wsparcie, jeżeli chodzi o oprzyrządowanie prawne, być może utworzenia spółki celowej – spółki specjalnego przeznaczenia – która miałaby restrukturyzować zadłużenie. Tutaj jesteśmy otwarci na współpracę, bo zespół, którym miałem przyjemność kierować jeszcze w zeszłym roku, dokładnie przebrał te rzeczy jako jedną z propozycji restrukturyzacji długu w skali kraju.

Należałoby pomyśleć o funkcjonowanie takiej spółki celowej dla całego województwa, wówczas bowiem jej możliwości przerobu byłyby znacznie większe. Można też pomyśleć o Europejskim Banku Inwestycyjnym, który nie tyle byłby operatorem czy emitatorem obligacji, ile chętnie by te obligacje wykupił. I w ten sposób można by to zadłużenie, niejako rolując je do przodu, szczyścić za sobą. Kwestia wydaje się być istotna.

Na możliwość wydawania obligacji przez zakłady opieki zdrowotnej trzeba spojrzeć nie z perspektywy jednego szpitala, ale tak jak państwo to robią. Są to bardzo dobre działania. Być może kiedyś dojdzie do tego, że jedna instytucja będzie zarządzać szpitalami w zakresie jednego województwa, tak jak jest w innych krajach, które są znacznie bogatsze, a praktycznie co roku 80% swoich budżetów rolują w postaci emitowania obligacji. To jest narzędzie, którego stosowania my wszyscy w ochronie zdrowia musimy się tak naprawdę nauczyć.

Tak że wydaje mi się, iż po pierwsze, bardzo wiele państwo zrobili i trzeba państwu pomagać, na tyle, na ile są możliwości. Jak powiedziałem przed chwilą, jest to od kilku lat robione, co nie znaczy, że jesteśmy na końcu drogi, ale raczej, jeżeli chodzi o to województwo, na samym początku.

I kwestia wystąpienia pani dyrektor: fundusze strukturalne to dobry pomysł. Jak państwo wiedzą, z inicjatywy ministra zdrowia Leszka Sikorskiego Rada Ministrów 14 listopada wpisała w ostatnim momencie ochronę zdrowia do Narodowego Planu Rozwoju, czego przedtem w nim nie było. Była kultura, nauka, turystyka, a ochrony zdrowia nie było. Po przyjęciu tego planu w końcu roku przez Radę Unii Europejskiej pojawiła się prawna możliwość korzystania ze środków strukturalnych na ochronę zdrowia. Teraz minister zdrowia w toku wielu prac przygotowawczych wpisał ochronę zdrowia w dwa obszary. Jeden z nich to sektorowy program operacyjny rozwoju zasobów ludzkich. Programów sektorowych jest pięć. My jesteśmy objęci tylko szkoleniem, jeżeli chodzi o przeciwdziałanie czy zwalczanie chorób nowotworowych. Szkolenie jest prowadzone od góry do dołu, łącznie z lekarzem i pielęgniarzką środowiskową w ciągu tych trzech lat – bo programy funduszy strukturalnych w Narodowym Planie Rozwoju to, jak państwo wiedzą, kwestia 3, 4, 5, 6 lat – i są to niemałe możliwości do wykorzystania. Przy okazji podkreślam, że tutaj państwo mogą tylko skorzystać, wypełniając swoje zadania w tym zakresie na terenie województwa, być może oszczędzając środki, które pan marszałek ma na ten cel w swoim budżecie, a nie muszą państwo do tego dopłacać. Bo to akurat jest dźwignia finansowa. Środki na sektorowy program operacyjny rozwoju zasobów ludzkich pochodzą z budżetu centralnego.

Drugi obszar – gdzie szukamy lepszej współpracy, bez której, krótko mówiąc, nie skonsumujemy tej możliwości – to współpraca z panem marszałkiem, ze wszystkimi marszałkami. Jest to zintegrowany program operacyjny rozwoju regionalnego, gdzie tak naprawdę w obszarze gmin i województw jest możliwość korzystania ze środków na restrukturyzację zasobów budowlanych, remonty, a także na odnowę sprzętu i aparatury.

Chcemy, aby w skali kraju potraktować jednolicie program dotyczący ochrony serca POLCARD i narodowy program zwalczania chorób nowotworowych, gdyż te choroby są najbardziej odpowiedzialne za śmiertelność w Polsce, tak jak wszędzie na świecie.

Trzeci wspólny program, który chcemy robić tak, żeby negocjować z państwem współudział – również współudział finansowy – w jego realizacji, wynikający z zasad przyjętych w tych programach, to ratownictwo medyczne. Można by przyjąć, że zastosowanie takich instrumentów jest możliwe. Trzeba pamiętać, że mają państwo nową formę ustawy o pomocy publicznej, która jest w parlamencie, mają państwo nową ustawę o finansach publicznych, która daje możliwość, żebyśmy część tych 25% przekazywali państwu jako bezzwrotne wsparcie na realizację takich, a nie innych programów. To wszystko jest, tylko trzeba z tego korzystać.

Mamy pełną świadomość, że naszym obowiązkiem jest umożliwienie państwu skorzystania z tych funduszy. W ministerstwie zdrowia trwają prace dotyczące tego problemu. Żeby dopełnić tę sytuację, mają państwo środki pozaeuropejskie. Są to tak zwane środki norweskie, których kwota wynosi 56 milionów euro w ciągu najbliższych pięciu lat. Jedne i drugie środki można uruchomić od maja tego roku, czasu jest więc naprawdę niewiele.

O ile mniej więcej zdiagnozowana jest droga od projektu do finału w zakresie funduszy strukturalnych w ochronie zdrowia, o tyle w tej chwili nie mamy jeszcze ostatecznej wersji tego, jak ta droga ma wyglądać, przynajmniej w wizji Norwegów, głównych fundatorów tych niemałych kwot. Tam też jest przygotowywany jeden z większych programów, zwany „Czterysta miast”. Dotyczy on miast liczących do ośmiu tysięcy mieszkańców i obejmuje kardiologię, onkologię i jeszcze parę innych programów. Będzie nim również objęta pediatria, szkolenie lekarzy rodzinnych, pielęgniarek środowiskowych, stomatologia wśród dzieci w szkołach. Są też środki na drobne wydatki inwestycyjne. Program ten dotyczy tych czterystu miast i jest jednym z większych programów, który planujemy wykonać w ramach środków norweskich.

Tam z kolei jest taka kwestia, że jeżeli robi to jednostka publiczna, czyli samorząd lub budżet państwa, wówczas udział własny wynosi 15%, a nie 25%. Jak państwo widzą, źródeł do skorzystania jest bardzo wiele, a nasza rola polega na tym, żebyśmy o tych źródłach wiedzieli, żebyśmy szukali wspólnego porozumienia z marszałkami na realizację tych trzech kluczowych programów, dając również swój wkład finansowy.

Pokazałem państwu co najmniej pięć obszarów, gdzie można spokojnie, fragmentami z tych środków skorzystać, żeby wspólnie wykonać zadanie, bo tylko przy wspólnym jego wykonaniu istnieje szansa powodzenia.

Trzeba mieć świadomość, że z dniem 1 maja bezpowrotnie mija szansa dawania jakichkolwiek środków na oddłużenie. Jest to wynik obowiązywania art. 187 traktatu akcesyjnego, dotyczącego innego traktowania pomocy publicznej pochodzącej nie ze środków unijnych, ale choćby z budżetu ministra zdrowia.

Tutaj też się jawią problemy, musimy się wielu rzeczy nauczyć. Są to rzeczy dla nas nowe. Jeżeli będziemy mówili o pomocy publicznej, to będzie ona musiała być jednakowa dla każdego uczestnika sektora. Czyli nie tylko dla zakładów publicznych, ale dla wszystkich zakładów opieki zdrowotnej – w przyszłości te programy pomocowe mogą być tak formułowane.

Jeśli chodzi o wystąpienie pani dyrektor – wydaje mi się, że to był pierwszy punkt na pani slajdzie, ale nie będę wracał do slajdu, bo pewnie byśmy się zagadali, gdyż każdy punkt mógłbym szeroko skomentować – to widać, że zrobiła pani bardzo wiele. Warto się jeszcze zastanowić, czy tej pralni nie zlikwidować i nie prac swoich rzeczy u kolegi. Ja to już w swoim szpitalu zrobiłem z dobrym skutkiem finansowym. Co prawda były trzy miesiące dyskusji, negocjacji, ale tak jest zawsze.

Małe jest piękne. Zawsze uważałem, że szpitale położniczo-ginekologiczne – szczególnie tak dobrze przygotowane i wewnątrzowo, i kadrowo, jak szpital pani dyrektor – mają szansę funkcjonować znacznie lepiej niż szpitale wieloprofilowe, bo są to szpitale, które potrafią zarabiać.

Istotnie, gdybyśmy patrzyli na demografię w Polsce, to możemy powiedzieć, że w latach 2000–2005 przewidywany jest wysyp młodzieży w wieku produkcyjnym. Wiadomo, że ludzie się teraz żenią niechętnie i znacznie później. Z młodymi ludźmi mamy teraz trudności, wzrasta bowiem bezrobocie, bo to jest efekt wyżu, taka jest demografia w Polsce. Trzeba się jednak spodziewać, że ci młodzi ludzie wejdą kiedyś w kontakty nie tylko przyjacielskie i zaczną się pojawiać dzieci, będzie ich znacznie więcej niż teraz. Chodzi o to, żeby się nagle nie okazało, że w roku 2008 czy 2012, które nas na 100% czekają, okaże się, że mamy za mało tych szpitali. Musimy podchodzić do nich w sposób elastyczny.

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Panie Ministrze, bardzo bym prosił o kończenie wypowiedzi, bo mamy mało czasu, a na pewno są jeszcze pytania dotyczące ustawy.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wiktor Masłowski:**

Dobrze, Panie Senatorze.

Chcę państwu przekazać jak najwięcej informacji, ale wydaje mi się, że najważniejszy problem, czyli problem pieniędzy, skonsumowałem, a chyba po to tutaj zostałem zaproszony. Nie będę dalej komentował. Uważam, że dla pani szpitala nie ma żadnego zagrożenia; może tylko z pralnią bym coś zrobił.

U kolegi powinno to być pokazywane w całości i w rozbiciu na poszczególne szpitale. Zabrakło mi informacji, jak wyglądały pana działania w rzeczówce, bo pan ciągle pokazywał tylko to, że personel trrrach, a nie wiadomo, jak koszty rzeczowe się rozkładały po tych zmianach organizacyjnych. No i jeszcze o paru innych rzeczach byśmy porozmawiali, ale to już może przy okazji. Dziękuję.

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Pan profesor Andrzejak, proszę bardzo.

**Prorektor Akademii Medycznej we Wrocławiu Ryszard Andrzejak:**

Dziękuję bardzo.

Panie i Panowie! Senacka Komisjo! Panie Ministrze! Chciałbym przypomnieć, że przed ponad rokiem robił pan z panem doktorem Wojnarem spotkanie o specjalną pomoc dla Dolnego Śląska. Program, który pan przedstawił, a który już był recenzowany przez wiele osób, częściowo także przez doktora Szelemeja, w mojej ocenie do Dolnego Śląska nie przystaje.

Po pierwsze, Panie Ministrze, nie przystaje z powodu, o którym mówił pan marszałek Moszczyński. 95% szpitali nie załapie się do tego programu restrukturyzacyjnego, nie będzie w stanie być przekształconych w spółkę użyteczności publicznej.

Po pierwsze, ponad połowa nie może być przekształcona z powodu, o którym wyraźnie mówi ustawa: bo ma ujemny kapitał finansowy.

Po drugie, Panie Ministrze, nie jest możliwe, kiedy doszło do takich spekulacji przez firmę Electus z Lubina, Magellan z Łodzi oraz Akcept z Mysłowic, które skupiły ponad 50–60% – taką mam wiedzę na ten temat – długów cywilnoprawnych, żebyśmy my z nimi potrafili... Ustawa mówi wyraźnie: 50% wierzycieli mających co najmniej 50% długów. Jest to niemożliwe. Podjęliśmy już takie rozmowy, jeżeli chodzi o szpital kliniczny nr 1, i wiemy, że jest to niemożliwe.

Po trzecie, Panie Ministrze, jeśli chcemy skorzystać z tej pomocy w wypadku długów publicznych, to szpitale powinny być rzeczywiście poddane konsolidacji – tak jak mi się udało to zrobić w akademickim szpitalu klinicznym z doktorem Szelemejem – a nie mogą być poddane konsolidacji, jeśli nie przekształcą się w spółkę użyteczności publicznej. Tak jest w ustawie i jest to kolejna bariera.

Jeśli chodzi o szpitale na Dolnym Śląsku, to olbrzymim zagrożeniem dla systemu służby zdrowia jest, Panie Ministrze, Panie i Panowie z senackiej komisji, obligatoryjność, jeśli chodzi o SUP, nie wierzę bowiem, choć jest to tam zapisane, że mogą to być jednostki budżetowe. W imieniu nie tylko swoim, ale i środowiska akademickiego wnioskuję, jeśli chodzi o szpitale na Dolnym Śląsku, o fakultatywność wchodzenia tych szpitali w spółki użyteczności publicznej. W tym bowiem momencie ktoś będzie ponosił odpowiedzialność za załamanie się systemu ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku i boję się, że znów nie będzie odpowiedniej osoby, a zostanie to rozmyte.

Ta fakultatywność jest być może niezbędna także w innych regionach, ale gdyby była niemożliwa na Dolnym Śląsku, to muszą być inne terminy. My nie będziemy w stanie się przygotować do 2006 r., nawet jeśli będzie to tak dobry szpital jak pana doktora Szelemeja.

Panie Ministrze, myśmy zrobili symulację na podstawie akademickiego szpitala klinicznego, który jak były trzy szpitale kliniczne – pan doktor Andrzej Wojnar będzie mnie śledził, bo jest członkiem rady społecznej – miał dług ponad 2 miliony 500 tysięcy zł. Kiedy połączyliśmy je dzięki restrukturyzacji, o której mówił szczegółowo doktor Szelemej – finansowej i organizacyjnej, a także dzięki redukcji – bo było zwolnionych ponad dziewięćdziesiąt osób – myśmy ten dług zmniejszyli do niespełna 400 tysięcy zł, a więc prawie się udało szpital zbilansować. Niemniej jednak to zbilansowanie szpitala, jeśli dług ponaddwukrotnie przekracza przychód roczny szpitala – tak jak liczyliśmy na RKS – nie wystarcza na spłacenie tego. Jak powiedział pan doktor Szelemej, a potwierdził to niejako pan doktor Woźny, jest niemożliwe w tym układzie, żebyśmy mieli takie przychody, byśmy mogli spłacić ten olbrzymi dług.

Jeśli chodzi o Dolny Śląsk, w moim odczuciu ta ustawa nie rozwiązuje problemu. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo.

Kto z państwa chciałby zabrać głos?

Prosiłbym bardzo o przedstawianie się i podawanie nazwy instytucji, żeby można było to zapisać i później podać państwu do wiadomości w formie stenogramu z posiedzenia komisji.

Bardzo proszę, doktor Andrzej Wojnar.

Bardzo proszę, Panie Doktorze.

*(Przedstawiciel Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Śródmieście” w Wałbrzychu Edward Bełz: Edward Bełz.)*

Momencik, Panie Doktorze. Najpierw doktor Wojnar, potem przekażę głos panu.

**Przewodniczący Dolnośląskiej Rady Lekarskiej Andrzej Wojnar:**

Wysoka Komisjo! Panie i Panowie! Z upoważnienia zaproszonego dzisiaj prezesa Radziwiła reprezentuję Naczelną Radę Lekarską, ale oczywiście nie zapominam, że jestem przede wszystkim przewodniczącym Dolnośląskiej Rady Lekarskiej.

Z braku czasu chciałbym zająć państwa przez chwilę czterema sprawami: ustawą o SUP, zmianowym systemem pracy, konsolidacją, kierunkami naprawy. Zarówno Naczelna Rada Lekarska, jak i Dolnośląska Rada Lekarska w swoich uchwałach, po wnikliwym rozpatrzeniu projektu tej ustawy, oceniają ją, a konkretnie te słynne SUP – spółki użyteczności publicznej – negatywnie. Pod wszystkimi argumentami, o których mówił mój przedmówca, pan rektor, podpisuję się. Słowa pana marszałka, że tylko 5% ZOZ z Dolnego Śląska zakwalifikuje się do ewentualnego programu pomostowego... Długi szpitali dla samorządów, głównie powiatowych, będą zabójcze. Propozycja, żeby organy założycielskie zamieniały długi na obligacje czy sprolongowane spłaty, jest problematyczna, jeśli chodzi o ich efektywność.

Kilka tygodni temu w Krakowie premier Hausner na spotkaniu z przewodniczącymi izb lekarskich, mówił, że według niego SUP powinna być umiejscowiona między państwem a rynkiem. Rzeczywiście tam SUP powinna się znaleźć, ale raczej bliżej państwa. Aby ten system zaczął działać i miał z czego spłacać długi czy te rolowane obligacje, SUP musi zacząć zarabiać. Państwo musi płacić za usługę realną cenę, nie jak obecnie – poniżej kosztów. Obecnie na przykład – musimy o tym wspomnieć – w kosztach nie wyceniamy pracy lekarza czy pielęgniarki.

Druga sprawa to zmianowy system pracy. Tu również i Naczelna Rada Lekarska, i Dolnośląska Rada Lekarska mówią w uchwałach stanowcze „nie”. To powoduje brak ciągłości opieki lekarskiej, znika indywidualna odpowiedzialność za pacjenta, znika więź z ordynatorem, znika odpowiedzialność ordynatora za pacjentów, następuje uniemożliwienie kształcenia, obniżenie o 1/3 zarobków, uniemożliwienie wykonywania stałej dodatkowej pracy.

Trzecia sprawa to konsolidacja. Konsolidacja tak. Dolnośląska Izba Lekarska w swojej uchwale sprzed roku mówiła, że tak, ale logiczna. Podam słynny przykład Dzierżoniowa. W 2002 r. połączono dwa szpitale, zwolniono pięćset osób, liczbę łóżek

zmniejszono o połowę, szpital nadal się zadłuża, a urząd marszałkowski zaleca dalszą restrukturyzację.

Łączenia pionów – oczywiście tak, nawet diagnostyki, ale łóżek nie powinno się likwidować, łóżka powinny być przekształcane tylko na danym terenie, na takie, które są potrzebne ze względów epidemiologicznych lub na przykład na długoterminowe, których brakuje wszędzie.

Dyrektorów nie można rozliczać tylko z tego, czy dostosowują działalność placówek do środków finansowych. Przede wszystkim należy ich rozliczać z jakości leczenia, z zapewnienia odpowiedniej opieki. Nie można mówić proszę państwa, społeczeństwu i środowisku medycznemu o bilansowaniu się szpitali, jeśli one mają kilkudziesięciomilionowe długi z ciągle rosnącymi odsetkami i zajęciami komorniczymi. Trzeba społeczeństwu powiedzieć, że nie stać nas na wszystkie usługi medyczne dla wszystkich. Żadnego kraju na to nie stać, ale powiedzmy to: nas na to nie stać.

Odwołanie prezesa Panasa było konieczne, ale zmiany personalne nie załatwiają sprawy. Powinna się zmienić cała filozofia systemu finansowania ochrony zdrowia, a przede wszystkim – i tutaj dochodzę do sedna swojej wypowiedzi – zwiększyć ilość środków płatniczych. Jeśli WHO uważa, że minimalny poziom finansowania zdrowia ze środków publicznych – podkreślam: ze środków publicznych – powinien wynosić 7% PKB i poniżej tego poziomu nie powinno się zejść, to o czym my mamy mówić z naszymi 3,8% PKB? A dodatkowo narodowy fundusz zmniejsza finansowanie szpitali dolnośląskich o 5–10% w stosunku do ubiegłego roku.

Z ostatniej chwili. Dowiedziałem się – jest to przekazana mi nieformalnie wiadomość z konwentu starostów dolnośląskich – że rozważana jest propozycja, aby zaapelować do wszystkich dyrektorów szpitali powiatowych o niepodpisywanie czy wypowiadanie kontraktów z narodowym funduszem jako zupełnie nieracjonalnych i abstrakcyjnych. Planuje się także wspólną akcję zbiorowego pozwania narodowego funduszu o ustawę 203.

W tej sytuacji, Szanowne Panie, Szanowni Panowie, pozostaje tylko wierzyć, że nowa ustawa o ubezpieczeniach zdrowotnych, która się tworzy, a która właściwie powinna powstać do końca marca, zlikwiduje tę sytuację. Do chwili zadziałania tej ustawy szpitale i przychodnie muszą jakoś dotrwać, wszyscy musimy jakoś dotrwać.

Na koniec drogi naprawy. Kilka dni temu skończył się zjazd delegatów naszej izby, chciałbym więc przekazać państwu jeszcze kilka zdań.

Zjazd wnioskuje, żeby przed opracowaniem nowej ustawy o ubezpieczeniu zdrowotnym, która się tworzy w kilku zespołach, wzięto pod uwagę postulaty środowiska lekarskiego. Zawarliśmy je w stanowisku nr 1 krajowego zjazdu lekarzy w Toruniu. To jest gotowy szkic, konkretny projekt nowej ustawy. Trzeba również wziąć pod uwagę postulaty zawarte w tak zwanej obywatelskiej inicjatywie ustawodawczej złożonej w Sejmie.

Chciałbym zwłaszcza zwrócić uwagę na siedem tematów do rozwiązania. Zlikwidowanie bądź znaczne ograniczenie scentralizowanego zarządzania to główna wada obecnego systemu. Za zadania z zakresu ochrony zdrowia powinien odpowiadać rząd oraz – na podległym sobie terenie – samorządy terytorialne. Niezbędny jest ten słynny koszyk. Składka na ubezpieczenie zdrowotne winna być pobierana – bez pośrednictwa ZUS czy KRUS – przez komórki windykacyjne regionalnych instytucji ubezpieczeniowych.

W negocjowaniu kontraktów powinni uczestniczyć przedstawiciele płatnika, świadczeniodawców i świadczeniobiorców. Wartość usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych powinna być jawna. Należy jednoznacznie określić płatnika za nieubezpieczonych.

I na koniec: w całym kraju powinny obowiązywać jednakowe kontrakty z jednakową realną, a więc nie poniżej kosztów wytwarzania, wyceną procedur medycznych.

Chciałbym zaapelować w imieniu zjazdu oraz moim własnym do obecnych na sali parlamentarzystów, aby poparli w tych punktach, z którymi się zgadzają, dążenia i postulaty samorządu lekarskiego, aby ta nowa ustawa o zdrowiu publicznym powstała w kształcie satysfakcjonującym wszystkich obywateli Rzeczypospolitej. Dziękuję za uwagę.

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo, Panie Doktorze. *(Oklaski)*

Bardzo proszę, pan doktor Belz, później oddam głos senatorom, członkom komisji. Proszę bardzo.

**Przedstawiciel**

**Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Śródmieście” w Wałbrzychu  
Edward Belz:**

Nazywam się Edward Belz, reprezentuję lecznictwo otwarte, zarówno podstawowe, jak i specjalistyczne. Chciałbym Wysokiej Komisji podziękować za zaproszenie przedstawicieli tegoż lecznictwa.

Z góry przepraszam, że nie jest to tematem posiedzenia Wysokiej Komisji, ale koresponduje z obecną sytuacją i z tematem, który Wysoka Komisja dzisiaj ocenia. Przygotowaliśmy list otwarty do Wysokiej Komisji, aby w przyszłej ustawie, czy też w nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zwróciła uwagę na następujące postulaty.

Żeby nie przedłużać wystąpienia, pozwolę sobie odczytać same postulaty.

W imieniu środowiska medycznego zajmującego się świadczeniem usług ambulatoryjnych zwracamy się z prośbą o uwzględnienie naszych, przedstawionych niżej, uwag przy tworzeniu nowej ustawy dotyczącej ochrony zdrowia. Uwagi te odnoszą się do: decentralizacji sposobu zarządzania ochroną zdrowia, stworzenia tak zwanego koszyka usług medycznych, zapewnienia umów długoterminowych na działalność medyczną, uporządkowania i zmiany zasad działania rynku farmaceutycznego, stworzenia jednolitego systemu rozliczeń – zmniejszenie liczby druków, papierów, oprogramowań itd., zmiany przepisów regulujących zasady wykupu obiektów, w których działają nasze przychodnie.

Chcę nadmienić, że co roku zmienia się system rozliczeń, co roku się zmienia system komputerowy, nie wiem, komu i po co to ma służyć, a są na to, niestety, wyrzucane, duże pieniądze, jak się orientuje.

Pozwolę sobie wręczyć to panu przewodniczącemu, jeśli można, i dziękuję za uwagę.

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo, Panie Doktorze. Bardzo prosimy o przekazanie tego listu.

Teraz oddam głos senatorowi Bielawskiemu.  
Bardzo proszę, Panie Senatorze.

**Senator Janusz Bielawski:**

Dziękuję bardzo za udzielenie głosu.

Jestem pod wrażeniem tego, co państwu dokonali tu w Wałbrzychu, ale dla mnie najbardziej spektakularnym momentem było to, jak pokazano nam laboratorium, które jest małe, do wykonania tej samej pracy wymaga mniej personelu, a funkcjonuje dzięki unowocześnieniu aparatury i przekazywania danych.

Wiele tu się mówiło o tym, ale ja nie dosłyszałem, żeby była mowa na temat limitów, które państwo mają. Jak się ma kontrakt na rok bieżący w stosunku do roku 2000? Wtedy tylko będziemy mogli stwierdzić, że cały ten wysiłek odniósł sukces, jeżeli się nie zmniejszył lub nie zwiększył poziom finansowania.

Został tu przywołany przykład szpitala w Dzieżoniuwie. Ja mam mniej więcej jasne informacje na ten temat, wprawdzie z ubiegłego roku, ale po tej koszarnej restrukturyzacji, czyli zwolnieniu połowy personelu, zlikwidowaniu połowy łóżek, kontrakt na kolejny rok był o 10 czy 15% mniejszy, wobec czego szpital ten w dalszym ciągu się nie bilansuje.

Z dużym zainteresowaniem wysłuchałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, jak to będzie znakomicie, gdy poprzeksztalcamy szpitale w spółki prawa handlowego, czyli jak to się delikatnie nazywa, spółki użytecznej publicznej, jak będzie dobrze, jak wszystko będzie grało. I mam tutaj pytanie do pana ministra. Czy pan jest głęboko przekonany, że to wszystko obróci się na dobre szpitalom w Polsce? Jestem drugą kadencją w Senacie i miałem okazję wysłuchiwać zachwyty pani Knysakowej nad kasami chorych. Okazało się, że kasy chorych są niedobre, teraz niedobry jest fundusz, mamy w perspektywie przekształcenie się w spółki prawa handlowego. Co z tego będzie miał pacjent, nawet jeżeli się to wszystko będzie bilansowało?

Na zakończenie, proszę państwa, chcę przywołać fragment z Ewangelii Świętego Mateusza. Dla moich kolegów może jest to zaskoczenie, dlatego że ja nie należę do frakcji pobożnych, ale jest to ostrzeżenie przed fałszywymi apostołami. Chrystus powiada: Strzeżcie się fałszywych proroków, którzy przychodzą do was w owczej skórze, a wewnątrz są drapieżnymi wilkami. Poznacie ich po owocach. Czyż zbiera się winogrona z ciernia albo z ostu figi? Dziękuję za uwagę.

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze, za ewangeliczne przesłanie. *(Oklaski)*  
Bardzo proszę, pani senator Janowska.

**Senator Zdzisława Janowska:**

Ja nie jestem lekarzem – od razu informuję – jestem członkiem Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, a mój zawód to zarządzanie.

Cieszę się bardzo, że pod koniec naszego spotkania pojawiły się głosy krytyczne – dziękuję panu rektorowi, dziękuję przedstawicielstwu Naczelnej Rady Lekarskiej –

ponieważ byłby z tego taki cukierek. Przyjechalibyśmy tutaj oglądać cukierki i wracamy do Warszawy – choć ja reprezentuję akurat Łódź.

Po pierwsze, chciałabym złożyć serdeczne gratulacje państwu w Wałbrzychu, bo to, co oglądaliśmy, jest ładne i sprawnie zarządzane. Z wielką sympatią patrzę na szefową, która potrafi pięknie tym kierować, i prezentowała to dzisiaj.

Państwu się udało, był to bardzo dobry projekt konsolidacji. Państwo potrafili zrobić rachunek kosztów, odrzucić rzeczy niepotrzebne. Byłam lekko przerażona, kiedy pani mówiła, że potrafiliście również ograniczyć racje posiłkowe i się przestraszyłam, że już chyba za złotówkę są teraz obiady dla pacjentów. Ograniczyli również państwo liczbę łóżek, co jest zrozumiałe, bo dzieci się dzisiaj rodzi mniej. Ale tak naprawdę – sami państwo to przyznali – gdyby nie było całej rzeszy sponsorów, których tablicę widzieliśmy w szpitalu, wspinających instytucji, wspinających darczyńców, którzy wnieśli bardzo duży wkład finansowy, jak i pomocy sejmiku województwa, gdzie wszystkim zależało, żeby szpital rozpoczął normalne funkcjonowanie w bardzo dobrych warunkach fizycznych – te szpitale aż pachną z racji nowych murów, nowych urządzeń – nie wyobrażam, sobie, żeby to mogło być i funkcjonować.

Pytałam panią dyrektor, czy sprawne zarządzanie – którym się zajmuję – super prowadzony rachunek kosztów pozwala przy dzisiejszych kontraktach normalnie funkcjonować. Odpowiedzą mi państwo: nie, dlatego że pieniądze, które otrzymujemy, są absolutnie niewystarczające. To cud, że tak państwo funkcjonują. Na pewno tak się dzieje dlatego, że są państwo bardzo dobrymi kierownikami i potrafią liczyć, co niewiele jeszcze szpitale czyni. To pierwsza kwestia.

A teraz druga, Panie Ministrze. Przedstawił nam pan tu coś, co mogłoby napawać optymizmem. Bardzo wiele osób w małym stopniu żyje tym, co się dzieje dzisiaj w kraju. Kiedy prezentowany był Narodowy Fundusz Zdrowia, my jako Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia – wówczas jej szefem był pan Marek Balicki – niezwykle krytycznie byliśmy do tego funduszu nastawieni. Senacka Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia czyniła, co mogła. Siedzi tu pani senator Krzyżanowska, która cały czas do nas mówiła: co my w ogóle zatwierdzamy? I trzeba przyznać, że myśmy zatwierdzili bubel, który w myśl zapewnień przychodzących do nas ministrów był doskonale przygotowaną ustawą. Za parę miesięcy okazało się, że nijak się to ma do tego, o czym nas ministerstwo zapewniało, i musieliśmy z pokorą przyjąć werdykt trybunału. Potem te całe historie związane z Narodowym Funduszem Zdrowia itd., itd.

Teraz również przychyłam się do tego, o czym mówił kolega senator na temat spółki użyteczności publicznej. Przecież na dzisiejszym waszym przykładzie możemy powiedzieć: do czego dążymy, dlaczego upieramy się nieprzytomnie, że chcemy mieć spółki użyteczności publicznej, kiedy bez spółek użyteczności publicznej można nieźle funkcjonować, tak jak się funkcjonuje właśnie w Wałbrzychu... (*oklaski*) Wy dajecie dowód tego. Po co więc – przepraszam, ale brzydko się wyrażę – wciskać opinii publicznej, że to jest jedyne rozwiązanie.

Wiem, z pełną odpowiedzialnością to mówię, że wszyscy ministrowie finansów w Polsce i wszyscy ministrowie zdrowia, i premier Hausner myślą, co zrobić, żeby odłączyć się od instytucji, które tyle kosztują i które naprawdę muszą kosztować, zwłaszcza wtedy, kiedy są źle zarządzane. Wydaje mi się, że może tu pokutować szatański pomysł: nareszcie zrobimy z tym święty spokój, jeszcze raz oddłużymy – od 1 maja w życiu już nie oddłużymy, ale jeszcze raz przed 1 majem musimy zdążyć – i przekształćmy.

I tutaj, Panie Ministrze – jeszcze nie siedziałam nad tą ustawą, jest ona w Sejmie, przeczytam ją dokładnie, gdy przyjdzie do Senatu – są takie elementy, które dają dużo do myślenia. Tu się mówi tak: będziemy dbać o to, żeby prywatny właściciel nigdy tam nie wszedł, bo Kulczyk, Krauze, Gudzowaty kupią wszystkie szpitale w Polsce i będą to szpitale tylko dla bogatych. W związku z tym wprowadza się zapis, 75% jest udziałem gminy, uczelni, województwa, a tylko 25% innych udziałowców. Zachodzi więc pytanie, skoro przy 75% niewiele się zmienia, to jak ta gmina, jak to województwo, będąc większościovym właścicielem, faktycznie zmieni sytuację, która jest przez lata sprawdzona?

Powtarzam jeszcze raz: wielkie rezerwy są marnowane w złym zarządzaniu i w tym, że się nie robi rachunku kosztów. Czy państwo specjaliści, eksperci, lekarze wierzą, że moment oddłużenia, który będzie ostatni, i to że większościovym właścicielem stanie się gmina lub ktoś inny, naprawdę zmieni sytuację? Jeśli 25% będzie dla udziałowców i będą to na przykład osoby prywatne, to czy one faktycznie będą mogły na to wpływać? Nie. Ale myśmy sobie powiedzieli, że nie chcemy oddać niczego w prywatne ręce, a więc świadomość, którą będziemy budować, może tak funkcjonować.

Proszę państwa, zobaczmy, co się dzieje dalej.

Po pierwsze, władza jest oddana w ręce jednego człowieka.

Po drugie, wpuszcza się radę nadzorczą. Ta rada nadzorcza będzie miała określony wpływ na ewentualne zmiany zarządcy.

Ja się interesuję przedsiębiorstwami i widzę, jak one upadają. Bardzo często ta upadłość jest sterowalna i dlatego się boję – oby tak nie było – zapisów, które wyraźnie mówią, że szpitale, jak przejdą na własny rachunek, będą mogły zaciągać kredyty, że będą mogły się wzbogacać. W którymś momencie można upaść i następuje postępowanie upadłościowe. Wniosek o ogłoszenie upadłości szpitala można zgłosić tylko po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra zdrowia. Sąd ogłasza upadłość z możliwością zawarcia układu i po tej upadłości może nastąpić sprzedaż likwidowanych składników majątkowych, a nawet dopuszcza się odstąpienie od przetargu, gdy wartość księgową tych składników odpowiada cenie rynkowej i jest oczywiste, że w drodze przetargu nie otrzyma się ceny wyższej.

Czy można być przekonanym, że tak jak to się dzieje w przedsiębiorstwach – obserwuję proces prywatyzacji, również tej złej prywatyzacji, od lat – te szpitale będą funkcjonowały w bardzo trudnej sytuacji, w jakiej się znajdują. Czy w którymś momencie, przy spółce prawa handlowego, przy radzie nadzorczej, przy sile głosów, które się będzie miało, przy ewentualnym powiększeniu udziałów, te szpitale będą dalej funkcjonowały – przy sprawnym zarządzaniu i przy odpowiednim rachunku kosztów – czy też w niektórych miejscach, szczególnie tam, gdzie jest wspiana aparatura, nie będzie się myślało o tym, że jednak jest to smakowity kąsek. Złe funkcjonowanie, doprowadzające do upadłości, ominięcie przetargów, może rzeczywiście spowodować, że te szpitale staną się własnością innych osób, a dobro pacjenta będzie wtedy wyglądało trochę inaczej.

Jestem przekonana, że kiedy będziemy pracować w senackiej komisji, będę się bardzo mocno temu przyglądać, boję się bowiem, że ta ustawa nie jest panaceum na nasze problemy. Dziękuję bardzo. *(Oklaski)*

### **Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

...spotkania, a to, co tutaj się stało, to był wysiłek ludzi. Nic samo się nie stało, chodzi tylko o to, żeby im pomóc, a ustawa o Narodowym Funduszu Zdrowia to kwe-

stia płatnika. W tej chwili rozmawiamy o świadczeniodawcy, o tym, jak mu pomóc, dać instrumenty prawne, dzięki którym będzie mógł się sprawniej poruszać w obecnym systemie.

Nie chodzi w tej chwili o to, żeby mówić tylko na temat spółki. Myślę, że często najbardziej w określeniu „spółki użyteczności publicznej” razi słowo „spółka”, która ma bardzo pejoratywne znaczenie, podobnie zresztą jak i rada nadzorcza. Przecież mamy doświadczenia z ostatnich lat, które nie są najlepsze, jeżeli chodzi o sprawy związane ze spółkami, z prywatyzacją, boimy się samej nazwy „spółka”. Bo tak naprawdę chodzi tu o to, żeby dać pewne instrumenty prawne, które by pomagały tym podmiotom – które wtedy określamy jako „samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej” – w poruszaniu się po systemie.

Kto z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Pan senator Kulak, bardzo proszę, a potem będziemy powoli kończyć, ponieważ czas biegnie nieubłaganie.

Myślę, że pan minister chciałby na koniec zabrać głos, czy nie?

Bardzo proszę, pan senator.

### **Senator Zbigniew Kulak:**

Dziękuję bardzo.

Ja jeszcze dorzucę pytanie do pana ministra, tym bardziej więc chciałbym usłyszeć odpowiedź.

Szanowni Państwo, jestem, w przeciwieństwie do pani senator Janowskiej, lekarzem, ale nie jestem członkiem tej komisji, tylko gościem na dzisiejszym posiedzeniu.

Nie zgodzę się z panią senator Janowską, że Narodowy Fundusz Zdrowia był ewidentnym buble, że popełniliśmy błąd itd. Jego niekonstytucyjność nie ulega wątpliwości i w tej chwili stała się jasna, ale proszę państwa, myśmy jako parlamentarzyści poprzedniej kadencji popełnili błąd, nie kierując do Trybunału Konstytucyjnego ustawy o kasach chorych. Jestem do dzisiaj przekonany, że gdyby tego typu pytanie Trybunał Konstytucyjny otrzymał, to też by stwierdził, gdyby był uczciwy, że i ustawa o kasach chorych była niekonstytucyjna. Ona była bardziej niekonstytucyjna niż Narodowy Fundusz Zdrowia, dlatego że były dysproporcje pomiędzy poszczególnymi kasami, jeśli chodzi o dostęp pacjentów do świadczeń. W jednym województwie endoproteza biodrowa była finansowana przez kasę chorych, a w innym chory musiał za nią zapłacić, dysproporcje były jeszcze większe niż w tej chwili, za Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wyświetlone przezrocza pokazują różne stawki, na przykład w nakładach na opiekę zdrowotną na mieszkańca poszczególnych województw, co mnie dziwi; nie rozumiem, dlaczego nie są one równe. Różne są także stawki w nakładach na leczenie stomatologiczne, psychiatryczne, a nawet na wydatki w części administracyjnej funduszu. Tego to już zupełnie nie rozumiem, dlaczego dość mocno są zróżnicowane wydatki pomiędzy poszczególnymi województwami, gdy chodzi o czysto administracyjny haracz, który musimy zapłacić.

I sprawa, na którą chciałbym zwrócić uwagę, a która została nam uświadomiona w ciągu tych kilku godzin obrad.

Proszę państwa, prawdziwym problemem polskiego lecznictwa i ochrony zdrowia, jakkolwiek by nie były zorganizowane, nie jest sprawa lekarzy POZ, o których tak

głośno było na przełomie roku, lecz szpitalnictwo. Im więcej środków będziemy wydawać na inne cele, tym bardziej będziemy pogrążyć szpitalnictwo.

Druga sprawa to ten kamień u szyi, problem nabierający rozpędu jak kula śniegowa, czyli refundacja leków. Jeżeli nie zapanujemy nad tym, to w ciągu paru lat cały fundusz zdrowia, jakakolwiek by to nie była składka, zostanie wessany przez firmy farmaceutyczne.

I wreszcie pytanie do pana ministra. Panie Ministrze, jak w tej ustawie państwo przewidują zachowanie SP ZOZ, czasami jedyne w powiecie, który funkcjonuje na bazie obiektów o nieuregulowanych sprawach własności, na przykład obiektów kościelnych. Czy wtedy automatycznie tego typu SP ZOZ jest skazany na zagładę?

To takie pytanie na koniec. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos, zadać pytanie?

Bardzo proszę, pani senator Krzyżanowska.

**Senator Olga Krzyżanowska:**

Postaram się bardzo krótko, bo dużo już tu było powiedziane.

Moje wrażenie z dzisiejszego spotkania jest takie: z jednej strony podziw i szacunek dla wszystkich, którzy w tych trudnych warunkach zrobili wspaniałą robotę, ale jednocześnie moment bardzo przykry – takie przynajmniej jest moje końcowe wrażenie – że mimo to wykazano, iż następna ustawa, którą szykujemy, nie uzdrowi sytuacji. To tak jakby placówki, które to zrobiły, stanęły u kresu swoich możliwości poprawy, inwencji, konsolidacji, a mimo to – pokazują to liczby, które żeśmy tu widzieli – dalej będą generować dług, i to jest dramat. Moim zdaniem w ustawie, nad którą w tej chwili pracuje Sejm – do nas jeszcze ona nie trafiła – problem ten nie będzie rozwiązany, że już nie wspomnę o trudnościach i problemach, o których mówił tu pan senator.

Jak może, proszę państwa, funkcjonować spółka prawa handlowego, która podlega kodeksowi handlowemu, jeśli zaczyna swoją działalność z długami. W momencie ogłoszenia działalności powinna złożyć wniosek o likwidację. Przepraszam, ale tak działa prawo handlowe. Musimy sobie zdawać sprawę z tego, czy mamy przekształcać szpitale, by potem je likwidować.

Uważam, że wbrew zapewnieniom ministerstwa czy rządu, ta ustawa nie rozwiąże dramatycznego problemu który polega na tym, że nie stać nas w tej chwili jako państwa na zapewnienie wszystkich usług wszystkim – taka jest gorzka i dramatyczna prawda. Trzeba sobie powiedzieć, co musimy zapewnić, a czego nie możemy, może nie na tym zebraniu, dzisiaj, ale taki pesymistyczny wniosek zgłaszam. Dziękuję bardzo. (*Oklaski*)

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo.

Pan dyrektor Szelemej, proszę.

**Dyrektor Specjalistycznego Szpitala  
imienia dr. Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu  
Roman Szelemej:**

Chciałbym podziękować pani senator za tę uwagę, bo w zasadzie usiłowałem w trakcie swojego wystąpienia przekazać takie właśnie przesłanie.

Odnoszę wrażenie, że my po prostu odrobiliśmy tu zadanie domowe w stopniu maksymalnie możliwym. Analizowaliśmy projekty – i poprzedni, i aktualny – tej ustawy i mamy głębokie poczucie tego, że za nami jest już tak naprawdę ściana. Nie da się obniżyć kosztów, bardziej zmniejszając liczbę personelu, jak i obniżyć kosztów stałych, outsourcing jest prowadzonych w 100%, zbliżyliśmy się do momentu, kiedy już nie można obniżyć kosztów.

Zwracam uwagę, że przy każdym przezroczu podkreślałem, iż personel od trzech lat nie ma zwiększanych płac, a to, co my usiłujemy teraz załatwić ustawą 203, szamocąc się z płatnikiem i z pracownikami, w sensie dochodzenia do ugody, to jest to nędzne 110 zł do etatu. Popatrzmy, jak wygląda wzrost zarobków w sektorze niebudżetowym. Przecież nie da się utrzymać płacy pielęgniarki na poziomie 800 zł w kolejnym roku. W moim przekonaniu ważne jest przekazanie i ustawodawcom, i legislatorom, iż dobrze się stało, że w ogóle podjęto problem. Przecież długi czas w ogóle nie dostrzegano, że jest coś takiego jak problem zadłużenia, dobrze, że w tej kwestii jest jakiś ożywczy element.

Uwagi, które przekazywaliśmy zarówno poprzez urząd marszałkowski, jak i indywidualnie, należy wziąć pod uwagę, ponieważ po 1 maja nie znajdziemy się w sytuacji ani ciut lepszej z przyjętą ustawą. Będziemy mieli głębokie poczucie frustracji, że zrobiliśmy wszystko, co było można, legislatorzy zrobili wszystko, co było można, a wyszło jak zawsze. *(Oklaski)*

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo.

Już kończymy. Jeszcze tylko pan prezes Więcek i na koniec oddam głos panu ministrowi.

Proszę, pan prezes Więcek.

**Prezes Uzdrowiska Szczawno-Jedlina SA Jerzy Więcek:**

Jerzy Więcek, jestem prezesem Uzdrowiska Szczawno-Jedlina w Szczawnie Zdroju, gdzie za chwilę będziemy gościć szanowną komisję.

Myślę, proszę państwa, że uzdrowiska są przykładem, który warto tutaj omówić. Od wielu lat byliśmy przedsiębiorstwem państwowym podległym bezpośrednio ministrowi zdrowia. I oto stał się cud, że w roku 1999 dokonano komercjalizacji państwowych przedsiębiorstw uzdrowiskowych, które zajmują się leczeniem uzdrowiskowym. My troszeczkę zazdrościmy kolegom z publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których jest szykowana ta ustawa, gdyż do problemu podchodzi się systemowo i programowo. Wygląda na to, że jest to robione w sposób bardzo przemyślany, gdyż ZOZ mają szansę na restrukturyzację i na pozyskanie pewnych środków finansowych nie tylko na oddłużenie, ale i na przeprowadzenie niezbędnych zmian. Uzdrowiska zaś zo-

stały skomercjalizowane bez złotówki, powtarzam: bez jakichkolwiek środków finansowych na restrukturyzację i oddłużenie części leczniczej za okresy przeszłe. My do dzisiaj borykamy się z bardzo poważnymi problemami, bo długi z lat poprzednich, które nie zostały uregulowane, ciągną się za nami. W tej chwili nie generujemy strat finansowych, ale bez oddłużenia i bez środków na restrukturyzację będzie naprawdę trudno również kolegom z publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Uzdrowiska są przykładem, że jeżeli się to dokonuje w sposób nieprzemyślany i zbyt szybki, to później są bardzo poważne problemy. Dlatego też zazdrościmy kolegom, że dla nich jest jednak szykowana ustawa i jest jeszcze czas na dopracowanie tej ustawy, by nie spotkał ich los spółek uzdrowiskowych, lecznictwa uzdrowiskowego. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo.

Jeszcze na chwilę oddam głos panu przewodniczącemu komisji.

**Senator Jerzy Cieślak:**

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, króciutka informacja w kontekście dyskusji, która odbyła się na tej sali. Chcę państwa poinformować, że w grudniu ubiegłego roku pan marszałek Moszczyński zwrócił się do mnie z prośbą, żebym podjął interwencję w Ministerstwie Zdrowia, ponieważ zdaniem samorządu województwa dolnośląskiego projekt przygotowywanej przez ministerstwo ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej nie będzie dla Dolnego Śląska przydatny i nie przyczyni się w najmniejszym stopniu do poprawy ani kondycji ekonomicznej, ani stanu organizacyjnego zakładów opieki zdrowotnej.

Interwencję taką podjąłem i 15 stycznia otrzymałem od pani minister Kralkowskiej obszernie, szczegółowe, pięciostronicowe wyjaśnienia dotyczące wątpliwości samorządu województwa dolnośląskiego. Oczywiście nie mam zamiaru ich streszczać, a zabrałem głos tylko po to, żeby państwu powiedzieć, iż dokument ten, zawierający odpowiedź pani minister Kralkowskiej i zarzuty samorządu – czy wątpliwości sformułowane przez samorząd – jest dostępny u starostów we wszystkich powiatach na terenie województwa dolnośląskiego. Jest również w dyrekcjach zakładów opieki zdrowotnej, dla których organem założycielskim jest marszałek województwa dolnośląskiego, i wreszcie dzisiaj otrzymał ten dokument pan doktor Andrzej Wojnar z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Czy po zapoznaniu się z dokumentem minister Kralkowskiej będą państwo usatysfakcjonowani i czy on rzeczywiście coś wyjaśnia to zupełnie inna sprawa; ja tylko wskazuję miejsca, gdzie można mieć do nich dostęp. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo.

Poproszę o zabranie głosu gospodarza województwa, pana marszałka Henryka Gołębiowskiego.

Bardzo proszę.

**Marszałek Województwa Dolnośląskiego Henryk Gołębiewski:**

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Wysoka Komisjo! Panie Ministrze! Panie Rektorze! Szanowni Państwo! Określony mianem gospodarza pragnę bardzo serdecznie państwu podziękować za przybycie na Dolny Śląsk, tak bowiem postrzegam walor państwa przybycia, aby móc tutaj – nie omieszkam tego powiedzieć, świadom, że pan minister będzie jeszcze zabierał głos – od pana, Panie Ministrze, uzyskać sugestię, odpowiedź, osąd, dotyczący problemu, który ja określam, problemem makroskali. Nie dotyczy on tylko Dolnego Śląska, gdzie apogeum trudów jest szczególne, ale z szacunkiem, też nie sugestii: czy pralnia, czy inne rozwiązanie. Pani senator bardzo trafnie wyeksponowała to, co u przesłanek tych oczekiwać się znajduje.

Pozwolą państwo, że przekażę pewną dozę retrospekcji, odwołując się do pana senatora, pana ministra Marka Balickiego, za co byliśmy mu bardzo wdzięczni, że w trzecim dniu swojej pracy przybył na Dolny Śląsk. Mieliśmy bardzo szczególne odczucia z różnych względów, również z racji atmosfery spotkania. Kiedy odjeżdżał, mówił bardzo osobiście o tym, co tutaj dostrzegł, i obiecał województwu pomoc między innymi w odniesieniu do szpitala dziecięcego, deklarując – jak pamiętam – 600 tysięcy zł z ministerstwa. Nie wypowiadam tych słów dlatego, Panie Ministrze, że my tu na Dolnym Śląsku chcemy być traktowani w sposób preferencyjny. Powinniśmy być traktowani sprawiedliwie, jak wszyscy w innych województwach. Ale wtedy – nie chciałbym zapeszyć – bardzo istotny trud pracy samorządu wojewódzkiego wynikał ze szczególnych problemów: słynny Rydygier – to nie jest pejoratywny przykład – manifestacje.

Chciałbym obecnym tutaj, powodowany stażem marszałkowskim trwającym rok, miesiąc i kilka dni, bardzo serdecznie podziękować. Podjęliśmy to, co ja określam jedyną w tym trudnym momencie formą uczciwego dialogu, rozmowy, otwartości na to, co moglibyśmy wnieść mądrością indywidualną.

Przykład wałbrzyski – tak się złożyło z pewnych względów, bowiem jest tu i walor Szczawna Zdroju, i to, co istnieje w odniesieniu do sanatoriów – stworzył możliwość zaprezentowania wielkiego wysiłku, o czym mówił pan dyrektor Szełemej, odnosząc swoje podziękowanie do pracowników. Godna uwagi jest umiejętność dialogu, którą prowadzi, podobnie jak pani dyrektor Alicja Daleczko i wielu innych dyrektorów, właśnie tu, w powiatach na Dolnym Śląsku.

Doszliśmy do pewnego momentu, dokumentując 1/3 zwolnień w powiecie, w którym jest trzydziestokilkuprocentowe bezrobocie – wielki szacunek i pokora do tego, co zostało uczynione – i pokazaliśmy mechanizm, który pragnęlibyśmy aby ewentualnie zmodyfikowany, wzmocniony, mógł służyć jako przykład dla mnie jako marszałka, we Wrocławiu, w Jeleniej Górze. Popatrzcie, tu tak zrobiono, tu my tym odniesieniem finansowym sięgającym poza 1 milion zł środków, które wnieśliśmy do tej restrukturyzacji, zaoszczędziliśmy wielkie miliony. I to jest nasza konstrukcja, technologia działań, i o tym chciałbym powiedzieć.

Panie Ministrze, bardzo oczekiwaliśmy, konsultując to, o czym pan był uprzejmy powiedzieć, formuły rozwiązania oddłużeniowego. Z przykrością powiem, że nie doczekaliśmy się konkretnego wzorca, mimo że trwa to od wielu miesięcy. A myśmy to uczynili. Zaistniała, proszę państwa, szczególna sytuacja – o której może jeszcze nie mówiono, bo mankament spóźnienia tworzy taką sytuację – żeśmy uciekli przed tym

29 grudnia uchwałą sejmiku, przesuwając termin formalnej konsolidacji tych trzech placówek. Tego nie ukrywamy. Dlaczego? Mam świadomość trudów i roli komorników, ale wówczas oddziaływanie komornicze objęłyby w makroskali trzy szpitale. Miesięcznie przekazalibyśmy panu komornikowi tylko za tę usługę 260 tysięcy zł. Mamy bardzo precyzyjną symulację, która podkreśla, że z 10 tysięcy zł wkomponowanych w obecną strukturę, płacimy rocznie około 3 tysięcy 740 zł. Gdybyśmy poszli w formułę deklaracji finansowej, gwarancji ze strony samorządu posiadania czegoś, co określeń mianem żywej gotówki, i rozmowy z wierzycielami świadomymi, że my możemy płacić na bieżąco, wówczas formuła konstrukcji finansowej by się zmniejszyła o 3 tysiące 300 zł w ciągu roku. Pozostałoby około 400 zł z tytułu odsetek, które moglibyśmy przyjąć, i to jest batalia o to przedsięwzięcie.

Chciałbym podziękować panu za odpowiedź, a może nie za odpowiedź, lecz za refleksję i sugestię. Mamy świadomość tej istotnej szansy, ale i pewnych zagrożeń – za kilka tygodni – z racji bliskości granicy. Nie chciałbym o tym szerzej mówić, ale, Panie Ministrze, to jest przyszłość, a teraz jest to, co nas straszliwie boli. Nie wypowiadamy tych słów na zasadzie takiej, że oczekujemy z wyciągniętą ręką. To były trudne, ciężkie rozmowy, obecni tutaj pamiętają, co było rok temu, i chcemy nie przez megalomanię, ale przez żywotną potrzebę pokazać, że ten kierunek jest możliwy do przyjęcia przy szerokiej, dobrze rozumianej zgodzie.

To chciałbym, dziękując raz jeszcze, przekazać państwu. Liczę, że kolejne godziny naszego spotkania dadzą nam możliwość do przeżycia dodatkowych momentów, które z racji przybycia państwa będą wzajemnie wartościowe. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo, Panie Marszałku. *(Oklaski)*

Oddaję głos panu ministrowi.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Może i byłyby pytania, ale jesteśmy ograniczeni czasowo.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wiktor Masłowski:**

Zakres problemów generalnie jest zbliżony, niezależnie od tego, kto je wypowiada. Mamy dwa wyjścia: albo się do każdej z państwa wypowiedzi ustosunkować bardzo szczegółowo i konkretnie, albo w wystąpieniu ogólnym. Znając swoje gadulstwo, chyba poprzestanę na wystąpieniu ogólnym, mam bowiem w pamięci to, że pewne informacje już państwu przekazałem.

Panie Marszałku, bardzo głęboko odbieram pana wystąpienie, a to z tego powodu, że od jesieni 2002 r. jestem bardzo blisko związany z pana kłopotami. Gdy pan marszałek mówi, że państwo czekali na jakiś szymel, jak te państwa długi restrukturyzować, to powiem, że pierwszy raz z problemami pana i szpitala Rydygiera zapoznałem się jesienią 2002 r., gdy byłem tu z panią minister Labudą jako doradca pana prezydenta Kwaśniewskiego. Rozmawialiśmy na ten temat również z poprzednim wicemarszałkiem i pokazywaliśmy pewne możliwości inżynierii rozwiązania pewnych problemów.

Państwo przesyłali do nas do zaopiniowania wiele materiałów, już jak pracowałem z ministrem Balickim. Pan minister Balicki mnie tu również dwukrotnie wysy-

łał na rozmowy, Panie Marszałku. Był tu zespół od pana ministra Balickiego, były opracowania w tym zakresie i cały czas jesteśmy gotowi do pomocy państwu. Rozwiązania, które państwo stosują, też są przez nas wspierane i też, zanim państwo je zastosowali, rozmawialiśmy na ten temat.

W moim przekonaniu poświęcamy bardzo wiele serca temu województwu, znając jego trudną sytuację, przy świadomości, Panie Marszałku, że 68% długu w Polsce produkują cztery województwa, a to produkuje najwięcej. Wiedząc, że 10% szpitali, bez żadnego epidemiologicznego uzasadnienia, znajduje się w tym województwie, mamy świadomość, z czego to wynika. Tak że nie wydaje mi się uzasadnione rozżalenie pana marszałka, że się państwo nie doczekali opracowania inżynierii dla województwa dolnośląskiego, chyba że źle pana marszałka zrozumiałem, za co przepraszam.

Mamy świadomość, że państwo nie oczekują preferencji, jak pan marszałek wspominał. Mamy pełną świadomość państwa sytuacji i jak powiedziałem, w ramach możliwości ministra zdrowia ta pomoc – nie tylko merytoryczna, ale również finansowa – jest przekazywana.

Jak już powiedziałem, w latach 1992–2002 zostały przekazane do tego województwa 102 miliony zł, zajęło więc ono drugie miejsce pod względem ilości środków otrzymanych z tego programu. W zeszłym roku z ogólnej kwoty 60 milionów zł zostało przekazanych do państwa 14 milionów zł. Nie boję się również powiedzieć, że program restrukturyzacji był tak konstruowany, żeby państwu dać największe szanse skorzystania z niego. Tak że wydaje mi się, iż jesteśmy bardzo blisko związani z państwa województwem i z państwa problemami i w miarę naszych możliwości finansowych staramy się państwu pomóc.

Trudno mi się odnosić do poszczególnych państwa wypowiedzi. Myśmy w Polsce już przeszli wszystkie możliwe systemy ochrony zdrowia. Było już u nas wiele różnych ciekawych pomysłów: mieliśmy budżet, mieliśmy kasę chorych, mieliśmy samorządową ochronę zdrowia w wielkich miastach, mamy wreszcie Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany parabudżetem.

Wydaje się, że nie przystoi nam wszystkim, którzy od wielu lat biorą w tym bezpośredni udział, żebyśmy teraz dokonywali ocen: a to wyprodukowaliśmy bublek, a to coś złego się pojawiło itd., itd. Powiedziałem w swoim wystąpieniu, że są wątpliwości dotyczące niekonstytucyjności projektu tej ustawy o pomocy publicznej, a kilka takich ustaw w Polsce od kilku lat funkcjonuje. Miejmy świadomość, że nie jesteśmy wszyscy doskonali do końca i że były już ustawy, w których składka wynosiła 10% i one były zmieniane, oraz że była ustawa przyjęta przez parlament, gdzie było współpłacenie pacjenta.

Wiele już w Polsce przeszliśmy i należy nam się wpis do Księgi Guinnessa, że w tak krótkim czasie dokonaliśmy, jako państwo, żywego doświadczenia na naszym systemie ochrony zdrowia. Czas najwyższy, żeby te doświadczenia doprowadziły do wspólnego wniosku i zaangażowania się w proces naprawy czy stabilizacji systemu, bo jeszcze trochę i trudno tu będzie mówić o naprawie, a o ratowaniu tego systemu przed niespodziankami, które mogą nadejść po 1 maja.

Problemów jest bardzo wiele. My nigdy nie mówimy, że dodatkowe ubezpieczenie jest lekiem na całe zło w ochronie zdrowia, nie mówimy, że właśnie to jest wszystkim potrzebne, nie mówimy, że współpłacenie uratuje nas od wszystkiego i nigdy nie mówiliśmy, że przekształcenie w spółki uratuje ochronę zdrowia. Istotna jest

kwestia płatnika i mają państwo w zupełności rację, że najwyższy czas pomyśleć o stałych umowach, najwyższy czas pomyśleć o stabilizacji tych umów, a nie co roku mamy co innego, i w tym kierunku idą też ustawy. Trzeba skonsumować wyrok Trybunału Konstytucyjnego dotyczący decentralizacji zarządzania, innego nadzoru, innej odpowiedzialności, co jest uwzględnione w tym projekcie. Jest to jeden ze sposobów naprawy systemu, podobnie jak sprawa koszyka, ale on również nie rozwiąże problemu. Bo koszyk taki zastosowano w stomatologii i też nie rozwiązało to jej problemów.

Zgadzam się, że nie na wszystko nas stać i że być może nie stać nas na wszystkie szpitale. Po to jest sieć krajowa, która jest również jeden z elementów... Spójrzmy na tę ustawę nie jak na hasło „sub”, tylko jak na ustawę systemową. Mamy naprawdę dużą, historyczną szansę i w przyszłości nas będziemy rozliczani z tego, że w parlamencie będą w jednym momencie dwie ustawy, dotyczące dwóch filarów systemu ochrony zdrowia: świadczeniodawcy i płatnika. Starajmy się wspólnymi siłami, przy wspólnej konsultacji i przy konsumpcji wspólnych uwag dotyczących tych projektów, żeby te projekty ujrzały jednak światło dzienne.

Czas płynie szybko. Nie skupiamy się więc na krytykowaniu wszystkiego i wszędzie i na samobiczowaniu, bo to nas do niczego nie doprowadzi. Jeśli chodzi o decentralizację w służbie zdrowia, to może trzeba skorzystać z ustawy o dużych miastach i przekazać podstawową opiekę zdrowotną do samorządów gminnych. Ale czas najwyższy, żebyśmy nie bali się podjąć pewnych rozwiązań, mając bagaż doświadczeń, przykrych i dobrych, z przeszłości.

Na tym bym, Panie Senatorze, zakończył, licząc na dalszą współpracę dotyczącą zarówno kwestii świadczeniodawcy, jak i płatnika.

Jeszcze chwilę. Pan senator Bielawski zadał mi prywatne, personalne pytanie. Oprócz tego, że jestem podsekretarzem stanu, prowadziłem kilka szpitali, zarządzam szpitalem w Warszawie i podziwiałem sukcesy pana dyrektora. Tylko, Panie Dyrektorze, pan w szpitalu sześćsetłóżkowym zmniejszył w ciągu roku koszty do 1 miliona 60 tysięcy zł, a ja w szpitalu stu pięćdziesięciołóżkowym – o kwotę 1 miliona 970 tysięcy zł. Mam świadomość, co państwo zrobili, bo sam przez to przechodziłem. Ja mam SP ZOZ niezadłużony, zapłaciłem należności wynikające z ustawy 203 i jeśli pan mnie pyta o zdanie, to uważam, że jako dyrektor potrzebuję mieć normalne narzędzie, a nie coś pośredniego pomiędzy przedsiębiorstwem, jednostką budżetową a czymś... bo nie wiadomo jeszcze, czym naprawdę jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Dziękuję bardzo.

### **Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Rozumiem, że pewne wyjaśnienia na tego typu posiedzeniu mają walor ogólności, tu zaś padło wiele szczegółowych zapytań, zostało sformułowanych wiele szczegółowych kwestii, między innymi przez pana profesora, przez pana marszałka, przez dyrektorów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz innych dyskutantów.

Sądzę, że za zgodą komisji sformulujemy te wszystkie wątpliwości, żeby żadne pytanie, na które dzisiaj nie padła odpowiedź, nie pozostało bez odpowiedzi. Mamy jeszcze trochę czasu, a sprawa jest bardzo ważna, dlatego sądzę, że zwrócimy się jako

komisja z prośbą o dodatkowe wyjaśnienia na podstawie tych pytań i wątpliwości, które były zgłoszone dzisiaj podczas posiedzenia komisji.

Przekroczyliśmy już czas przeznaczony na posiedzenie. Bardzo serdecznie dziękuję więc wszystkim jego uczestnikom za udział i mam nadzieję, że kolejna dyskusja, kolejna debata i kolejne trudne rozmowy – bo to są trudne rozmowy – nie pójdą na marne, chociaż z wypowiedzi części uczestników tego spotkania wynika, że tej nadziei jest coraz mniej w nas wszystkich. Dziękuję bardzo. *(Oklaski)*

*(Przerwa w posiedzeniu w dniu 9 marca o godzinie 16 minut 10)*

*(Wznowienie posiedzenia w dniu 18 marca o godzinie 9 minut 14)*

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Zachęcamy do pozostania z nami, nic tu nie będzie się takiego działo.

Mamy dość mocno okrojony skład senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia i powiem dlaczego poprosiłam, żeby państwo zostali.

Otóż mamy zamknąć wyjazdowe posiedzenie naszej komisji, a właściwie tę jego część, która się odbywała w Polanicy. Jest nas jednak w tej chwili za mało – kworum oczywiście mamy – żeby uniknąć zapytań i powrotu do dyskusji w sprawie tejże Polanicy, ponieważ ostateczne rozstrzygnięcie o przyporządkowaniu tamtejszego specjalistycznego centrum medycznego dopiero zapadnie. Pana senatora poproszę, żeby to uściślił, ale decyzja zapadnie dopiero po uchwaleniu ustawy o spółkach użyteczności publicznej – całej jej nieprzyzwoitej nazwy nie będę powtarzać, bo to za długo trwa – czyli możemy albo odłożyć zamknięcie posiedzenia tej komisji na miesiąc, półtora miesiąca albo i dwa miesiące, albo możemy zamknąć to posiedzenie, przyjmując stanowisko lub nie przyjmując i powrócić do sprawy za miesiąc, półtora miesiąca czy za dwa miesiące, bo nic się nie będzie działo. Budowa jak stała, tak stoi, wyposażona jak pałac medyczny, kolejne części będą oddawane do użytku, a w przedsięwzięciu i tak, i tak będzie uczestniczyła rada powiatu.

Osobą prowadzącą tę sprawę jest od początku do końca pan senator Lubiński, proszę zatem, żeby chociaż w tym składzie, w jakim jesteśmy, ta wiedza była wszystkim jednakowo dostępna.

**Senator Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Przypomnę – a senatorowi Pawłowskiemu przekażę, bo nie był obecny – że najważniejszym problemem inwestycji finansowanej przez ministerstwo, pod nazwą Specjalistyczne Centrum Medyczne w Polanicy, jest określenie, kto będzie organem założycielskim. W Polanicy spotkaliśmy się z przedstawicielami samorządu lokalnego, zarówno powiatowego, jak i wojewódzkiego, i sytuacja była mniej więcej taka, że samorząd powiatowy, na mocy decyzji rady powiatu z ubiegłego roku, bardzo chce przejąć tę jednostkę, żeby w oparciu o nią zrestrukturyzować całą służbę zdrowia, która podlega starostwu powiatowemu w Kłodzku. Ministerstwo do tej pory wyrażało wolę, żeby przekazać to urzędowi marszałkowskiemu, a zdania senatorów były w tej kwestii podzielone.

Najważniejszy problem tego wyjazdowego posiedzenia komisji polegał na tym, że w jego części, która odbywała się w Polanicy, nie uczestniczył przedstawiciel ministerstwa, w związku z czym nie było osoby kompetentnej, która mogłaby zająć stanowisko wobec omawianego problemu.

Spotkaliśmy się i rozmawialiśmy – zarówno pani przewodnicząca Sienkiewicz, jak również ja wraz z panią senator Stradomską i z panią senator Sadowską – z ministrem Wojtałą, która bezpośrednio jest odpowiedzialna w ministerstwie za inwestycje. Sytuacja jest mniej więcej taka, że decyzja na pewno zapadnie w momencie, kiedy będzie uchwalona lub odrzucona ustawa o komercjalizacji i prywatyzacji ZOZ, czyli

ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji zakładów opieki zdrowotnej. Sugerujemy, żeby odczekać z tym, ponieważ wolą ministerstwa jest przekazanie tej inwestycji samorządowi. Najchętniej przekazano by ją, gdyby była możliwość utworzenia, spółce użyteczności publicznej, w której udziały czy akcje miałyby zarówno samorząd wojewódzki, jak i samorząd powiatowy. Jest też rozważana opcja, żeby to było załatwione na poziomie powiatu; decyzja na pewno zapadnie w momencie rozstrzygnięcia losów wspomnianej już tak zwanej ustawy oddłużeniowej służby zdrowia i tej ustawy, która ma powoływać do życia spółki użyteczności publicznej.

Gdyby ta ustawa została przyjęta, byłoby to rozwiązanie najbardziej optymalne, biorąc pod uwagę punkt widzenia ministerstwa. Wtedy powstałaby spółka użyteczności publicznej i nastąpiłoby jej przekazanie, czyli spółka byłaby związana przez samorząd wojewódzki i powiatowy, a więc byłoby to rozwiązanie preferowane przez ministerstwo. Jeśli ustawa nie weszła w życie, wówczas ministerstwo planuje sukcesywne przekazywanie wykańczanych oddziałów i części szpitala pod zarząd samorządu powiatowego; taka opcja też jest możliwa. Tak czy owak decyzja zapadnie, jak sądzę, do końca kwietnia, bo z wielu różnych względów losy ustawy się rozstrzygną do tego momentu.

W związku z tym myślę, że powinniśmy zakończyć to posiedzenie – taka jest moja sugestia – i wrócić do tematu, kiedy poznamy losy ustawy.

Bardzo proszę, Panie Senatorze.

#### **Senator Wojciech Pawłowski:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Czytałem to. W skrytce żeśmy mieli sprawozdanie i znam ustalenia, które zapadły. Chciałbym powiedzieć, że na dzisiaj, jest to okres bardzo niepewny i gorący, nawet jeśli chodzi o przyszłość rządu.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Dzisiejszy artykuł w „Rzeczypospolitej” jasno i wyraźnie mówi pewne rzeczy, dlatego uważam, że my jako komisja powinniśmy zająć stanowisko, bo wycofywanie się ministra zdrowia z pewnych rzeczy jest znamienne. Miał być na posiedzeniu komisji – takie były ustalenia – i nie było go, miał wczoraj podać koszyk usług gwarantowanych, nie podał. Ja go rozumiem, on też na pewno czeka na rozstrzygnięcia rządowe. Komisji nie wypada jednak nie zająć takiego czy innego stanowiska, choćby nawet było ono błędne. Ja bym zachęcał panią przewodniczącą i pana przewodniczącego do postawienia wniosku o głosowanie. Z tym że w moim przekonaniu i zgodnie z moją wiedzą samorząd powiatowy jest bardzo fajny, ale za biedny.

Co będzie, jeśli nie zostaną przegłosowane spółki prawa handlowego? Nie porządzi sobie z tym obiektem. A urząd marszałkowski już ma środki na prowadzenie tego centrum. Dlatego proponuję, żeby dzisiaj zakończyć posiedzenie i postawić jakieś wnioski. Dziękuję.

#### **Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Rozumiem, że pan senator mówił o rozesłanym państwu projekcie stanowiska. Można je wzmocnić, można z nim zrobić, co się chce, to był tylko projekt.

Ja też uważam, że nie należy wskazywać ministrowi rozwiązania, bo to on jest od tego, ale zażądać, żeby jasno wypowiedział się w tej sprawie.

Do pani Wojtali należy jednak decyzja częściowa. To nie ona jest konstytucyjnym ministrem. Odpowiada co prawda za finanse ministerstwa, ale niejedna jej decyzja została już przewrócona. Jako podsekretarz stanu odpowiada za pewien fragment działalności ministerstwa, a sprawę uruchamia podpis ministra. Czyli należy zaadresować to czy inne stanowisko – nie upieram się przy zdaniach – konkretnie do ministra; niech się wypowie w tej sprawie.

**Senator Alicja Stradomska:**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Rzeczywiście stanowisko możemy zająć, tylko, jak mówię, że sytuacja, tam na miejscu, w której decyzję praktycznie będzie podejmował albo samorząd powiatowy albo samorząd wojewódzki, jest też dla nich dość trudna. Myśmy otrzymali informacje dotyczące stanu aktualnego, z których wynika, że samorząd w tej chwili tego nie przejmie, bo to ma się odbyć na tej zasadzie, iż samorząd przejmie to w takiej sytuacji, że będzie likwidował swoje trzy szpitale, które będą przenoszone. Jeżeli zostaną one w powiecie, to będą sukcesywnie likwidowane i będą przechodziły do nowego szpitala. Czyli będzie coś kosztem czegoś: likwidacja trzech szpitali i przeniesienie ich do szpitala w Polanicy. Możemy zmusić ministra do jak najszybszego rozwiązania problemu Polanicy – to możemy zrobić. Wiemy już, że ministerstwo nie chce w tym partycypować, bo była również taka koncepcja, że może chciałoby mieć tam jakieś udziały. Ale z informacji, którą żeśmy otrzymali wynika, że oni absolutnie by woleli, żeby to zostało albo w powiecie, albo w województwie, to już się tam dogadają. Najlepszy układem byłoby, jak to się mówi, porozumienie dwustronne, między samorządem powiatowym i wojewódzkim...

*(Głos z sali: Wtedy będzie bałagan.)*

Nie, nie będzie bałaganu. Jeżeli wejdzie ustawa o restrukturyzacji, to się po prostu podzieli udziałami, bo na przykład szpital profesora Kobusa...

*(Głos z sali: Kobusa.)*

...Kobusa podlega przecież marszałkowi, tak że również przejdzie do szpitala w Polanicy. Byłoby rozsądne, żeby nadzór cały czas pełnił na przykład marszałek.

Uważam, że rzeczywiście stanowisko możemy zająć. Można wystosować pismo do ministra, ale nie podawać w nim rozwiązania, jakie tu padło, tylko zmusić ministra do podjęcia jak najszybszej decyzji w sprawie szpitala w Polanicy. Bo tam jest jeszcze ten problem, że szpital nie jest gotowy. Gdyby jego budowa została zakończona, to można by naciskać, żeby go szybko przejąć, a tak nie możemy podjąć jednoznacznej decyzji, by nie spowodować, że powiat czy województwo zostanie z niedokończonym szpitalem.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

A ja wracam jeszcze raz do tego, o czym mówił pan senator Pawłowski, który mnie teraz nie słucha, ale który powoływał się na stanowisko zawierające tylko dwa punkty adresowane do ministra. Na temat określenia ostatecznego terminu zakończenia inwestycji – bo jest ona budowana etapowo i jej finansowanie jest przewidziane w bu-

dziecie tylko na rok 2004 – tu dyskutowaliśmy, w tej czy innej sali, ale dyskutowaliśmy. Czyli jedna sprawa to ostateczny termin zakończenia inwestycji – bo nadzoruje ją zarząd inwestycji centralnych – a druga sprawa to wskazanie organu prowadzącego dla Specjalistycznego Centrum Medycznego w Polanicy.

(*Senator Mirosław Lubiński*: I to już nie budzi żadnych wątpliwości.)

Tak, i to już nie budzi żadnych wątpliwości. Wszystko, co było wcześniej, to oczywiście historia, leży to w sekretariacie na biurku, ale pisałam w domu.

(*Senator Zdzisława Janowska*: Czy można?)

Tak, bardzo proszę.

### **Senator Zdzisława Janowska:**

Chciałabym włączyć się do tej dyskusji, ale również bym chciała, żeby kolega już nie rozmawiał przez telefon, tym bardziej że nie był z nami na wyjeździe i nie ma pełnych informacji na ten temat. Będąc tam, rozmawialiśmy również w kularach na okoliczność takiego... Zaczekam, aż kolega skończy rozmowę telefoniczną, bo to ma być odpowiedź dla niego.

Kolega nie był z nami na wyjeździe, a w związku z tym my mamy więcej informacji na temat tego, co tam się faktycznie dzieje. Prowadziliśmy rozmowy z osobami, które sprawują tam władzę, i uważamy, że nie byłoby nic gorszego, niż gdyby chciano zrobić coś, co nie jest zgodne z intencją funkcjonujących tam instytucji. Jedna i druga instytucja, czyli urząd marszałkowski i władze powiatowe, są za tym, żeby mieć pieczę nad tym szpitalem, i są pewne, że sobie poradzą. Nie chcą tego – jak wynikało to z rozmów prowadzonych nieformalnie – co tam pierwotnie miało się stać. A miało tam się stać coś bardzo dziwnego, czemu miała sprzyjać ustawa, która prędzej czy później może być wprowadzona w życie, dotycząca w konsekwencji prywatyzacji zakładów opieki publicznej. Jak się zorientowałam, był określony w stosunku do Polanicy taki plan: warto ją kończyć, warto wyposażać w najlepsze urządzenia – które żeśmy nawet oglądali, bo one już tam stoją – bo może być smakowitym kąskiem. Na szczęście władze miejscowe wyczuły to doskonale i postanowiły wziąć sprawę w swoje ręce, jak mawiał kiedyś Wałęsa. Oczywiście dokończenie tego obiektu jest potrzebne, ale nie musimy się obawiać, że ten obiekt sobie nie poradzi, poziom jego wykonania jest bowiem bardzo wysoki, podobnie jak wysoka jest renoma medyczna profesora Kobusa oraz tego wszystkiego, co się dzieje w Polanicy.

Widzieliśmy te uzdrowiska, które naprawdę stanęły na nogi, reprezentują poziom europejski i można być przekonanym, że oddanie ich pod kuratelę władz miejscowych – przecież mamy tutaj pełną jasność, jeśli chodzi o decyzję marszałka i szefa powiatu, jak również współdziałanie z gminą – sprawi że oni mogą stanąć na nogi, mogą mieć zastrzyk od klientów zewsząd. Trzeba tylko, tak jak to jest napisane, dokończyć obiekt, a potem im to spokojnie zostawić i oni sobie z tym poradzą.

Chciałabym się dołączyć do tej opinii i nie podzielam zdania kolegi, że oni sobie nie poradzą, bo oni sobie poradzą świetnie.

### **Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

Panie Senatorze, widzę, że pan się zgłasza, chcę tylko coś dopowiedzieć. Otóż od ministra zdrowia nie żądamy gwarancji, czy sobie poradzą, czy nie poradzą, tylko jednoznacznej decyzji, a on nie odpowie nam na to przed uchwaleniem ustawy o restrukturyzacji. Nasze odcięcie się od tego to sprawa bardzo pilna. Nie wiem, czy państwo zwrócili uwagę na informację pana Kamińskiego, dyrektora zarządu inwestycji centralnych, że on nie wie, w którym momencie ministerstwo zaczęło bezpośrednio kierować tą budową i nadzorować jej przebieg, i że zajmował się tym pan Waldemar Deszczyński, przeciwko któremu prokuratura apelacyjna wszczęła postępowanie i pan Aleksander Nauman, który również jest uwikłany w tę sprawę. Jeśli więc nasza komisja nie zażąda tego – w tonie przecież dość pojednawczym, bo cały ten rys historyczny jest wprowadzeniem do sprawy, żeby kolejny urzędnik nie zaczął od odpowiedzi, że musi się zapoznać ze sprawą, zanim przygotuje ministrowi odpowiedź, a są tylko dwa oczekiwania: dokończenia inwestycji i wskazania organu prowadzącego – to my również będziemy traktowani jako ci, którzy widzieli, słyszeli w przytomności marszałka, radnych powiatowych, dyrektorów szpitali z Doliny Kłodzkiej...

Bo ten pan, który mówił o koszcie zakupu lampy do tomografu to był dyrektor szpitala?

*(Głos z sali: Tak, z Kłodzka.)*

Z Kłodzka.

A poza tym z formalnego punktu widzenia, posiedzenie komisji powinno być zakończone, prawda?

Pan senator Pawłowski.

### **Senator Wojciech Pawłowski:**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Dwóch naszych przewodniczących ma doświadczenie menedżerskie, które ja też mam, nie chwając się, i powiem tutaj brutalną prawdę. Służba zdrowia w tym województwie, w tej części kraju jest bardzo zadłużona: ma 800 milionów zł do tyłu. Tak tam zarządzano. Były kasy chorych, były też na pewno ambicje, samorządy chciałyby to pewnie, ale nie mogą, bo 800 milionów zł do tyłu to duża suma, nikt tego nie podaruje w dzisiejszym systemie rynkowym.

Następna sprawa. W naszej komisji mamy pana profesora Religę – szkoda, że go dzisiaj tutaj nie ma – szefa instytutu, który to instytut był finansowany nie tylko z kasy chorych, potem z funduszu, ale i z budżetu.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak.

Sądzę, że był pomysł, żeby w tym centrum w Polanicy umieścić między innymi instytut chirurgii plastycznej. Tutaj więc, obojętnie...

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Na pewno tak było, bo są do tego warunki, zdają sobie z tego sprawę.

W samorządach nie ma ludzi kompetentnych, jeśli chodzi o zarządzanie służbą zdrowia. Tam są dobre chęci, ale nie ma możliwości. Dlatego mnie się wydaje, że bez decyzji ministra nie można ich wpuszczać w maliny, bo za 2–3 lata może być tak, że zadłużenie województwa będzie wynosiło 1 milion 200 tysięcy zł, prawda? A jeżeli minister podejmie decyzję, obojętnie jaką, to on staje się jej uczestnikiem, czyli na niego też się zrzuca część odpowiedzialności. I o to mi chodzi. Dziękuję.

(Przewodnictwo obrad obejmuje zastępcę przewodniczącego Mirosław Lubiński)

**Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Ja tylko dopowiem jeszcze, powtórzę to, co mówiłem na początku, że nie chcemy zajmować stanowiska w kwestii tego, kto ma być organem założycielskim. Stanowisko, które w tej chwili przedstawiła pani senator Sienkiewicz, dotyczy tylko i wyłącznie zwrócenia się z pytaniem do ministra, żeby określił ostateczny termin i wskazał organ prowadzący. Nie przesadzamy, nie zajmujemy stanowiska, kto ma być tym organem, chociaż, jak widać, zdania są podzielone – i tak było podczas posiedzenia komisji – ale w sumie dominuje stwierdzenie, żeby to była jednak forma mieszana. Wydaje mi się, że samorząd powiatowy sam tego nie uciągnie, a z kolei samorząd wojewódzki nie pali się do tego, żeby przejąć to samodzielnie. To nie jest tak, żeby on to z chęcią przejął. Tak czy owak forma mieszana wydaje się być jedynym rozsądnym rozwiązaniem, ale jaka, to...

(Senator Wojciech Pawłowski: Plus ministerstwo.)

Ale ministerstwo nie chce – to też jest problem – nikt tego nie chce.

Pan senator Bielawski, bardzo proszę.

**Senator Janusz Bielawski:**

Dziękuję bardzo.

Zgadzam się z kolegą tylko w 50%. Wprawdzie ja też nie byłem w Polanicy, ale te sprawy są mi doskonale znane, jako że mam za sobą długoletnią współpracę z profesorem Kobusem, który jest znakomitym chirurgiem plastycznym i wykształcił odpowiednią kadrę. Ten obiekt plus ta kadra to bardzo łakomy kąsek dla kogoś, kto by chciał to połknąć, a że takie zakusy bywają, to ja tutaj wspomnę jedną rzecz. W Lubinie funkcjonują dwa zespoły, jeden Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej, tak zwane Miedziowe Centrum Zdrowia, które przekształciło się ze szpitala górniczego, i ten zespół ma takie same kłopoty jak każdy inny w województwie dolnośląskim. W pewnym okresie zaczął się kręcić koło tego nieodżałowanej pamięci pan minister Łapiński, mówiąc, że dojdzie do prywatyzacji tego, ale tylko w tej części, która się zajmuje medycyną pracy, czyli jedynym dochodowym elementem w całym tym interesie. Te części istnieją i ja tu nie chcę uprawiać jakiejś spiskowej teorii dziejów, ale niestety one są i temu między innymi będzie służyła ustawa o...

(Głos z sali: Spółkach prawa handlowego.)

Tak, tak.

A że te rzeczy się dzieją i że niektórzy samorządy wychodzą, że się tak wyrażę, przed orkiestrę, dowodem jest to, co ostatnio się dzieje w Lubaniu. Powołano tam spółkę prawa handlowego, która nie chce przyjąć tylu pielęgniarek, ile pracowało w publicznym zespole opieki zdrowotnej, zapominając o tym, że ustawa, którą tak chwalał pan minister Masłowski, zakłada, że pracownicy przekształconej jednostki stają się z mocy prawa pracownikami spółki, i są z tego powodu protesty, procesy itd. A dalej to już jest prosta droga, ponieważ się będzie zadłużać, to się ogłosi upadłość

i ktoś za grosze przejmie obiekt z dobrodziejstwem inwentarza i z panem profesorem Kobusem na czele.

Wydaje mi się, że my jako komisja, skoro już tam byliśmy, dotknęliśmy tego problemu, musimy zasygnalizować tę sprawę ministrowi. Niech pan minister nie myśli, że z tego powodu głowa go nie boli, bo o to się martwią samorzady. Taką zresztą odpowiedź, podpisaną przez pana Masłowskiego, otrzymałem na jedno z moich oświadczeń.

Może nadużywam jako przykładu samorządu i szpitala w Dzierżoniowie, który się tak znakomicie zrestrukturyzował: zwolnił 50% personelu – ponad pięćset osób – zlikwidował cztery oddziały, zlikwidował połowę łóżek, a w odpowiedzi na to fundusz obciął limit i szpital dalej brnie w długi.

Jeżeli się nie przeanalizuje w uczciwy sposób, dlaczego na terenie Dolnego Śląska powstał dług, to jest to zawracanie głowy. Nie chodzi tylko o marnotrawstwo, bo to najłatwiej przychodzi na myśl, zła organizacja to też bardzo nośny argument, ale zapomina się o jednym: że wszystko zostało niedoszacowane, a tych zaszłości naprawdę nie sposób przewalczyć. Dziękuję bardzo.

### **Zastępca Przewodniczącego Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo.

Myślę, że już tej dyskusji nie będziemy przedłużać, bo i tak teraz nie rozstrzygniemy tych kwestii. Należałoby w tej chwili poddać pod głosowanie stanowisko, które zostało przygotowane przez panią przewodniczącą jako propozycja dla komisji, przypominając tylko, że nie przesadzamy, kto ma być organem założycielskim, tylko zadajemy na końcu dwa zasadnicze proste pytania, na które odpowiedzi się spodziewamy w szybkim tempie od ministra. Do kwestii wrócimy, bo tu rozważań może być wiele, a tego optymalnego na pewno w tej chwili nie wymyślimy.

Ja tylko może jeszcze na marginesie przypomnę, że w obecnym stanie prawnym jest możliwość, żeby organem założycielskim nie był jeden samorząd powiatowy, ale żeby były na przykład dwa samorzady...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Tak. To znaczy to jest wypadek z polskiego prawa, bo w tym momencie nawet gdyby takim organem założycielskim zostały na przykład samorząd wojewódzki i samorząd powiatowy, tworząc spółkę, to ta spółka mogłaby założyć tylko niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. To taki paradoks, że byłby to niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, który w 100% pozostawałby w rękach samorządu, ale jest taka możliwość w obecnym stanie prawnym.

Czy możemy w związku z powyższym, Pani Przewodnicząca, przejść do przegłosowania przygotowanego przez panią stanowiska?

Czy ktoś jeszcze ma uwagi do projektu? Jeżeli nie, to poddaję pod głosowanie projekt stanowiska przedstawionego przez panią przewodniczącą Sienkiewicz.

Kto jest za przyjęciem takiego stanowiska, proszę o podniesienie ręki. (6)

Kto jest przeciw? (0)

Kto się wstrzymał od głosu? (0)

Dziękuję bardzo.

*(Senator Wojciech Pawłowski: Panie Przewodniczący, proszę pamiętać, że ja jestem już z powodu wieku trochę niedosłyszający, a urządzenia wspomagającego zapomniałem zabrać z pokoju.)*

*(Wesołość na sali)*

Dziękuję bardzo.

Proszę o przejęcie prowadzenia obrad, Pani Przewodnicząca.

*(Przewodnictwo obrad obejmuje zastępcą przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz)*

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję.

Do tego stanowiska oczywiście dołączymy odpowiednie pismo do ministra zdrowia, ze wskazaniem, że w możliwie pilnym terminie, którego przecież też mu nie narzucimy, chociaż zgonie z ustawą dotyczącą wykonywania mandatu posła i senatora urząd ma dwadzieścia jeden dni na odpowiedź, no ale tymczasem będą, się działy różne rzeczy.

**Senator Wojciech Pawłowski:**

W sprawie formalnej można, Pani Przewodnicząca?

Proponowałbym, żeby marszałek województwa i państwo przewodniczący osobiście rozmawiali z ministrem w sprawie tego pisma.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

W trzech województwach?

**Senator Wiesława Sadowska:**

W przyszłym tygodniu, jak wynika z tego, co mówiła pani minister, ma być spotkanie pani minister z marszałkiem i... z powiatu, tak że z wszystkimi podmiotami ma być jeszcze rozmowa na temat tego, jak ministerstwo to widzi.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Nie uchylamy się od udziału w takim spotkaniu, ale ktoś nas musi na nie...

*(Głos z sali: Zaprosić.)*

...a jeżeli nie zaprosić, to przywołać. Pismo do ministra możemy swoją drogą złożyć, ponieważ, jak mówię, pani Wojtała podejmuje tutaj tylko decyzję cząstkową, a minister ponosi odpowiedzialność polityczną i konstytucyjną.

Tę część posiedzenia wyjazdowego komisji do Polanicy uznajemy za zamkniętą i powrócimy do tego tematu w następnym terminie.

A teraz, zanim nastąpi rozesłanie, jak w kościele: idźcie, ofiara itd. – bardzo tę formułkę cenię, lubię, przywykłam, w tej kulturze wyrosłam – chciałabym powiedzieć o czymś innym.

Rozpoczęła się wielka kampania prasowa na temat dorobku zespołu eksperckiego ministra zdrowia i ewentualnych dopłat itd. Czy my czekamy na formalny projekt przepisu, jeszcze zanim przyjdzie do Senatu. Może on tu trafić za pół roku, ale niech to będzie projekt ustawy numer taki czy siaki. Wówczas, jako komisja, zajmiemy stanowisko, czy jesteśmy na etapie prasowych informacji gotowi do zajęcia stanowiska i czy jesteśmy za dopłatami, czy przeciw nim itd.

Czy możemy parę minut o tym podyskutować? Bo jak byliśmy we trójkę z Markiem Balickim – nie mówię o pani senator Krzyżanowskiej, bo ona była jako indywidualistka, pan Religa również proponował własny program – opowiadaliśmy się za współpłaceniem pacjentów w sytuacjach ponadstandardowych, takich jak oddzielny pokój, łazienka, cateringowe wyżywienie, telewizor, niemieszczących się w pakiecie podstawowym, czyli najprostszym.

Proszę bardzo o pięć minut na taką dyskusję i rozejdziemy się do domów czy do swoich spraw.

### **Senator Wojciech Pawłowski:**

Miałem przyjemność uczestniczyć dwa dni temu w konferencji zorganizowanej przez UJ w Holiday Inn. Był tam też przewodniczący Mirosław – tylko się trochę spóźnił – ale będą z tego materiały na piśmie. Chciałbym jeszcze powiedzieć, że wymieniałem tam pewne uwagi z kolegami z całej Polski. I co się okazuje: w pewnych regionach, przy składce, jaką proponowano kiedyś, czyli 10%, pieniędzy na działalność publicznej służby zdrowia by wystarczyło. Obliczenia były bardzo dokładne. Wynikało z nich, że gdyby składka była dziesięcioprocentowa, lubuska służba zdrowia, gdzie w tej chwili zadłużenie wynosi około 400 milionów zł, otrzymałaby 800 milionów zł więcej, czyli 400 milionów zł zostałoby jeszcze na wydatki związane z restrukturyzacją, czyli na zakup sprzętu i inne rzeczy. Służba zdrowia miałaby się wówczas jako tako.

Wykładowcy z Holandii i z Niemiec też narzekali na ten bismarckowski system opieki zdrowotnej, który myśmy nieszczęśliwie przejęli, a oni też go muszą zmieniać. Uważam, że to, co pani przewodnicząca mówiła, i to, co państwo prezentowali, jest właściwym spojrzeniem, bo przecież jest planowany wzrost składki do 9%.

Jeśli chodzi o ubezpieczenia zdrowotne, to tylko część ludzi, i to dobrze sytuowanych oraz w poważnym wieku, na to pójdzie. Młodzi ludzie na to nie pójdą, bo uważają, że są zdrowi i nie muszą się ubezpieczać, nie ma więc w tym wypadku solidaryzmu społecznego. Ubezpieczenia dodatkowe nic więc nie załatwią, trzeba jak najszybciej dążyć do podniesienia składki i to nie tylko z kieszeni podatnika, ale i z budżetu.

I najważniejsza rzecz: żeby nareszcie minister ustalił koszyk usług podstawowych, żeby była pełna świadomość, co mi się należy, żeby nasze społeczeństwo, któremu przez pięćdziesiąt lat się wszystko należało, teraz zmieniło świadomość, bo każdy obywatel też decyduje o swoim zdrowiu. Pomijam już takie fakty jak palenie papierosów, złe odżywienie, brak ruchu itp., choć to też jest decyzja dotycząca swojego zdrowia, swojej przyszłości.

Stanowisko, które państwo zajęli, jest godne polecenia, ale chcę zauważyć, że już dzisiaj możemy się ubezpieczać od tych dodatkowych kosztów. Jest taka możliwość i na przykład PZU doskonale te rzeczy załatwia.

Stanowisko, Pani Przewodnicząca, ja bym już zajął, żebyśmy jako komisja uprzedzili pewne działania, bo jeżeli potem się okaże, że decyzja, która przejdzie w Sejmie – rozumiem, że to będzie sierpień, wrzesień – nie będzie nam odpowiadała, to będzie za późno na pewne rzeczy. Dziękuję bardzo.

### **Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

Czy możemy w takim razie przyjąć taki scenariusz: my nie możemy tego stanowiska zająć na podstawie informacji prasowych, a w związku z tym, czy uważają państwo za słuszne, żeby przyszedł do nas minister zdrowia, na przykład pan Masłowski – nie pani Kralkowska, bo ona w naszej komisji nie cieszy się, że tak powiem, uznaniem – i przedstawił nam dorobek zespołu eksperckiego? Ale żeby przyszedł nie ekspert, tylko ten, kto ponosi odpowiedzialność, czyli minister, i wtedy byśmy zajęli takie stanowisko, publikując je oczywiście.

**Senator Wiesława Sadowska:**

Wydaje mi się, że odnoszenie się do czegoś, co w tej chwili nie zostało nam jako komisji przedstawione, tylko opieranie się na jakichś wrywkach z prasy, z telewizji czy zasłyszanych gdzieś informacjach, byłoby niepoważne. Od tego należałoby zacząć.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Tym bardziej, że w planie naszej pracy było spotkanie z ministrem w drugiej połowie marca, żeby poinformował nas o stanie prac.

Przepraszam, pan profesor, pan senator Bielawski czeka na głos.

Dziękuję.

**Senator Janusz Bielawski:**

Dziękuję bardzo.

Rzeczywiście wydaje mi się, że wejdę w ostatnie twoje słowo, że nie możemy biernie czekać, korzystając wyłącznie z informacji prasowych. Ja tu się muszę odnieść do tego sympozjum, zebrania, jak zwał, tak zwał, na które się powołuje senator Pawłowski, a na którym mnie nie było nie dlatego, że miałem jakieś pilne zajęcia. Z pełną świadomością nie byłem tam obecny, żeby swoją obecnością nie autoryzować, nie popierać poglądów, które są głoszone już od dobrych czterech, pięciu lat przez bardzo dziwny Instytut Zdrowia Publicznego na Wydziale Ochrony Zdrowia w Collegium Medicum UJ.

Pan profesor Włodarczyk wypowiada swoje poglądy od dłuższego czasu i od dłuższego czasu cieszy się autorytetem eksperta od spraw organizacji ochrony zdrowia.

Brałem udział w takim zebraniu w Krakowie – był to chyba rok 1988 – tuż przed wprowadzeniem kas chorych

(*Głos z sali: W 1998 r.*)

Proszę?

(*Głos z sali: W 1998 r.*)

Tak.

Jest rzeczą wyjątkowo niepokojącą, że różne osoby, które się mienia doradcami w przyszłej nowelizacji ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia, się powtarzają. Doradzali przy organizacji kasowego sposobu opieki zdrowotnej, doradzają teraz. To zjawisko wydaje mi się nad wyraz niebezpieczne, nic dobrego z tego nie może wynikać.

Poza tym na polskim rynku funkcjonuje amerykańska grupa kapitałowa Enterprise Investors, z którą są związani: pan Kruszewski, pan Gorajek, pan Boni, doradza-

jący panu Hausnerowi. Nie wiem, czy są to działania dla pożytku ochrony zdrowia w Polsce, ale na pewno dla pożytku tej grupy kapitałowej.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Proszę bardzo.

**Senator Wiesława Sadowska:**

Oczywiście są to w tej chwili nasze bardzo luźne dywagacje, wymiana poglądów. Odnoszę wrażenie, że zespoły, które pracują w tej chwili nad kształtem tej nowej ustawy i proponują dodatkowe ubezpieczenia temu społeczeństwu, są oderwane od rzeczywistości. Bo jak można społeczeństwu, które żyje w tak tragicznej sytuacji, w takiej biedzie, które jest niedożywione, niedoleczone i niedouczone z powodu właśnie tej biedy, proponować, żeby fundowało sobie dodatkowe ubezpieczenie na zdrowie. Przecież na to wszystko trzeba patrzeć realnie. Jeśli kogoś by było na to stać, to nie trzeba by było specjalnych ustaw, żeby człowiek sobie zapewnił lepszą opiekę poprzez dodatkowe ubezpieczenie. Proponowanie czegoś takiego w tej chwili to zupełne oderwanie się od rzeczywistości, od tego, co się dzieje w naszym kraju i od świadomości, jak ludzie funkcjonują.

Poza tym uważam, że ci, którzy w tej chwili zarabiają więcej, mają większą składkę, mają większy odpis na ubezpieczenie zdrowotne, ci, którzy zarabiają mniej, mają mniejszą składkę i jest zachowana sprawiedliwość w tym podziale. Może nie ma innego wyjścia? Jest to takie szukanie pieniędzy i wyrywanie ich na siłę, za wszelką cenę, tylko już naprawdę nie ma od kogo wyrywać. Nie wiem, czy ta droga dokądś prowadzi, lecz absolutnie się zgadzam z panem senatorem Pawłowskim, że chyba jednak nie tędy droga. Dziękuję.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Senator Janowska.

**Senator Zdzisława Janowska:**

Zgadzam się że musimy poznać te ostateczne propozycje, żeby zająć stanowisko, tym nie mniej prasa donosi – w dzisiejszej „Gazecie Wyborczej” jest o tym mowa – o świadczeniach gwarantowanych i rekomendowanych. Wtedy informacja pokrywałaby się z tym, co powiedziała koleżanka, że jednak ci, którzy nie mają pieniędzy, będą mogli korzystać tylko i wyłącznie ze świadczeń podstawowych, gwarantowanych, bo na inne nie będzie ich stać.

Z tego, o czym powiedziała pani senator Sienkiewicz, wynikałoby, że państwo proponowali tak zwane dodatkowe opłaty wtedy, kiedy nas na to stać, i są rozmaite spojrzenie na ten problem.

Warto by było zająć stanowisko. My dwie jesteśmy z Unii Pracy, która nagle zaostrzyła swoje stanowisko. Najdziwniejsze jest to, że sprawiły to osoby, które przedtem proponowały ustawę o funduszu zdrowia. Jest to jakiś ruch, nie wiem jaki, prawdopodobnie polityczny, żeby nagle zająć stanowisko kategoryczne, nie zgadzając

się na jakąkolwiek dopłatę, bez względu na to, czy ktoś ma pieniądze, czy nie – jest to ruch polityczny Unii Pracy.

Pani Fajfrowska-Błońska prezentowała w Sejmie fundusz, a pani Kralkowska nadal jest wiceministrem. Tu jest jak nic napisane, że w Sejmie przewodnicząca komisji pani Fajfrowska w imieniu współrządzącej Unii Pracy kategorycznie sprzeciwia się dopłatom od pacjentów. Tymczasem rządowy projekt ustawy ma pilotować w Sejmie wiceminister Ewa Kralkowska, która reprezentuje w resorcie Unię Pracy, a niedawno przekonywała parlamentarzystów do zalet ustawy ministra Łapńskiego, zdelegalizowanej przez Trybunał Konstytucyjny. Minister Sikorski nie widzi możliwości, by ktoś inny zajmował się nową ustawą. Myślę, że to też wymaga ustosunkowania się...

*(Głos z sali: To jest choroba, ciężka choroba.)*

...senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

To dzisiaj chciałam poruszyć, bo mnie zaskoczyło to, co tu wyczytałam. Dziękuję.

*(Senator Mirosław Lubiński: Pani Przewodnicząca, jedno zdanie.)*

### **Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Widzę taką kolejność zgłoszeń: pan senator Lubiński, widziałam podniesioną rączkę Alicji Stradomskiej, i pan senator Pawłowski. Możemy przystać na taką kolejność?

### **Senator Mirosław Lubiński:**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Niestety po raz kolejny mamy do czynienia z fatalną polityką informowania społeczeństwa o wynikach pracy rządu, bo doniesienia prasowe wyprzedziły oficjalne zapoznanie się z dokumentem, który powstał jako wynik pracy zespołu powołanego przy ministrze Sikorskim, na czele którego to zespołu stoi profesor Włodarczyk. Wszystkie informacje cytowane przez państwa senatorów z gazet wynikają z tego programu czy z dokumentu „Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej. Szansa przezwyciężenia kryzysu”, tylko tego dokumentu nikt, włącznie z parlamentarzystami, nie otrzymał wcześniej; ja go dostałem nieformalnie. Jest on do wglądu w komisji, obejmuje sto pięćdziesiąt stron materiału, ale niezależnie od tego, co zawiera, fatalnie się dzieje, jeżeli osoby bezpośrednio tym zainteresowane, podejmujące decyzję, czyli parlamentarzyści, dowiadują się o tym z „Gazety Wyborczej”, a nie bezpośrednio z dokumentu, który wręcz przez posłańca powinien być im dostarczony wcześniej. Bo jeżeli się chce zyskać dla swojego programu jakiegokolwiek poparcie czy choćby szacunek, to trzeba ten program zaprezentować i dostarczyć jego tekst osobom, które mają wypowiadać się na jego temat, a nie żeby te osoby otrzymywały informacje z prasy. To był pierwszy błąd, niezależnie od tego, co się tam dzieje.

Temat tak drażliwy jak kwestia współpłacenia, bez komentarza, bez wyjaśnienia, powoduje bunt w społeczeństwie i negatywne przyjęcie propozycji. Głosy, które tutaj padły, wskazują, że tak naprawdę nie wiemy, na czym to współpłacenie miałoby polegać. Co innego mówiliśmy w zespole parlamentarnym, co innego było ustalone tam, co innego wydaje się być – podkreślam: wydaje się – w tym materiale, ponieważ

nie jest to ściśle określone i nie zostało wcześniej podane. Błąd w polityce informacyjnej mści się, bo już na początku został popełniony falstart z tym programem. Dokument, który powinien być najpierw zaprezentowany osobom zainteresowanym, z parlamentarzystami i opozycją na czele, został przekazany w taki sposób, że na dobrą sprawę nikt już nie będzie tego czytał, bo pierwsze wrażenie, negatywne, zostało wytworzone. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Alicja, proszę.

**Senator Alicja Stradomska:**

Dziękuję bardzo.

Myślę, że to spotkanie jest rzeczywiście bardzo ważne, ponieważ mamy w tej chwili z jednej strony tylko informację dotyczącą tego, że niestety brakuje pieniędzy i musimy gdzieś je znaleźć. Najlepiej gdyby to było jakieś dodatkowe współfinansowanie i dodatkowe ubezpieczenie. To nic nie da, ponieważ Szwecja – i nie tylko Szwecja – która jest krajem bogatym, ma dodatkowe ubezpieczenia i ubezpiecza się tam dodatkowo 5–10% osób. Czyli nawet na przykładzie bogatego kraju możemy stwierdzić, że nie jest popularne to dodatkowe ubezpieczenie i obejmuje bardzo wąskie grono osób.

Zgadzam się z senatorem Pawłowskim, jeżeli chodzi o współpłacenie, ponieważ nie znamy drugiej strony. Ostatnio rozmawiałam z osobami z Narodowego Funduszu Zdrowia i one mówią, że gdyby opłata wynosiła 10%, naprawdę nie byłyby potrzebne opłaty dodatkowe. Zrobiono taką kalkulację i rzeczywiście wynika z niej, że gdyby tych 10% dano wojewódzkim funduszom, które by zarządzały tymi pieniędzmi, znając sytuację w danych województwach, naprawdę by to pomogło szpitalom i służbie zdrowia w ogóle.

Jest tylko jeden problem, że nie jest rozwiązana kwestia ustawy 203 i nikt nie może zrozumieć, że problem zadłużania się tkwi właśnie w tej nieszczęsnej ustawie, bo regeneruje ona długi, nie ma decyzji konkretnej, bo szpitale, gdyby brać sytuację bieżącą, bez ustawy 203 wychodzą w większości na zero, a niektóre mają nawet bardzo niewielkie zyski. Mówię „w większości, bo niektóre szpitale rzeczywiście powinny być zrestrukturyzowane i zlikwidowane.

Uważam, że należy prowadzić taką dyskusja, ale musi to być dyskusja merytoryczna, zawierająca argumenty, dlaczego mamy współpłacić i czy gdyby opłata wynosiła 10%, moglibyśmy tego uniknąć. Na dzień dzisiejszy mamy taką sytuację, jaką mamy.

Jest jeszcze inna wersja, która mówi, że należy dopłacać, ale jest problem, czy do procedur najtańszych, czy do najdroższych. Jest na przykład opcja, że dopłacanie do prostych procedur spowoduje, że zaoszczędzimy pieniądze na procedury wysoko specjalistyczne. Czy nie jest lepsze takie myślenie, niż to, że dajemy koszyk gwarantowany: procedury podstawowe, ale większości nie będzie stać na zabiegi naprawdę poważne i ratujące życie? Co wtedy? Jak się wtedy lekarze będą musieli zachować? Tych problemów jest bardzo dużo, tylko trzeba mieć argumenty, czy rzeczywiście trzeba zmuszać społeczeństwo do tego, żeby się dodatkowo opodatkowało i żeby były dodat-

kowe opłaty? Ja mam również wyliczenia i informacje o tym, że na dzień dzisiejszy tych 10% inaczej rozdysponowanych w funduszu, naprawdę by w jakiś sposób złagodziło tę sytuację. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Tych 10% to jest dodatkowo 1,5% podatku dla ludzi.

(*Głos z sali:* Tak.)

To żadna składka, to jest wyodrębniona część podatku, do tego niecała odpisywana. Nie wiadomo, czy w kalkulacji taniej byłoby dopłacić złotówkę do recepty, czy zapłacić podwyższoną składkę, zwłaszcza wtedy, gdy Fundusz Pracy płaci składkę za bezrobotnych. To tak jak wyszło z podwyżką o 0,25%: wpłynęło do kasy około 1 miliarda zł, a 1 miliard 300 milionów zł wypłynęło na składki, co spowodowało bilans ujemny. Ale to wszystko są sprawy do rozważenia.

Pan senator Pawłowski.

**Senator Wojciech Pawłowski:**

Nie chciałbym o tym mówić, ale pan profesor słusznie powiedział o zjawiskach patologicznych, które nam zagrażają. Właśnie na sympozjum, na którym byłem – było to sympozjum organizowane przez firmy ubezpieczeniowe współpłacone – w pewnym momencie padła propozycja, żeby biednym ludziom w Polsce państwo subwencjonowało składki dodatkowych ubezpieczeń. I tu jest to, czego ja się obawiam, czyli patologii, możliwości wyprowadzania pieniędzy z budżetu państwa. Nie chciałem o tym mówić, ale pan profesor zaczął i autora pomysłu też pan profesor wymienił.

Druga sprawa. Robi się wodę z mózgu społeczeństwa w ten sposób, że się marnuje pieniądze przeznaczone na opiekę zdrowotną. Proszę państwa, Polska ma na ten cel 200 euro rocznie, Niemcy mają 2000 euro, Holandia podobnie, to co my możemy z tych 200 euro zmarnować? Bądźmy poważni! Przecież tu się pieniędzy nie marnuje, tylko ich nie starcza w porównaniu z innymi krajami. Dlatego dobrze by było, żeby pan minister się z nami spotkał, ale na to spotkanie zaprosiłbym jednak, Pani Przewodnicząca, przedstawicieli poważnej prasy, żeby głos Senatu został opublikowany. Dziękuję bardzo.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Jeżeli poważna prasa zechce przyjść, ale oczywiście tak, zawsze zresztą informację rozsyłamy do...

Pan senator Bielawski.

**Senator Janusz Bielawski:**

Dziękuję bardzo.

Z mediami to jest tak: jeżeli coś jest niezgodne z poglądem ogólnie przyjętym przez media, to mediów to nie interesuje. Jeśli zaś chodzi o uklepane powiedzenia, to są one przyjmowane zgodnie z teorią lansowaną przez nieboszczyka Józia Goebbelsa, który powiedział, że każde kłamstwo powtarzane wielokrotnie staje się prawdą rzeczywistą. I tak jest. W „Polityce” w styczniu się ukazał artykuł – nie pamiętam nazwiska jego autorki – w któ-

rym jest napisane, że w bieżącym roku jest do wydania przez fundusz i przez ministerstwo 31 miliardów zł. I gdyby było dwa razy tyle, to też by było za mało.

Przepraszam najmocniej, jest to powtórzenie poglądów pana profesora Balcerowicza, podówczas wicepremiera i ministra finansów w rządzie...

(*Głos z sali*: Buzka.)

...Buzka. Zresztą w Senacie i w swoich publikacjach pan profesor Balcerowicz dał wyraz, nie powiem swojej zapiekłej nienawiści, ale zapiekłego przekonania, że służba zdrowia to jest taki dział gospodarki, że ile by nie dał, to zostanie wszystko zmarnowane. I przez kolejnych ministrów finansów, niezależnie od opcji, było powtarzane, że tak jest. Ściąłem się kiedyś mocno z panem wiceministrem Uczkiewiczem na ten temat, ale takie przekonanie panuje i jest uważane za prawdę. W tymże artykule pisze się również, że 70% środków w służbie zdrowia pochłaniają płace. To też jest prawdą, tylko że te płace – przepraszam najmocniej – w dalszym ciągu są niskie. I to nie tylko pielęgniarki są kiepsko opłacane, lekarze też. Ale do kas chorych i do funduszu w ciągu tych sześciu, siedmiu lat przechodziły różne wysoko specjalistyczne procedury, które były finansowane z budżetu; ostatnio przeszły dwie i pomoc doraźna.

Przepraszam najmocniej, fundusz też ma ograniczoną pulę pieniędzy i wobec tego tu przystrzyże, tam przystrzyże, jeżeli ma finansować, za przeproszeniem, wszystko. Dzisiaj będziemy uchwalać nowelizację ustawy o ubezpieczeniu rolników. Paradoks: jaką składkę na KRUS płaci właściciel niezłe prosperującego gospodarstwa o powierzchni 3,5 tysiąca ha? Proszę?

(*Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz*: 132 zł na kwartał.)

Proszę?

(*Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz*: 132 zł na kwartał.)

(*Głos z sali*: 500 zł rocznie.)

800 zł rocznie.

(*Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz*: 800 zł, to trochę więcej.)

Proszę państwa, jeśli chodzi o zadłużanie się szpitali, mam tu przed sobą żale mojego dyrektora. Propozycja Narodowego Funduszu Zdrowia na 2004 r. jest niższa od limitu 2003 r. o około 2 milionów 200 tysięcy zł. Następną setkę osób trzeba więc zwolnić, coś jeszcze obciąć, coś zreorganizować w tym sensie, żeby mniej płacić za dyżur. Jeśli tego łańcucha się nie przerwie, to wszystko padnie, a jeżeli uchwalimy ustawę o powoływaniu spółek użyteczności publicznej – to tak ładnie się nazywa, bo spółka prawa handlowego to tak głupio brzmi...

I teraz odzywają się głosy – nie pamiętam, gdzie to zdążyłem przeczytać – że przecież nie ma co inwestować w pacjentów, którzy nie rokują wyzdrowienia. To prawda, że on pożyje tylko trzy dni dłużej, ale, przepraszam, w tej sytuacji stawia się lekarza jako zastępcę pana Boga, prawda? Tak, ty wyżyjesz, ciebie będziemy leczyć – przecież to wszystko razem grozę budzi.

Jestem ponad pięćdziesiąt lat lekarzem i przyznam, że został stworzony system niehumanitarny, sprzyjający takim przekrętom – tak samo jak w wypadku niektórych zakładów pracy – jak przejmowanie za grosze obiektów ochrony zdrowia, wyposażonych przecież, będących naszym dorobkiem.

Proszę państwa, nie chcemy pamiętać, co się stało z PGR – z tymi dobrze funkcjonującymi i z tymi, które były rzeczywiście warte likwidacji. Jeżeli się nie wyciąga

wniosków z tego, co zaszło do tej pory, to przepraszam, ale zafunduje się nam znowu coś takiego pięknego, że będzie to pełzająca eutanazja.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Dziękuję bardzo.

*(Brak nagrania)*

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

...mam nadzieję, że to z ministrem będzie równie efektywne.

Są takie propozycje terminów. Nie wiem, czy w przyszłym tygodniu jest posiedzenie Senatu... Nie ma, ale z Sejmu przyjdą do nas dwie ustawy. Czy w przyszłym tygodniu planujemy posiedzenie w celu rozpatrzenia dwóch niewielkich ustaw: o zakładach opieki zdrowotnej i o wyrobach medycznych czy coś innego?

*(Głos z sali: Być może nie będzie ZOZ, będzie konwencja i ustawa o wyrobach medycznych.)*

Czyli dwie niewielkie ustawy i wtedy odbyłoby się spotkanie z ministrem zdrowia. Jakie spotkanie? Normalne sprawozdanie ministra zdrowia – sama obniżam rangę tego – i byłoby to 24 marca, czy odkładamy na... To jest czwartek.

*(Senator Wojciech Pawłowski: Dobrze by było, gdyby było w czwartek.)*

**Senator Janusz Bielawski:**

Dobrze by było. Ja wprawdzie byłbym za tygodniem bez wyjazdu do Warszawy, co bardzo by było miłe, ale wydaje mi się, że sprawa jest na tyle poważna i paląca, że tego nie możemy odkładać i nie będziemy czerpać wiedzy z gazet.

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Tak jest. Czyli zapraszamy ministra i niech nam dostarczy ten dokument.

**Senator Mirosław Lubiński:**

Tak, oficjalnie powinien dostarczyć, zachęcam jednak do lektury, żebyśmy mogli dyskutować nad tym dokumentem. To jest, Panie Profesorze, wynik pracy zespołu pana profesora Włodarczyka.

*(Senator Wojciech Pawłowski: Czy ten dokument jest w komisji?)*

*(Starszy Sekretarz Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia Sławomir Legat: Otrzymają go państwo dzisiaj.)*

**Zastępca Przewodniczącego Krystyna Sienkiewicz:**

Będę się starała uzyskać go, zanim się rozejdziemy. Jeżeli nie zdążę, na pewno będzie przygotowany na najbliższe posiedzenie dokument z konferencji STOMOZ, który zajmował się konstytucyjnością ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, czyli o spółkach użyteczności publicznej.

Wydźwięk tej dyskusji był taki, że jest to od początku niekonstytucyjne, a wszelkie próby naprawy polegają na załataniu dziury z przodu, podczas gdy z tyłu czy na łopatkę ona pozostaje.

*(Senator Wojciech Pawłowski: Dyżury lekarskie...)*

Tak.

Mamy tematów wyżej głowy, czyli życzymy sobie na dziś miłego dnia. I tak będziemy się spotykać...

*(Koniec posiedzenia dnia 18 marca o godzinie 10 minut 15)*

Kancelaria Senatu

Opracowanie: Aniela Sapiej

Publikacja: Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Administracyjne, Dział Wydawniczy

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851