



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(1659)

98. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 6 lipca 2010 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Aspekty finansowe i organizacyjne restrukturyzacji lecznictwa szpitalnego.

(Początek posiedzenia o godzinie 15 minut 09)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Witam wszystkich przybyłych na posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. Witam panów senatorów. Witam przybyłych gości. Witam pana ministra Habera, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Witam pana Tetera, wiceprezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam pana Warczyńskiego, dyrektora departamentu w Ministerstwie Zdrowia. Witam pana Dariusza Jarnutowskiego, dyrektora Departamentu Ekonomiczno-Finansowego w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam pana Grzegorza Byszewskiego z RP... Co to jest RP?

(Głos z sali: Rzeczpospolita Polska.)

(Wesołość na sali)

Pan senator pomógł mi rozszyfrować ten skrót, tak że już nie mamy problemu. Witam pana Zdzisława Bujasa z Federacji Związków Zawodowych, członka prezydium. Witam pana Grzegorza Urbaniaka z NSZZ „Solidarność”. Witam pana Jacka Sałkowskiego, wiceprzewodniczącego Sekcji Zdrowia NSZZ „Solidarność” Region Mazowsze. Witam panią Renatę Górną z OPZZ i panią Urszulę Michalską, przewodniczącą Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej.

Szanowni Państwo, przystępujemy do pracy. Tematem dzisiejszego posiedzenia senackiej Komisji Zdrowia są aspekty finansowe i organizacyjne restrukturyzacji lecznictwa szpitalnego oraz, w następnym punkcie, sprawy różne.

Czy są uwagi do takiego porządku obrad? Nie ma uwag.

Uważam, że porządek obrad został przyjęty.

Proszę państwa, jest to posiedzenie o charakterze seminaryjnym. Ciągle bowiem oczekujemy na zmiany ustawowe, które by wprowadzały reformę systemu ochrony zdrowia. Jednak, aby dobrze ją przeprowadzić, trzeba dobrze znać obecną sytuację. Stąd bardzo się cieszę, że jest i pan minister, i pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. I w takiej kolejności proponowałbym oddać panom głos. Potem ewentualne jeszcze uzupełnienia ze strony ministra i pana dyrektora z Narodowego Funduszu Zdrowia. Następnie pytania, dyskusja, a także będą mogli zabrać głos zaproszeni i obecni tu goście.

Dziękuję za materiał. Późno dotarł, tak więc będziemy śledzić go razem z panem ministrem. Za chwilę państwo też go dostaną, jeszcze ciepły, bo drukuje się.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Jeżeli chodzi o materiał, to podczas ostatniego spotkania, w którym uczestniczyliśmy, zapewniałem, że będzie i tylko gdzieś po prostu zaginął w wędrówce między naszymi instytucjami.

Jeśli więc chodzi o materiał, który przygotowaliśmy dla państwa, próbując się znaleźć w temacie posiedzenia komisji, przygotowaliśmy informacje, które generalnie dotyczą oceny sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej i procesów, z jakimi mieliśmy do czynienia w ostatnich latach, procesów, które były podparte zmianami ustawowymi. Myślę tutaj przede wszystkim o realizacji ustawy o restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na podstawie ustawy z 15 kwietnia 2005 r. Informacja dotyczy również realizacji uchwały Rady Ministrów w sprawie programu wieloletniego, czyli wsparcia jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia.

Materiał, który przygotowaliśmy, zawiera również informacje dotyczące procesu przekształceń własnościowych w sektorze ochrony zdrowia w latach 1999–2009, jeśli chodzi o samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Nie sposób bardzo szczegółowo omówić te wszystkie zagadnienia. Postaram się przekazać państwu parę zdań na temat każdej kwestii, a później ewentualnie w trakcie dyskusji będziemy mogli tę informację uzupełniać.

Pierwsza sprawa, czyli jak wygląda zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. To zadłużenie śledzimy sukcesywnie z kwartału na kwartał od wielu lat – praktycznie bodajże od 2003 r. – w dwóch wielkościach, mianowicie zadłużenie ogółem oraz zadłużenie wymagalne zakładów opieki zdrowotnej.

Jeśli popatrzymy na ostatni okres i zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej według stanu na dzień 31 grudnia 2009 r. i porównamy go do stanu z dnia 31 grudnia 2008 r., to można stwierdzić, że zarówno jeśli chodzi o zadłużenie wymagalne, jak i niewymagalne ten poziom zobowiązań uległ zmniejszeniu, niewielkiemu zmniejszeniu, ale uległ. I tak, jeśli chodzi o zobowiązania na dzień 31 grudnia 2009 r. to wyniosły one 9 miliardów 628 milionów 500 tysięcy zł i w stosunku do 31 grudnia 2008 r. nastąpił spadek o 3,5%. Tak więc zobowiązania wymagalne spadły z kwoty 9 miliardów 979 milionów 700 tysięcy zł do wspomnianej kwoty 9 miliardów 628 milionów 500 tysięcy zł.

Można by było również porównać zadłużenie na koniec marca, a więc na koniec pierwszego kwartału... To są ostatnie dane, którymi dysponujemy. Kolejne będą na koniec czerwca. Jeżeli porównalibyśmy koniec pierwszego kwartału z 2009 r., kiedy poziom zadłużenia ogółem – tego państwo nie macie w materiale, ja tę informację pogłębiam z innych danych – wynosił 9 miliardów 828 milionów 700 tysięcy zł, to tutaj faktycznie w pierwszym kwartale 2010 r. mamy do czynienia z niewielkim wzrostem, gdzie ten poziom zadłużenia wyniósł 9 miliardów 849 milionów 100 tysięcy zł. Należy jednak pamiętać, że mamy do czynienia z początkiem roku i tutaj różne jeszcze zmiany nastąpią w trakcie roku budżetowego. Myślę, że najbardziej wiarygodną i miarodajną informacją jest jednak informacja na koniec roku i tę przytoczyłem państwu na samym początku.

Jeżeli popatrzymy teraz na koniec roku – 31 grudnia 2009 r. – w kontekście zobowiązań wymagalnych, to jest to kwota 2 miliardów 241 milionów zł. W stosunku do 2008 r. nastąpił spadek zobowiązań wymagalnych o 4,9%. W grudniu 2008 r. była to kwota 2 miliardów 357 milionów 900 tysięcy zł. To tyle, jeśli chodzi o poziom zadłużenia.

Drugi element, o którym chcę powiedzieć w ramach informacji o sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej i restrukturyzacji, to parę zdań na temat tego, jak była realizowana ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznej zakładów opieki zdrowotnej. Przypomnę tylko, że proces restrukturyzacji miał objąć zobowiązania publicznoprawne i cywilnoprawne, w tym również roszczenia pracownicze z tytułu tak zwanej ustawy 203 i zobowiązań pracodawców wobec pracowników w tym zakresie. Na realizację tej ustawy była przeznaczona kwota 2,2 miliarda zł i fizycznie, według stanu na dzień 31 lipca 2009 r., z tej kwoty zostały skonsumowane 2 miliardy 184 miliony 346 tysięcy 818 zł. Z powodów formalnych kwota 16 milionów zł nie została wykorzystana. To była kwestia wpłynięcia określonych wniosków po terminie, w którym można było je przyjąć.

Próbując ocenić efekt zastosowania ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji, należy bardzo wyraźnie podkreślić, że chyba spełniła swoje zadanie. Między innymi udało się praktycznie prawie w 100% rozwiązać problem indywidualnych roszczeń pracowników w zakresie ustawy 203. Z naszych danych wynika, że tylko w dwóch przypadkach nie udało się tych roszczeń zrealizować. Jeden przypadek to jest kwestia trudności ze znalezieniem ustanowionych spadkobierców tego zobowiązania. W drugim przypadku – trwający proces sądowy, który nie pozwala tych roszczeń zrealizować. Pojawiły się różne orzeczenia sądowe, mimo że pewna wykładnia i pewien tryb orzeczeń sądowych istniały wcześniej. Pojawił się jednak wyrok sądowy, który trochę zmienił to orzecznictwo. Postępowanie sądowe trwa.

Jeśli chodzi o zakres ustawy, to powiedziałbym tylko, że w procesie restrukturyzacji pięćset pięćdziesiąt siedem zakładów opieki zdrowotnej zakończyło już postępowanie. To jest 99% zakładów, które uczestniczyły w procesie restrukturyzacji finansowej. Wobec 4% zakładów wydano decyzje o umorzeniu postępowania restrukturyzacyjnego. Zobowiązania...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, to znaczy, że ten proces nie powiódł się i trzeba było umorzyć postępowanie restrukturyzacyjne, ponieważ nie było szans na jego zrealizowanie.

Jeśli chodzi o zobowiązania zakładów objętych procesem restrukturyzacji, to w sumie wynosiły one 4,9 miliarda zł. Dokładną informację na temat struktury tej kwoty, z podziałem na poszczególne obszary, którymi zajmowała się ustawa, mamy na stronie 5 przygotowanego materiału. Nie będę więc głębiej wchodził w to zagadnienie.

Kolejny element, na który chcę zwrócić uwagę w materiale, który przygotowaliśmy, to realizacja uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”. Jak państwo wiedzą, uchwała Rady Ministrów jest realizowana przy współpracy z Bankiem Gospodarstwa Krajowego, Narodowym Funduszem Zdrowia. Samorządy terytorialne, które decydują się na przekształcenie ZOZ w spółkę prawa handlowego mają możliwość skorzystania z instrumentów finansowych opisanych w tej uchwale.

Te instrumenty finansowe skupiają się głównie na likwidacji zobowiązań publiczno-prawnych, które mogą zostać zlikwidowane w wysokości nie większej niż kwota zobowiązań na dzień 31 grudnia 2008 r. Skupiają się również na zobowiązaniach cywilnoprawnych. Jest to tak zwany mechanizm złotówka za złotówkę. Odpowiednik kwoty, o którą udało się zmniejszyć zobowiązania cywilnoprawne, zarówno w swojej kwocie głównej, jak i w odsetkach, może być w wysokości odpowiadającej kwocie umorzonej. Może zostać przyznana dotacja, która w tym momencie została skierowana do samorządu terytorialnego. Czyli złotówka za złotówkę. Złotówka umorzeń powoduje złotówkę dotacji.

Jeśli chodzi o dotacje, to w grę wchodzi również zobowiązania cywilnoprawne, jeśli wynikają z zaciągniętych kredytów bankowych, a jednostka samorządu terytorialnego jest w stanie pokazać, że zaciągnęła je na spłatę zobowiązań cywilnoprawnych. Pomijam już kwestię możliwości starania się o zwrot kosztów sporządzenia oceny tych dokumentów przez Bank Gospodarstwa Krajowego czy przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Są to dodatkowe bonusy.

Jeżeli popatrzeć teraz na realizację tego programu, to z danych, które wpływają do Ministerstwa Zdrowia w postaci ankiet – te ankiety są sporządzane przez jednostki samorządu terytorialnego – wynika, że zainteresowanie tym programem wykazało około stu pięciu samorządów terytorialnych. Ta liczba się zmienia, bo też niektóre samorządy zgłaszają nowy akces do tego programu, niektóre się z tego programu wycofują.

Te sto pięć samorządów terytorialnych prowadzi około stu pięćdziesięciu zakładów opieki zdrowotnej, które w tym momencie są zgłaszane do przekształceń. Z informacji, którymi dysponujemy, nadmienilibym jeszcze o jednej tylko rzeczy. Można tutaj mówić o tak zwanej krótkiej ścieżce skierowanej do samorządów terytorialnych, które już zrealizowały ten proces przekształceń, i o pełnej ścieżce, która jest ofertą dla samorządów, które jeszcze samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej nie zlikwidowały i nie powołały spółki. Krótka ścieżka oznacza skierowanie wniosku tylko do ministra zdrowia. Do 17 czerwca do ministra zdrowia wpłynęły dwadzieścia cztery wnioski, które zostały złożone przez jednostki samorządu terytorialnego, które już, jak mówię, tej likwidacji dokonały i ich zakłady opieki zdrowotnej działają w formie spółek. Wartość tych wniosków to jest 98 milionów zł. Oprócz tego, według stanu na dzień 10 czerwca, do Banku Gospodarstwa Krajowego wpłynęły trzydzieści dwa wnioski, z których jeden został później przez wnioskodawcę wycofany. Te trzydzieści dwa wnioski to są wnioski o pełną ścieżkę, czyli pełny proces przygotowania programu restrukturyzacji.

Jeśli chodzi o wnioski, które wpłynęły do Ministerstwa Zdrowia... Przepraszam, to jest ogólna informacja. Tak więc na podstawie wszystkich wniosków, które wpłynęły, zawarto umowy z osiemnastoma jednostkami samorządu terytorialnego na dotacje na kwotę 92 milionów zł. Dokładną informację na ten temat mają państwo na stronie 23. Może więc też nie będę się w nią wgłębiał. Kolejne wnioski są rozpatrywane i są w trakcie przygotowywania do podpisania umów.

Wróciłbym teraz do informacji, która już tak bardzo nie dotyczy kwestii finansowej, ale dotyczy przekształceń, jakie obserwujemy w sektorze ochrony zdrowia, przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Obecnie w obowiązującym porządku prawnym mamy możliwość przekształcania zakładów opieki zdrowotnej i tworzenia niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, po pierw-

sze, w oparciu o ustawę o samorządzie gminnym, ustawę o samorządzie powiatowym, ustawę o samorządzie województwa i, oczywiście, ustawę o zakładach opieki zdrowotnej. W oparciu o te ustawy mamy możliwość tworzenia, przekształcania i likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej. To jest art. 36 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Możemy również łączyć samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej i w tym wypadku mamy do czynienia z art. 43h ust. 1 i 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W praktyce mamy do czynienia z jednym i z drugim procesem.

Na stronie 7 jest tabelka, w której została przedstawiona informacja na temat przekształceń. Z tej tabelki wynika, po pierwsze, że jeśli chodzi o dane, które są zgromadzone w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej, mamy siedemset pięćdziesiąt jeden stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej i siedemnaście tysięcy trzy zakłady leczenia ambulatoryjnego, w tym niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, jeśli chodzi o leczenie stacjonarne, sto trzydzieści dwa, a dziewięćdziesiąt dwa samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej jako zakłady leczenia stacjonarnego, które zostały przekształcone decyzją jednostki samorządu terytorialnego w niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, i sześćset dziewięćnaście publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Skupiam się tutaj tylko na leczeniu stacjonarnym.

Według danych, którymi dysponujemy – one są przedstawione na kolejnej stronie – z dwóch tysięcy czterystu siedemdziesięciu czterech publicznych zakładów opieki zdrowotnej istniejących, według stanu na dzień 31 grudnia 1999 r., do końca 2009 r. przekształceniami własnościowymi objęto czterysta dziewięć jednostek i komórek organizacyjnych zakładów opieki zdrowotnej. Tutaj też trzeba zaznaczyć, że te przekształcenia własnościowe mogą dotyczyć i dotyczą nie tylko całych zakładów opieki zdrowotnej, ale również czasami dochodzi do wydzielenia określonej działalności i zmian własnościowych, jeśli chodzi o tę wydzieloną działalność, na przykład jeden oddział danego szpitala.

Struktura tych przekształceń, o których tutaj wspominałem. Tymi przekształceniami objęto, jak wspominałem, dziewięćdziesiąt dwa szpitale, dwieście sześćdziesiąt cztery zakłady leczenia ambulatoryjnego i pięćdziesiąt trzy oddziały szpitalne. Można patrzeć na te przekształcenia również w kategoriach miejsc, gdzie były te przekształcenia. Myślę tutaj o organach założycielskich, które tych przekształceń dokonywały. Można więc stwierdzić na podstawie danych, które posiadamy, że największą inicjatywę, jeśli chodzi o przekształcenia, przejawiały miasta oraz powiaty. To jest 73% wszystkich przekształceń, które zostały dokonane. Zdecydowanie niższą aktywność, jeśli chodzi o te przekształcenia, odnotowano w zakładach utworzonych przez gminy czy też samorząd województwa – około 27% przekształceń.

Jeszcze jedna istotna informacja, jeśli chodzi o strukturę tych przekształceń, mianowicie w co te zakłady były przekształcane. Można stwierdzić, że największą grupę niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, które powstały na bazie publicznych, stanowią spółki z ograniczoną odpowiedzialnością – 72%. Ta właśnie forma organizacyjno-prawna cieszyła się największą popularnością. Zdecydowanie mniej było spółek akcyjnych – tylko 2,3%. Pozostałe przekształcenia prowadziły do powołania spółek cywilnych lub osobowych spółek prawa handlowego, spółek partnerskich lub też spółek jawnych, ale to na poziomie kilku procent. Dokładne informacje na temat struktury tych spółek, jeśli chodzi o ich formę organizacyjno-prawną, jak również organ założycielski, który dokonywał przekształceń, mają państwo w tabelach drugiej i trzeciej na stronie 11.

Powiedziałbym parę zdań, jeśli pan przewodniczący pozwoli, na temat tego, jak wyglądała sytuacja finansowa w przekształconych jednostkach, jakie tendencje można zaobserwować. Te informacje mamy na stronach 14 i 15 przygotowanego materiału. Można bardzo wyraźnie stwierdzić, że w zlikwidowanych samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej po przekształceniu pojawiały się korzystne tendencje, jeśli chodzi o wynik finansowy i efektywność działania niepublicznych zakładów, powołanych na bazie zlikwidowanych samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Według stanu na koniec grudnia 2009 r. wśród sześćdziesięciu niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej czterdzieści osiem zakończyło rok dodatnim wynikiem finansowym, w łącznej wysokości 29 milionów zł, jedenaście niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej odnotowało ujemny wynik finansowy w kwocie łącznej 12 milionów zł, przy czym dotyczył on praktycznie trzech niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Można stwierdzić, że te wyniki finansowe nie wpłynęły na wysokość zadłużenia jednostek. Według stanu na dzień 31 grudnia 2009 r. zadłużenie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, mówię tylko o tych, które zajęłyby miejsce zlikwidowanych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, wyniosło ogółem 142 miliony zł to jest 1,5% zadłużenia ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, To natomiast, co jest najistotniejsze, wymagalne zobowiązania, to była kwota tylko 13 milionów zł. Przy czym istotną tutaj informacją jest to, że z tych 13 milionów zł większość zobowiązań stanowiły zobowiązania jednego niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. To była kwota ponad 10 milionów zł.

Ten proces przekształceń trwa. Z danych, które uzyskujemy od Banku Gospodarstwa Krajowego, śledząc proces przekształceń w kontekście realizowania uchwały Rady Ministrów, czyli tak zwanego planu B, wynika, że to zainteresowanie przekształceniem jest ciągle. Ono nie przybiera jakiegoś masowego charakteru, ale też trzeba mieć świadomość, że nie jest to łatwy proces. Wymaga on pewnej determinacji ze strony samorządu terytorialnego, mocnego zaangażowania i przekonania, że zakład jest przygotowany do takiego przekształcenia.

Na pewno istnieje jeszcze wiele barier, które te przekształcenia hamują. Między innymi są to w niektórych wypadkach bariery ekonomiczne. Cały czas trzeba bowiem pamiętać, że przekształcanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w niepubliczne poprzez likwidację wiąże się z przejęciem przez jednostkę samorządu terytorialnego całego zadłużenia. W niektórych wypadkach to zadłużenie jest tak duże, że mimo instrumentów finansowych, które znajdują się w planie B, jednostka samorządu terytorialnego nie jest w stanie udźwignąć tych zobowiązań, które mimo wszystko musi na siebie jeszcze przejąć po skorzystaniu z planu B.

Oczywiście, są również określone obawy społeczne i polityczne. Zresztą było na ten temat wiele dyskusji. Przekształcenie w niepubliczny zakład opieki zdrowotnej jest w wielu wypadkach niesłusznie utożsamiany z prywatyzacją zakładu opieki zdrowotnej i w konsekwencji z koniecznością korzystania z usług świadczonych w tym zakładzie opieki zdrowotnej na zasadach komercyjnych, bez względu na to, czy ten zakład ma umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, czy też nie.

I ostatnia część mojej wypowiedzi, parę zdań na temat drugiej formy przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, o której wspomniałem,

a więc przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie poprzez likwidację, ale poprzez łączenie, a więc przeniesienie mienia jednego zakładu na inny lub też utworzenia nowego zakładu z połączenia dwóch. Ta forma jest zdecydowanie, może nie zdecydowanie, ale jest mniej popularna, jeśli chodzi o praktykę. W okresie od 2001 r. do 31 grudnia 2009 r. na zasadzie łączenia przekształciły się pięćdziesiąt dwa samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Jeśli chodzi o dosłowne połączenie, to dotyczyło ono trzydziestu sześciu szpitali i dwunastu zakładów lecznictwa ambulatoryjnego. Jeśli natomiast chodzi o połączenie, czyli mamy tu dwie jednostki lub więcej, które tworzą potem zupełnie nowy podmiot, to mieliśmy do czynienia z dwoma klasycznymi przykładami, to znaczy powstały dwie jednostki – jedna w województwie kujawsko-pomorskim i jedna w województwie śląskim.

Staralem się skupić na najistotniejszych elementach opracowania, które przygotowaliśmy dla państwa, zawierającego pewne informacje dotyczące sytuacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej, jak również przekształceń, które mają miejsce w sektorze ochrony zdrowia, głównie, jeśli chodzi o zakłady lecznictwa stacjonarnego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję panu ministrowi.

To był ogląd sumaryczny. Głębiej natomiast w tę sprawę pozwoli nam, myślę, wejść drugie wystąpienie – pana prezesa – gdyż to sytuacja finansowa szpitali jest w końcu głównie kreowana przez system kontraktowania. Tutaj bardzo dziękuję za ten materiał, który dostaliśmy wcześniej, bo tam jest bardzo dużo ciekawych materiałów.

Bardzo proszę, Panie Prezesie. Też może proszę króciutko, bo mamy ten materiał, można więc go omówić syntetycznie.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Zbigniew Teter:**

Panie Przewodniczący! Proszę Państwa!

Gwoli uzupełnienia wypowiedzi pana ministra, która była bardzo szczegółowa i dogłębna... Narodowy Fundusz Zdrowia jest dystrybutorem publicznych środków, z których korzystają nasi podopieczni, nasi ubezpieczeni. Chcę powiedzieć, że w ramach realizacji programu wieloletniego do dnia 30 czerwca tego roku dwadzieścia jeden szpitali zgłosiło do Narodowego Funduszu Zdrowia wnioski do oceny. W tej chwili wydaliśmy dwie pozytywne opinie, które skierowaliśmy do Banku Gospodarstwa Krajowego. Narodowy Fundusz Zdrowia bowiem w łańcuchu realizacji programu wieloletniego ocenia to, co przyśle nam Bank Gospodarstwa Krajowego.

Na pewno interesują państwa środki, które są w zakładach lecznictwa zamkniętego, w lecznictwie szpitalnym. Jak pamiętacie państwo, we wrześniu weszła w życie ustawa uzupełniająca, ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej. Na podstawie tejże ustawy wartość umów na dzień 30 czerwca 2009 r. w lecznictwie szpitalnym wynosiła 23 miliardy 21 milionów zł.

(Głos z sali: To jest tabela...)

To jest tabela pierwsza na stronie 3...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Aha, to może inna.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Wartość umów, tak?

(Głos z sali: Tak.)

Ostateczna wartość umów na koniec 2009 r. w lecznictwie szpitalnym wynosiła 25 miliardów 838 milionów zł. Wartość umów według stanu na dzień 31 maja 2010 r., czyli dane jak najbardziej aktualne, wynosi 25 miliardów 534 miliony zł. Dynamika wzrostu nakładów rok do roku, czyli roku 2010 do 2009, wynosi w stosunku do planu pierwotnego 110%, czyli wzrosła prawie 11% – 10,92%. Pamiętacie państwo dyskusję nad programem i nad planem budżetowym Narodowego Funduszu Zdrowia pod koniec ubiegłego roku – to było w grudniu, gdy nastąpiło zmniejszenie nakładów o 300 milionów zł – gdy ta dynamika wyniosła 98,82%.

Teraz chcę poinformować państwa, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, o tym, co się dzieje ze wzrostem środków, które dzięki zwiększonemu przyływowi składki znalazły się w Narodowym Funduszu Zdrowia. To taka informacja bieżąca, żebyście państwo wiedzieli, gdzie te pieniądze się znajdują. Wzbudza to bowiem emocje. Otóż każda nadwyżka, każdy zwiększony spływ składki jest tak dzielony i podlega takiej procedurze, jak budżet Narodowego Funduszu Zdrowia. A więc każdy...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę?

(Głos z sali: Według algorytmu.)

Tak, podział według algorytmu. Procedura prawna natomiast przedstawia się w sposób następujący. Prezes przedstawia Radzie Narodowego Funduszu Zdrowia plan zmian, po zaopiniowaniu Rada Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawia go sejmowym komisjom zdrowia i finansów i dopiero po zasięgnięciu opinii i akceptacji ministra finansów i ministra zdrowia środki mogą być kierowane do oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia. Podział na rodzaje świadczeń następuje w oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Spływ składki jest w sumie wyższy o 2 miliardy 382 miliony 644 tysiące zł. Wzrost nakładów według stanu na dzisiaj wynosi 4,4%. Pan dyrektor uzupełni informację o spływie składki, jeżeli będzie to państwa interesowało, według stanu za ostatni miesiąc. Większe środki zostaną podzielone jak tylko uzyskamy opinię ministra finansów. W tej chwili bowiem projekt zmiany planu znajduje się w Ministerstwie Finansów. Dziękuję bardzo. Jeżeli będą pytania, to proszę bardzo, odpowiem na wszystkie.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Wracając jeszcze do materiału pana ministra, chcę zwrócić uwagę komisji na rysunek drugi na stronie 10, pokazujący dynamikę przekształceń własnościowych w latach 1999–2009. Wynika z niego, że najwięcej przekształceń własnościowych było w latach 2004–2005. Ale to były...

(Głos z sali: Zakłady ambulatoryjne.)

...zakłady ambulatoryjne. I też przy tej dyskusji o prywatyzacji zwracam...

(Głos z sali: Na której stronie?)

Strona 10. Mając więc na uwadze ostatnie świeże spory na temat procesu prywatyzacji, polecam tabelę pierwszą na stronie 7, która pokazuje, jaki jest już w tej

chwili udział sektora niepublicznego w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych. Żebyśmy dobrze wiedzieli, jak wirtualna była ta cała dyskusja w trakcie kampanii.

Moje największe zainteresowanie w materiale Narodowego Funduszu Zdrowia wzbudziła tabela dostarczona przez BGK, który wskazał na średni koszt dla województwa pozyskania złotówki z planu B.

Czy pan minister ma ten materiał?

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Haber: Nie mam go...)

W każdym razie równocześnie jest taka mapka, na której pokazuje się ile...

(Senator Stanisław Karczewski: Jaka mapka?)

To jest z innego materiału.

(Głos z sali: Z materiału Narodowego Funduszu Zdrowia.)

(Senator Stanisław Karczewski: Mam.)

No proszę, opozycja też ma te same informacje. Zobaczcie, co za dziwna historia.

(Senator Stanisław Karczewski: Wszystkich informacji nie mamy...)

Oczywiście, że wszystkich nie macie, ale te macie.

(Senator Stanisław Karczewski: Wszystkich nie mamy.)

Ja nie przywitałem, zdaje się, pan profesora Rutkowskiego z Fundacji Prophylaktikos i pani Agnieszki...

(Głos z sali: Anny.)

...doradcy tejże fundacji.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Miałem zresztą przyjemność porozmawiać z dyrektorem departamentu w BGK na temat ich udziału, kluczowego zresztą, w procesie restrukturyzacji ochrony zdrowia. Przypomnę państwu, że każdy z zakładów, który jest objęty tym procesem, ma obowiązek przygotować plan restrukturyzacji, który jest opiniowany przez BGK. Następnie ten wniosek jest skierowany do Narodowego Funduszu Zdrowia, który recenzuje opinię BGK i to dopiero uruchamia... Tam szczególnie chodzi o to, by ocenić, czy przedłożony program restrukturyzacji pozwoli na sanację sytuacji finansowo-organizacyjnej tego zakładu.

Wnioski z realizacji planu B, jakie usłyszałem w tej rozmowie, były dosyć pesymistyczne. Rozumiemy mianowicie dlaczego w województwie podlaskim nikt się nie zgłosił do programu restrukturyzacji. Tam bowiem koszt pozyskania 1 zł wynosi 5 zł 89 gr. Najwięcej zakładów zgłosiło się z województwa dolnośląskiego. Tu bowiem, aby uzyskać złotówkę dotacji, trzeba wydać tylko 1,70 zł. Można więc powiedzieć, że ten instrument bardziej pasuje do sytuacji dolnośląskiej. Prawda?

(Senator Michał Okła: Czyli złotówka jest mocniejsza w województwie podlaskim.)

Tak. Najmocniejsza...

Dobrze. Uzupełniając jeszcze informację, powiem, że parę dni temu była konferencja, organizowana przez Bank Światowy, z udziałem także BGK, pokazująca perspektywę deficytu finansowania świadczeń zdrowotnych do roku 2050, przygotowaną przez panią profesor Golinowską. Ta nierównowaga jest czymś, co w jakiejś mierze zagraża temu systemowi. Niezależnie od dzisiejszej dyskusji, myślę, że trzeba będzie porozmawiać trochę o strategii. Zaprosimy chyba panią profesor Golinowską, i przedstawicieli Banku Światowego, żeby zapoznali nas także i z tym raportem. Wtedy będziemy lepiej wiedzieli, gdzie jesteśmy i jakim ewentualnym zagrożeniem powinniśmy przeciwdziałać tworzonym przez nas prawem. To może tyle moich uwag.

Czy ktoś chce jeszcze zabrać głos? Bardzo proszę, pan Norbert Krajczy... Tylko jeszcze zadam pytanie, czy pan dyrektor Warczyński lub pan dyrektor z NFZ chcą uzupełnić informację?

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Nie. Odpowiedzą na pytania. Dobrze.

W takim razie bardzo proszę, pan senator Norbert Krajczy.

Senator Norbert Krajczy:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Mam jedno pytanie do pana ministra i do pana prezesa oraz drugie do pana prezesa. Ponieważ to drugie jest mniej skomplikowane, to może od tego bym zaczął. Nie powiedział bowiem pan, Panie Prezesie, czy ta nadwyżka ponad 4% będzie przeznaczona na tegoroczne czy na zeszłoroczne świadczenia ponadlimitowe, bo też były takie sugestie.

I teraz, jeżeli mogę, wspólne pytanie do panów ministra i prezesa. Oczywiście, w przypadku całej ustawy, zawetowanej przez pana prezydenta, chodziło o jeden wyraz: „obligatoryjnie”. A że chodziło o to słowo, to powiem dalej dlaczego, państwo bowiem nic nie mówicie, chociaż to się pojawiło... Wiem, że pan przewodniczący komisji Sidorowicz chciał to nawet przeforsować.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Już mówię. Bardzo naciskaliśmy, żeby tak było, niezależnie od tego, kto jaką reprezentował opcję polityczną... Chociaż tych opcji tu dużo nie ma. Są tylko dwie.

Są mianowicie jednostki niezadłużone, jednostki, które tak funkcjonowały przez osiem, dziewięć lat. I był taki zapis, żeby tym niezadłużonym dawać, czy jakieś bonusy, czy żeby ewentualnie była możliwość ubiegania się o środki finansowe z ministerstwa, itd., itd. Prawda? I teraz słowo do pana prezesa. Przecież my w większości mamy już środki unijne. W ustawie jest zapis, że musimy mieć kontrakt z NFZ na co najmniej trzy lata. Nie zawsze tak jest. Niestety, z reguły, od dwóch lat, aneksujemy te umowy. I teraz w związku z tym jest pytanie. Czy dla tych... Tu bowiem już nie chodzi nawet o te zakłady, które nie mają zobowiązań. Akurat jestem w takim województwie, w którym nie mieliśmy zobowiązań – i w jednostkach wojewódzkich, i powiatowych – i dlatego wyrzuciliśmy dyrektora NFZ. No może jest w tym jakiś...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, może jest w tym jakiś dobry system.

Chodzi natomiast jeszcze o taką rzecz, że jednostki niezadłużone...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Rozproszyli mnie koledzy i teraz straciłem wątek. Ale mniej więcej chodziło mi o to, co dla nas. Powiem państwu o takim przykładzie. Otóż nie jestem zachłanny i w ramach funkcjonowania SOR widziałem ważniejsze potrzeby, na przykład nie widziałem możliwości współfinansowania tomografu dobrej klasy. Teraz starałem się o tomograf indywidualnie w ramach projektu ministerstwa. Wiem, że nikt nie dostał. Było kilka zgłoszeń i nikt nie dostał. Tak więc znów będę musiał dalej się przepychać, żeby coś z tomografii załatwić na ten SOR.

Cóż z tego, że nie tworzę deficytu, nie mam straty, że mam płynność finansową... Z tym bowiem jest różnie. Jeżeli amortyzacja jest rzędu trzech, czterech milionów, to ja muszę mieć odłożoną taką kwotę, żeby wyzerować bilans. Prawda? Jeżeli

mam w publicznej jednostce podatek VAT 2,5 miliona zł, to ja też tego nie mogę mieć, tylko muszę odpisać. To są pewne idiotyzmy, do rozwiązania których nawet namawialiśmy obecnego ministra finansów i nie tylko. Okazało się, że u nas nie można, a są w Unii Europejskiej kraje, gdzie można. Bo to nie jest tak, że nigdzie nie można. Są takie kraje, gdzie można, może zacofane, jak Słowenia, Słowacja i inne.

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

Dziękuję bardzo.

Nie bardzo wiem, w jaki sposób miałbym odpowiedzieć na pytanie pana senatora. Powiem, że z tego, co ja pamiętam i przeżyłem na własnej skórze, to nie była kwestia tylko i wyłącznie obligatoryjności przekształceń. Tam bowiem było wiele różnego rodzaju kontrowersji, które wzbudzały wątpliwości i nas dzieliły.

Proponując natomiast zapisy obligatoryjnych przekształceń, wychodziliśmy z założenia, że jest to rozwiązanie systemowe, które pozwoli uporządkować ten system. Przypomnę, że to rozwiązanie zostało również uzupełnione ograniczeniami, jeśli chodzi o wyzbywanie się udziałów lub akcji. Czyli wychodziliśmy naprzeciw obawom państwa, obawom, które mówiły, że przekształcając samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej w spółki, będziemy równocześnie automatycznie je prywatyzować. Wyraźnie podkreślaliśmy, że to nie jest naszym celem. W zapisach ustawowych, w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, były wprowadzone wyraźne ograniczenia, mówiące o tym, jak można się wyzbyć akcji, jak można pozbyć się w tym momencie większościowego pakietu.

Odczytałem również pytanie pana senatora o samodzielny publiczny zakład opieki społecznej, który dobrze działa – czemu on ma się przekształcać w spółkę? Moje zdanie jest takie, że właśnie przede wszystkim samodzielny publiczny, który dobrze działa, to jest ten moment, w którym powinien być przekształcony w spółkę. Chciałbym taką spółką zarządzać. Uważam, że możliwości funkcjonowania szpitala w formie spółki są dużo większe, większa dynamika zarządzania, większa możliwość rozwoju. W związku z tym dla mnie to nie byłaby kara, dla mnie byłoby to w tym momencie pewnego rodzaju wyróżnienie. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Pan prezes, bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Zbigniew Teter:**

Panie Przewodniczący! Państwo Senatorowie i Panie Senatorze!

Odpowiem na pytanie drugie, bo krótsze. Tak więc odpowiadam na to drugie pytanie, które było zadane jako pierwsze. Otóż przewidujemy zapłatę z tej nadwyżki za świadczenia z lat ubiegłych w kwocie 340 milionów zł.

(*Senator Norbert Krajczy: Czy mogę zapytać? Czy te roszczenia, które są już w sądzie, jako ugody, będą płacone w pierwszej kolejności?*)

To znaczy...

(*Dyrektor Departamentu Ekonomiczno-Finansowego w Narodowym Funduszu Zdrowia Dariusz Jarnutowski: W pierwszej kolejności będą płacone świadczenia ratujące życie nielimitowane.*)

Tak, przede wszystkim środki zostaną skierowane na nielimitowane świadczenia, na tak zwane świadczenia ratujące życie i, w następnej kolejności, ugody sądowe.

Jeżeli natomiast chodzi o drugie pytanie, to zgodnie z przepisami prawa, zgodnie z ustawą, dyrektor oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia może zawrzeć ze świadczeniodawcą kontrakt na trzy lata, za zgodą prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na lat więcej i nic nie obliguje, żeby to był okres cztero-, pięcio- czy nawet dziesięcioletni.

Zderzamy się natomiast z innym problemem. Otóż plan Narodowego Funduszu Zdrowia jest ustalany na jeden rok. I umowa, o którą panu chodziło, Panie Senatorze, nawet pięcioletnia, nie gwarantuje panu takich samych środków rok do roku. W związku z czym...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Spływ środków jest, jak państwo wiecie, różny w różnych latach. To powoduje, że zobowiązania czy gwarancje wobec środków Unii Europejskiej mogą nie być takie pewne. W zapytaniach z Unii Europejskiej wygląda to prosto – wysokość świadczeń i w ramach takiego kontraktu, którego okres jest dłuższy niż trzy lata. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę.

Senator Rafał Muchacki:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze! Panie Prezesie! Szanowni Państwo!

Panie Ministrze, mam kilka pytań. Pierwsze pytanie... Nie wiem, czy pan przewodniczący zgodzi się, żebym ja zadał pytanie i pan minister od razu mi odpowiedział, tak żeby nam te pytania nie umknęły. Czy tak może być?

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Może tak być.*)

Dziękuję.

Panie Ministrze, jakie szpitale są zadłużone? Chodzi mi konkretnie o organy założycielskie. Gdzie jest największe zadłużenie – w szpitalach marszałkowskich? powiatowych? Czy ta informacja jest zawarta w przedstawionych materiałach? Nie zdążyłem ich przejrzeć. Ale chyba tej informacji w nich nie ma? Po prostu chodzi mi o strukturę zadłużenia. Jeżeli tego nie ma, to po prostu umówiłbym się jakoś w przyszłości z panem ministrem. To bowiem jest dla mnie bardzo istotne.

Dlaczego o to pytam, Panie Ministrze? Dlatego, że bardzo często z mojej praktyki i z moich informacji wynika, że zadłużenie jest spowodowane pewnego rodzaju niewywiązywaniem się organów założycielskich z możliwości inwestowania w swoje jednostki. Zgodnie z ustawą organ założycielski może finansować remonty, inwestycje...

(*Głos z sali: Powinien.*)

Może powinien, ale chodzi o to, że nie musi. Prawda? Powinien. I jeżeli jest taka sytuacja – a znam takie – że organy założycielskie od momentu wprowadzenia reformy administracyjnej, czyli od dziesięciu lat, w swoim budżecie na służbę zdrowia mają tylko cyferkę zero... Czyli przez dziesięć lat ten organ jak gdyby nie wywiązuje

się z tych obowiązków. W pewnym momencie to powoduje zadłużenie tego szpitala, który sam z własnych pieniędzy musi inwestować w remonty i pozyskiwanie nowej aparatury, nowego sprzętu. I tu chyba jest pies pogrzebany. Organy założycielskie zrzucają biedę na Narodowy Fundusz Zdrowia. Mówią: Narodowy Fundusz Zdrowia źle płaci, to szpitale się zadłużają. A tak właśnie nie jest. Procedury mogą być dobrze wycenione, Narodowy Fundusz Zdrowia może dobrze płacić, organ założycielski natomiast nie daje pieniędzy na inwestycje i remonty. To jest fatalna rzecz. Uważam więc, że organy założycielskie, które nie wywiązują się ze swoich ustawowych obowiązków, to są przede wszystkim powiaty, a zwłaszcza takie powiaty, których jest w Polsce bodaj około siedemdziesięciu, czyli powiaty grodzkie i ziemskie. W jednym mieście jest powiat i grodzki, i ziemski. Powiat ziemski, taki na przykład, któremu podlegają dwa, trzy szpitale, ma budżet – całego powiatu – 80 milionów zł, a powiat grodzki, który jest oddalony o 500 m, siedziba w jednym mieście, ma budżet 800 milionów zł. Prawda? Mam konkretne przykłady, które mogą zobrazować sytuację tychże szpitali niepodlegających pod powiaty ziemskie.

Oczywiście, są trzy wyjścia z tych sytuacji. Pierwsze wyjście to jest zmiana organu założycielskiego. Skoro nie ma dofinansowania przez organ założycielski, to powinna być możliwość zmiany organu założycielskiego. Tutaj mamy felerną ustawę o ZOZ. To jest bardzo pięknie napisane, Panie Ministrze, w materiałach na stronie 17, które pan nam podał, mianowicie to jest art. 43h, ust. 1 pkt 1 – przeniesienie mienia jednego zakładu na inny. Mówimy o łączeniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Przeniesienie mienia, jednego zakładu na drugi, to jest zrozumiała rzecz, jeżeli to jest jeden organ założycielski. Tutaj nie ma żadnego problemu. Prawda? Ale co zrobić, bo tutaj na to ustawa, niestety, nie pozwala, jeżeli jeden organ chce swój szpital przekazać drugiemu organowi. Tego nie może zrobić...

(Głos z sali: Może.)

Nie, nie może zrobić. Może to zrobić tylko na zasadzie połączenia. Tylko i wyłącznie na zasadzie połączenia. Czyli z dwóch szpitali dwóch organów założycielskich można utworzyć jeden szpital, ale tylko przez połączenie. Tutaj myślę, że...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Ja poczekam, bo pan minister na pewno nie ma podzielnej uwagi...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Chociaż coś z Napoleona pan minister ma na pewno. Niemniej, czy rozumie pan minister mój tok myślenia? Chodzi o to, że na mocy tej ustawy nie można po prostu, poprzez przekazanie mienia, zmienić organ założycielski. To można zrobić albo przez likwidację i powołanie nowego zakładu, albo przez połączenie dwóch szpitali dwóch organów założycielskich. Feler nieprawdopodobny. Dlatego, że te słabe organy założycielskie boją się i nie chcą tego zrobić. Tracą bowiem rację bytu. Ci radni muszą też z czegoś żyć, a w tym momencie pozbywają się swojego zakładu pracy i nie chcą się zgodzić na łączenie, na przykład, z mocniejszym sąsiadem.

Tutaj byłoby bardzo dobrze, Panie Ministrze, gdyby po prostu państwo zorientowali się, ile pieniędzy swoim jednostkom służby zdrowia przekazały organy założycielskie przez dziesięć lat. Jest to, wydaje mi się, proste. Mówię to z doświadczenia, kierując przez ileś tam lat, Centrum Onkologii w Bielsku. Tam właśnie organ założycielski – jest nim właśnie biedne starostwo ziemskie, które po odliczeniu swoich kosztów ma tyle pieniędzy, ile ma mój szpital – przez dziesięć lat przekazało 800 tysięcy zł,

przy inwestycjach, które szpital poczynił z własnych pieniędzy i z pozyskanych środków z Ministerstwa Zdrowia, czy też od marszałka, o wartości 54 milionów zł. W tym momencie szpital jest zadłużony na 10 milionów zł. Proszę popatrzeć jak by wyglądała sytuacja szpitala, gdyby organ założycielski normalnie finansował inwestycje, czy też remonty. Nie byłoby żadnych problemów. To jest bardzo istotna informacja, bo te zmiany własnościowe w 1999 r. były po prostu fatalnie zrobione. Nie wiem na jakiej podstawie porozdzielano te szpitale. Wysokospecjalistyczne szpitale poszły pod bardzo słabe organy założycielskie, a czasem słaby szpital poszedł, powiedzmy, pod bogate, pod marszałka, czy pod prezydenta miasta.

Bardzo prosiłbym pana ministra o taką orientację, skąd to zadłużenie się bierze. Tak jak mówię, to nie jest wina Narodowego Funduszu Zdrowia. Jak po prostu można rozliczyć te organy założycielskie z tego, że nie wykonują postanowień ustawy o ZOZ? Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze!

Mamy dane dotyczące struktury zadłużenia. Może po prostu przekazałbym je w dokładnym, szerokim zakresie. Również dysponujemy danymi dotyczącymi dotacji, jakie od organów założycielskich otrzymują zakłady opieki zdrowotnej. Tak że postaramy się przekazać taką informację.

Co do procesów przekształceniowych, to próbując na gorąco dyskutować na temat sposobu, w jaki można te przekształcenia prowadzić... Myślę o sytuacji opisanej przez pana senatora, czyli o zmianie organu założycielskiego z jednego na drugi. Wprost jest to niemożliwe, można natomiast teoretycznie taką sytuację sobie wyobrazić. Prawda? Czyli organ założycielski, pod który chcemy przejść, tworzy zakład opieki zdrowotnej i następnie dochodzi do połączenia. Można taką sytuację sobie wyobrazić, ale sądzę, że tak naprawdę głównym powodem i przyczyną braku takich przekształceń jest opór organów założycielskich przed takimi przekształceniami. To znaczy, żebyśmy nie wiem jak patrzyli na zagadnienia związane z prowadzeniem szpitala, to dla powiatu wielokrotnie jest to największy pracodawca, powód do dumy, ale równocześnie powód do wpływania na to, co się dzieje w tym zakładzie opieki zdrowotnej. Pozbycie się takiego szpitala jest, myślę, bardzo trudne w sensie politycznym. Równocześnie nie każdy inny organ założycielski będzie zainteresowany tym, żeby przejąć taki zakład.

Z punktu widzenia organizacji systemu niejednokrotnie mamy do czynienia na przykład z takimi wypadkami, kiedy w dwóch powiatach sąsiadujących ze sobą są dwa zakłady opieki zdrowotnej. Jeden o słabej kondycji, źle zarządzany, chylący się upadkowi i drugi w drugim powiecie dobry, prowadzący dynamiczną działalność, rozwijający się. Wręcz aż prosiłoby się, żeby te zakłady się w jakiś sposób skonsolidowały się, współpracowały ze sobą, uzupełniały się, jeśli chodzi o ofertę. Jednak fakt, że mamy do czynienia z różnymi organami założycielskimi, różne powiaty, powoduje, że takie rozmowy są bardzo trudne. Aczkolwiek czasami się to udaje.

Reasumując, myślę, że pomijając kwestie ustawowe, które mogłyby te kwestie uregulować, na pewno jest tutaj potrzebna dobra wola i pewna zgoda, akceptacja takich przekształceń, czy takich zmian. Ona jest podstawą.

Senator Rafał Muchacki:

Panie Ministrze, w związku z powyższym, żeby tu państwa nie zanudzać, bardzo prosiłbym pana ministra, czy też pana dyrektora, o spotkanie. Omówiłbym ten problem, bo po prostu państwo możecie mi w pewnych sprawach pomóc. A jest to bardzo istotne. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jest tylko ten problem, że tak naprawdę nigdzie nie ma takiego jawnie wskazanego zobowiązania organów założycielskich do inwestowania w swoją infrastrukturę. I to jest ta różnica.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Tak, ale tam idzie dotacja na ucznia i ona jest lepiej liczona. To jest kwestia rachunku kosztu, jaki jest robiony.

Pan Zbigniew Pawłowicz, bardzo proszę.

Senator Zbigniew Pawłowicz:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Panie i Panowie!

Panie Ministrze, moje pytanie jest takie troszkę ogólne, wynikające z tematu, o którym mówimy, o restrukturyzacji szpitali, o przekształceniach w ochronie zdrowia i z tego, co – mam nadzieję – od dzisiaj będzie się działo w otoczeniu ochrony zdrowia, czyli, że podejmiemy racjonalną i bardzo rzeczową dyskusję co dalej z przekształceniami. Chcę zapytać, czy rozważacie państwo w Ministerstwie Zdrowia skrócenie listy jednostek ochrony zdrowia, których organem założycielskim jest minister zdrowia? Wyłączyłbym z tego, oczywiście, służbę krwi. Wiadomo na czym rzecz polega. Ale na tej liście jest chyba, jak patrzyłem w ubiegłym roku, ponad sto jednostek. Mieściły się na niej różne, przedziwne jednostki, o czym mówię tak tylko na marginesie. Drugie pytanie też jest związane bardziej z przyszłością. Jak Ministerstwo Zdrowia widzi swoją pozycję w dalszym funkcjonowaniu szpitali klinicznych, których organami założycielskimi są uczelnie państwowe...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Akademii medycznych to już nie ma, proszę państwa.

Jaka będzie rola ministra zdrowia w stosunku do tych organów założycielskich? Panie Ministrze i Szanowni Państwo, to, o co pytał mój zacny siedzący obok kolega, pan senator, odnośnie do samorządów, troszkę przekłada się również na inne organy założycielskie, które zarządzają znacznie większym majątkiem. Patrząc na te wnikliwie dane ministerstwa, za które dziękuję, gdzie widzimy... Przepraszam, bo to może...

(Głos z sali: NFZ...)

Przepraszam, chylę czoła, Narodowego Funduszu Zdrowia.

Udział szpitali klinicznych w umowach na 2009 r. wyniósł 26%, a szpitali samorządowych 63%. Jeżeli weźmiemy pod uwagę udział w hospitalizacji szpitali klinicznych – 19%, a szpitali samorządowych – 68%, to ja postawię tezę, dla której nie mam poparcia, bo nie mam tych danych, że udział w zadłużeniu szpitali klinicznych wynosi 50%, a myślę, że chyba większy. Już kończę, Panie Przewodniczący. Moje pytanie o rolę ministra zdrowia w działalności organów założycielskich szpitali uni-

wersyteckich wiąże się z tym, że budżet państwa decyzją parlamentu, to trzeba sobie jasno powiedzieć – obojętnie czy parlamentu poprzednio wybranego, czy obecnie funkcjonującego – daje z pieniędzy podatnika olbrzymie środki na inwestycje w szpitalach klinicznych. Proszę państwa, powiem tak, jak mówi stary łódzki mieszkaniec o pewnym starym wyznaniu. On mianowicie nie widział takiego interesu, żeby ktoś prowadził inwestycję za pół miliarda złotych, a jednocześnie miał zobowiązania na trzysta milionów i że to jest dobry biznes. A tak się prowadzi między innymi, jak państwo tu już mówią za mnie, w Gdańsku. Z pieniędzy publicznych. Kiedy przerwiemy ten zaczarowany krąg? Już go nie chcę inaczej nazywać. Jaka będzie rola ministra zdrowia w przerwaniu tego? Dziękuję, Panie Ministrze. Nie oczekuję odpowiedzi wprost, Panie Ministrze. Nie, nie, daleki jestem od tego.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan minister jest w trudnej sytuacji...
Proszę bardzo.

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

Może nie w takiej złej.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Rola ministra zdrowia w tym zakresie może być, sądzę, tylko taka, że wniesie inicjatywę ustawodawczą, w której zostaną zaproponowane pewne rozwiązania. To, że szpitale kliniczne są źle zorganizowane i źle funkcjonują, to wiemy. Pewne propozycje są przygotowywane. Są przygotowywane założenia do ustawy o szpitalach klinicznych, w których dość wyraźnie mówi się o rozdzieleniu źródeł finansowania i strumieni pieniędzy, które wpływają do szpitali klinicznych, szpitali uniwersyteckich, z rozdzieleniem na działalność kliniczną w sensie leczniczej działalności, na działalność dydaktyczną, na działalność naukową i granty naukowe.

Te propozycje budzą wiele emocji i kontrowersji. Trwają dyskusje i konsultacje z Konferencją Rektorów Uczelni Medycznych. To wypracowanie konsensusu nie jest proste. Sądzę natomiast, że droga do zmiany tej sytuacji jest tylko i wyłącznie taka – ustawowa. I to jest również próba odpowiedzi na pytanie, jaki status mają mieć szpitale uniwersyteckie w sensie prowadzenia działalności. Czy mają to być dalej samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, czy też na przykład spółki Skarbu Państwa, czy jakieś inne jeszcze rozwiązania? Nie ulega natomiast wątpliwości, że dyscyplinę finansową w tych jednostkach trzeba poprawić.

Kwestia listy jednostek, które prowadzi minister zdrowia. W moim przekonaniu minister zdrowia jest organem założycielskim wprost, pomijając regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecnicstwa, dla szpitala specjalistycznego w Polanicy i trzech jednostek badawczo-rozwojowych. To jest właściwie koniec. Możemy szukać dalej, ale jeszcze do połowy ubiegłego roku był organem założycielskim dla tak zwanej lecznicy, czyli szpitala geriatrycznego, tak on się nazywa...

(*Głos z sali: Lecznicy geriatrycznej.*)

...lecznicy geriatrycznej. Lecznica została włączona w skład Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. To nie jest tylko moje zdanie, ale większość osób z kierownictwa

Ministerstwa Zdrowia uważa, że nie jest rolą ministra zdrowia bycie organem założycielskim dla tego typu jednostek. Również, jeśli chodzi o Polanicę, trwają pewnego rodzaju rozmowy, czy przymiarki, zmierzające do tego, żeby zmienić status tej jednostki. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

**Przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych
Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej
Urszula Michalska:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Bardzo króciutko w odniesieniu do kwestii finansowania infrastruktury będącej własnością przecież nie SP ZOZ, tylko organów założycielskich. Ze zdumieniem, przyznam szczerze, przyjęliśmy w ubiegłym roku informację o tym... Ja wiem, że ustawa wprost tego nie precyzuje, ale jeśli takie informacje wychodzą zarówno z resortu zdrowia, jak i z Narodowego Funduszu Zdrowia... Takie bowiem pytanie Federacja zadała, mając na względzie właśnie wzmocnienie roli samorządu terytorialnego jako właściciela tego majątku. Jak więc można pogodzić się z tym, że środki, które są na świadczenia medyczne na podstawie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia... Prawda? Jest ustawa o świadczeniach, a nie o finansowaniu infrastruktury. Nie dość, że zakłady opieki zdrowotnej uszczuplają w ten sposób swoje środki na wykonywanie świadczeń medycznych, ale jednocześnie muszą zainwestować w infrastrukturę własne środki, korzystając nawet ze środków unijnych. To jest po pierwsze.

Po drugie, wiadomo, że majątek nie jest własnością SP ZOZ i ktoś, kto ma ten majątek, powinien dbać o niego. Może należałoby w tym kierunku zwrócić zainteresowanie, aby samorządy terytorialne będąc właścicielem tych obiektów bardziej o nie dbały. Mówi się, że pacjent powinien dbać o własne zdrowie, dlaczego więc organ założycielski ma nie dbać o własny majątek?

I jeszcze jedna rzecz, bo na ten temat było już powiedziane dosyć dużo. W zupełności popieram opinię dotyczącą szpitali klinicznych. To jest znany problem, tajemnica publiczna wiadoma wszystkim. Ale jeszcze kilka słów, już bardzo króciutko, w sprawie połączenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wiadomo, że nic na siłę. Przykładem tego, że nic na siłę był Gorzów Wielkopolski, gdzie połączono trzy SP ZOZ. Jeden miał olbrzymie zadłużenie. To między innymi był przyczynkiem do tego, że nie poprawiło się temu jednemu zakładowi, tylko pogorszyło się tym dwóm. Konsekwencje decyzji, które wtedy były podjęte, trwają do dzisiaj. Dlatego mówię, że nic na siłę i z wielką rozważą przy wszelkiego rodzaju zmianach, którym absolutnie nie jesteśmy przeciwni. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Krótki komentarz. Przypomnę tylko, że w Gorzowie był budowany nowy szpital, którego finałem miało być zamknięcie dwóch pozostałych zakładów. Przyczyna zadłużenia tkwi...

(Głos z sali: Zostały trzy.)

Tak, zostały trzy i finansowa dziura. To jest jedna rzecz.

Druga rzecz. Chciałbym, żebyśmy jednak trzymali się pewnych ram prawnych, rachunku kosztów, który powinien być podstawą wyceny świadczenia. I to precyzuje rozporządzenie, które mówi o miejscach powstawania itd., itd. Można powiedzieć, można próbować wskazywać na samorząd jako sprawcę deficytu środków na inwestowanie, tylko ja jako samorządowiec chcę państwu powiedzieć, że sytuacja finansowa samorządów jest taka, jaka jest. One narzekają na to, że przez kolejne lata są bardzo chętnie widziane jako miejsca delegowania obowiązków, już natomiast nie tak chętnie jako miejsca dotacji, które pokrywałyby koszty tego działania.

Dlatego ja się obawiam, że gdybyśmy skończyli tę rozmowę takim oto wnioskiem, że samorzady źle pełnią rolę organów założycielskich, to skrzywdzilibyśmy wiele samorządów, które łożą i które – zwłaszcza, gdy pojawiła się możliwość wejścia w programy operacyjne – w wielu miejscach dokonały potężnych inwestycji. Jak słyszę, szpital w Nysie, czy szpital w Bielsku, dokonały inwestycji na poziomie 55 milionów zł. Na przykład szpital w Zgorzelcu ma plany inwestycyjne na 100 milionów zł.

Chcę powiedzieć o jeszcze jednym zjawisku, które też warto dostrzec, mianowicie nie tylko organ założycielski dotuje szpital, który jest w niezłej kondycji finansowej, tylko sprawny menedżer... Niezależnie od tego, czy ten szpital jest publiczny, czy niepubliczny. Dobry menedżer bowiem jest równie możliwy w publicznym, jak i niepublicznym zakładzie. Byłem na otwarciu pracowni w jednym ze szpitali – nie chcę go wymieniać z nazwy – gdzie, proszę państwa, gdy zaczęto wyliczać, kto się przyłożył... To był co prawda szpital powiatowy, ale wielospecjalistyczny. Byli więc tam wymienieni wójtowie wszystkich gmin ościennych, starostowie nie tylko z tego powiatu, ponieważ ten szpital pełnił funkcje usługowe także wobec ościennych powiatów. Każdy więc się dorzucił – ten dwieście tysięcy, ten pięć tysięcy, tamten laptopa.

Samorzady stoją przed bardzo trudną sytuacją dokonywania wyborów, w co inwestować. Gdy powstał samorząd wojewódzki, przez wiele lat jedynym miejscem, gdzie cięto nakłady, jedynym miejscem elastycznego manewrowania finansami były dotacje na drogi. Wobec czego nie reperowano dróg, tylko przerzucano środki na inne palące potrzeby. Ale po wejściu do Unii sytuacja się zmieniła. Samorzady wojewódzkie bardzo umocniły swoją pozycję, są duże dotacje i szpitale często z tego korzystają. Te samorzady wnoszą aporty. Byłbym więc ostrożny z tezą, że samorzady źle... Powiedziałbym tak, że prawdopodobnie bez nich, bez samorządów... Nie przesądzałbym tego, jak one pełnią rolę tego organu założycielskiego.

Ewidentne natomiast jest to, że gdy szpitale były wianowane w mienie, na pewno nie szły za tym żadne ruchy o charakterze choćby rozdzielenia tych dwóch strumieni – jeden na pokrywanie kosztów świadczeń, co jest pani tezą, a drugi, który byłby tym strumieniem inwestycyjnym, czy restrukturyzacyjnym. Zwykle te pieniądze restrukturyzacyjne i inwestycyjne szły z centrali. Przypomnę o wielkim programie odłużania realizowanym przez świętej pamięci panią minister Cegielską, czy przez kolejne rządy, które takie środki uruchomiły, czy teraz mamy takie źródło w postaci Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, z którego środków kupuje się sporo sprzętu w Polsce. Tak że ta sytuacja jest trochę trudniejsza.

Jeszcze państwo się zgłaszali do głosu. Proszę bardzo, ale już króciutko, bo pomalutku chcielibyśmy zmierzać ku wnioskowi.

**Wiceprzewodniczący Regionalnej Sekcji Ochrony Zdrowia
w Niezależnym Samorządnym Związku
Zawodowym „Solidarność” Region Mazowsze
Jacek Salkowski:**

Opierając się na tym, co usłyszałem, i wzięwszy pod uwagę pytania, które zostały zadane, chciałbym przekazać nasze zdanie, że to nie jest właściwa droga.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Ale co nie jest właściwą drogą?)

Niewłaściwą drogą jest myślenie, że zmiana zapisów dotyczących spraw właścicielskich czy właścicielstwa, rozwiąże wszystkie problemy. Jeżeli z materiałów, które pan minister tu przekazał, wynika, jeśli dobrze zrozumiałem, że zadłużenie publicznych szpitali spada, jeżeli z materiałów, które chyba też pan minister przedstawiał na posiedzeniu Komisji Trójstronnej, wynika, że tak naprawdę problem zadłużonych publicznych szpitali dotyczy kilkudziesięciu w Polsce, to czy nie właściwą drogą jest bardzo indywidualne przeanalizowanie przyczyn, które doprowadziły te szpitale... Być może są to na przykład długie zaległe, ciągnące się od wielu, wielu lat i ten szpital nawet realizując kontrakt w dalszym ciągu pogrążony jest w kredytach, w spłacaniu itd., itd. Czy to nie jest właściwa droga?

Mówi się, że ci, którzy nie mają problemów, będą mieli lepiej, a dla tych, którzy mają złą sytuację, będzie to po prostu wyjście z tej sytuacji. Najlepszą metodą jest jednak pokazywanie dobrych przykładów. Może zrobmy tak: zajmijmy się tymi szpitalami, które mają kłopoty, i pokażmy, że po zmianach własnościowych, po przekształceniach te szpitale zaczynają dawać sobie radę. Wtedy nie będziecie mieli państwo problemów, bo sami dyrektorzy widząc dobry przykład będą zgłaszali swoje zakłady do przekształceń.

Jeszcze jedno szczegółowe pytanie. W materiałach w tabelce drugiej podano, że przekształcono dziewięćdziesiąt dwa szpitale niepubliczne. Chciałbym dowiedzieć się, jaki zakres funkcjonowania tych szpitali, zakres udzielanych usług, zachował się i czy w tych dziewięćdziesięciu dwóch szpitalach jest chociaż szpital o profilu dużego szpitala publicznego wielospecjalistycznego, który musi prowadzić dwudziestoczterogodzinny dyżur, OIOM i ponosić związane z tym koszty. Jeżeli państwo podajecie w statystyce liczbę dziewięćdziesięciu dwóch szpitali, to chciałbym dowiedzieć się, jaki jest procent przekształconych szpitali niepublicznych, które działają w tej chwili na zasadzie wrywania rodzynek z ciasta i przejmują w stu procentach pacjentów ubezpieczonych, procedury, które są opłacalne, a resztę przerzuca się na szpitale publiczne. Co się dzieje i co będzie się działo z ludźmi nieubezpieczonymi, którzy są wyrzuceni poza system? Co się będzie działo chociażby z dydaktyką w szpitalach publicznych, która jest prowadzona równolegle nie tylko w szpitalach klinicznych. To są konkretne pytania i bardzo proszę o odpowiedź. Jakie państwo macie jednak kierunki zmian? Mówienie bowiem o tym, że źli będą mieli lepiej, a lepsi będą jeszcze lepsi, jest na takiej sferze ogólności, że to jest nie do przyjęcia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ale ja nie słyszałem dzisiaj takiej między nami rozmowy. Prosiłbym może, żeby nie wprowadzać tutaj, że tak powiem, rzeczy, które nie miały miejsca. Nie mówiliśmy o tym. To było trochę na innej płaszczyźnie. Myślę, że tu rozmawiamy troszeczkę meryto-

rycznie, a nie tak ogólnikowo. Do tego jest Komisja Zdrowia. Nie wiem, dlaczego dobrzy mieliby mieć lepiej, a źli mieć gorzej. To jest coś nie z tej bajki chyba, nie z tej komisji.

Chcę natomiast zwrócić uwagę na jeszcze jedno, na to, że niepubliczne w sensie formuły finansowania, jest często publiczne w sensie formy własności. Jeżeli bowiem stu-procentowym udziałowcem niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej jest samorząd, to przypomnę, że samorząd jest strukturą publiczną i państwo powinniście trochę precyzyjniej stawiać te pytania i rozpoznać różnice, zrozumieć te różnice – co to znaczy prywatny, co to znaczy niepubliczny, którego stuprocentowym właścicielem jest samorząd...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, nie. Na posiedzeniu Komisji Zdrowia trzeba jednak mówić troszeczkę precyzyjniej. Inaczej bowiem rozmawiamy o niczym. Jeśli natomiast jest już takie pytanie, to zachęcam pana z „Solidarności” do zajrzenia do tabeli. Tam jest wykres pokazujący, jak się przekształcają te zakłady, ile jest już tak zwanych niepublicznych zakładów. Ambulatoryjnych jest już 90%, prawdopodobnie ponad 80%. W sektorze szpitalnym – 36,5%, a licząc łóżka jest to 10,5%.

Powtórzyłbym natomiast jedno pytanie za panem, żeby też troszeczkę rozwieść mity. Co robi Narodowy Fundusz Zdrowia, by unikać sytuacji, która jest powodem do takiej już dosyć powszechnej skargi na to, że Narodowy Fundusz Zdrowia toleruje sytuację, w której prywatni świadczeniodawcy dostają kontrakty na rodzynki w cieście, a zakalec jest przepychany do publicznych szpitali? Czy państwo monitorują jakoś tę sytuację, by stawiać jednak wszystkim w miarę podobne wymagania przy kontraktowaniu?

Bardzo proszę.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Zbigniew Teter:

Powiedziałbym może tak... Otóż w Polsce został przyjęty europejski model powstawania szpitali. Zaczynają mianowicie powstawać szpitale monotematyczne zajmujące się jednym rodzajem świadczenia. Ponieważ powstają tego typu szpitale, te szpitale są rejestrowane przez wojewodów, to one są dopuszczane do udzielania świadczeń. W związku z czym...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Nie macie narzędzi.)

Nie ma narzędzi, żeby nie uznawać tych szpitali. Bo tak jest. On ma w nazwie szpital. To nie jest jak w modelu amerykańskim, że szpital to jest wtedy, kiedy ma przynajmniej cztery podstawowe oddziały, w tym pełne zabezpieczenie w anestezji, pełne zabezpieczenie w pediatrii itd. W związku z czym, rzeczywiście, to tak może wyglądać, że...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

To tak jest, że prywatny podmiot zakłada szpital, który zajmuje się jednym rodzajem świadczeń. Tak jest, że on się tym zajmuje i na podstawie planu biznesowego takie szpitale spijają śmietankę. Tak to jest.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

To jest problem, ale ja ten problem postrzegam jeszcze w innej sprawie, którą nazwałbym systemową, że dopóty, dopóki Narodowy Fundusz Zdrowia nie będzie

miał narzędzi... A takim narzędziem mogłoby być choćby ustalenie zasad planowania, na przykład na poziomie województwa, zabezpieczenia dostępu do usług i egzekwowanie, żeby tylko to, co zabezpiecza plan mogło być finansowane z publicznych środków. Mimo, że jak państwo patrzy na wzrost nakładów na opiekę zdrowotną, tak jak jest to przedstawione w tabeli, to zobaczcie, że dalej dusimy się z brakiem środków. Między innymi dlatego, że weszli nowi aktywni świadczeniodawcy, którzy potrafią się ustawiać.

Zjawisko, o którym mówił pan z „Solidarności”, nie dotyczy tylko tak zwanych prywatyzacji. Teraz każdy dobry dyrektor patrzy na opłacalność wykonywanych świadczeń i manewruje, starając się wykonywać jak najwięcej świadczeń, które są lepiej ustawione w JGP, a trochę ograniczać te świadczenia, a przynajmniej szukać takiej kwalifikacji, która pozwoliłaby mu zmniejszyć liczbę świadczeń źle opłacanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Taka jest...

(Wiceprzewodniczący Regionalnej Sekcji Ochrony Zdrowia w Niezależnym Samorządnym Związku Zawodowym „Solidarność” Region Mazowsze Jacek Sałkowski: A kto będzie wykonywał usługi źle wycenione...)

Ja panu powiem, kto będzie...

(Wiceprzewodniczący Regionalnej Sekcji Ochrony Zdrowia w Niezależnym Samorządnym Związku Zawodowym „Solidarność” Region Mazowsze Jacek Sałkowski: Publiczne...)

Nie, nie. Tu już pojawia się pewna mitologia. Nieprawda. Każdy będzie wykonywał. Każdy, kto ma w kontrakcie zawarte wykonywanie tego zakresu usług. Jeżeli bowiem ma w kontrakcie wykonywanie pakietu świadczeń, a nie wykonuje tego świadczenia, to podpada w tym momencie pod oskarżenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia o unikanie wykonywania świadczeń.

Proszę bardzo. To już ostatni głos w dyskusji.

Członek Zarządu Głównego Forum Związków Zawodowych Zdzisław Bujas:

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Panowie Senatorowie! Szanowni Państwo!

Nie chciałbym uprawiać demagogii, mam jednak jedno zasadnicze pytanie. Pilnie bowiem przysłuchuję się... Właściwie od kilku lat, Panie Przewodniczący, trwa dyskusja o strategii państwa w zakresie zdrowia obywateli. Bardzo często wszyscy głośno o tym mówimy. Jest Narodowy Program Zdrowia, który określa konkretne ramy i procedury, w których państwo ma, że tak powiem, określać, jak ma wyglądać realizacja. Istnieje jedna obawa. Wiem, że Narodowy Fundusz Zdrowia jest dzisiaj w bardzo trudnej sytuacji, dlatego, że trudno jest skontrolować wszystkie jednostki, ale Szanowny Panie Prezesie, jeżeli podmioty wskazują sytuację, w której tak zwany oddział jednego dnia... Przepraszam, ja tak to nazywam. To się dzisiaj nazywa klinika. Bardzo różne są nazwy. Jeżeli więc ten podmiot kontraktuje z państwem wykonanie konkretnych procedur i dostaje na to odpowiednie środki, to nie ma w zapisie u państwa – i to jest do sprawdzenia – to, o czym mówił kolega, odpowiedzialności za dalszy los pacjenta, który po kilkunastu dniach przestaje być pacjentem tego słynnego oddziału i właściwie jest sytuacja, że musi go przejąć podmiot publiczny. To jest to, o czym mówił pan senator.

O co generalnie chodzi? Myślę, że pewne regulacje prawne w zakresie odpowiedzialności podmiotu, który wykonywał dane świadczenie. Chodzi o uregulowanie w aspekcie prawnym jego odpowiedzialności. To można określić. Powikłania następują w określonych przedziałach czasowych i rzadko kiedy powikłanie chirurgiczne występuje po roku. Oczywiście, może tak się zdarzyć, ale te powikłania występują po miesiącu, po dwóch, często w drugiej dobie. I o taka sytuacje mi chodzi. Czy państwo nie powinniście się jednak pochylić nad tym, żeby to wyregulować? Nie mówię tylko o prywatnych jednostkach. Jeżeli to jest wieloprofilowy szpital, to on sobie da radę, bo on przejmie tego pacjenta. Nie ma problemu. Jeśli bowiem był zabieg ginekologiczny, to ja nie mam ginekologii, ale mam chirurgię i ta pacjentka jakoś się tam znajdzie. Problem jest w tym, że dotyczy on głównie tych podmiotów, które tak jak pan przewodniczący powiedział, wybierają te rodziniki. Nie chodzi jednak o jego rozwiązanie w aspekcie szukania winnego, na zasadzie łapmy złodzieja. W jakiś sposób państwo powinniście nad tym popracować. Nie wiem, nie mam dzisiaj pomysłu. To jest temat od wielu lat rozpatrywany.

I jeszcze jedno, Panie Przewodniczący. Pytanie dotyczące zadłużania się jednostek publicznych, podległych naszym samorządom. Proszę państwa, to jest uregulowane w akcie prawnym. Każdy podmiot ma dzisiaj obowiązek posiadania rewidenta, który wyraźnie wskazuje jednostce, organowi założycielskiemu, jak wygląda finansowanie... On ma bardzo dokładny wgląd w finanse. Dziś więc tłumaczenie samorządów, że właściwie nie mają żadnego wpływu, bo ten pracodawca, ten dyrektor, tak na dobrą sprawę robi co chce, w najgorszym wypadku możemy go odwołać, jest żadnym tłumaczeniem.

Tak że tutaj jest prośba do pana ministra, czy jednak nie powinno się w tej strategii zdrowia, która jest przewidziana na tyle lat, poprawić pewne rzeczy? Cały czas mówimy, że jednak wzrasta zachorowalność na choroby nowotworowe – o tym było na ostatnim posiedzeniu Komisji Zdrowia – wzrastają zachorowania u dzieci itd., itd. Tych problemów rodzi się wiele. Może jest w zamyśle państwa, może macie to już zawarte w opracowaniach, ale nie ma jasnej informacji, że tymi problemami trzeba się zająć. Te kwestie trzeba wyregulować w pierwszej kolejności. To bowiem będzie taki samograj, proszę państwa, który będzie się sam kontrolował. Przepraszam za przydługą wypowiedź, ale myślę, że należałoby się jednak nad tymi dwoma aspektami zastanowić. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan minister podsumuje, a potem jeszcze ja zabiorę głos.

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

Dziękuję bardzo.

Z tego, co pan przewodniczący ostatnio tu powiedział, oczywiście, zgadzam się z tym całkowicie. Pewne kwestie powinny być uregulowane poprzez określony sposób zapłacenia za świadczenia. Dla mnie rola płatnika jest tu kolosalna, fundamentalna. Również trzeba mieć świadomość tego, że mówimy o materii – większość z nas tutaj albo wszyscy mają tego świadomość – która jest tak skomplikowana, że nie ma roz-

wiązań idealnych. Zmienia się sytuacja zdrowotna, zmieniają się priorytety, zmienia się w tym momencie sposób realizowania usług. W związku z tym ten sposób płacenia za usługę powinien nadążać za tymi zmianami. To jest ciągła próba dostosowania zasad płacenia, finansowania świadczeń do tego, co się dzieje na rynku, zarówno w sensie zdrowotnym, epidemiologicznym, jak i w sensie technologicznym.

Są pewne obszary, które wymagają w większym stopniu uregulowania systemowego. Jak państwo wiedzą, Narodowy Program Zdrowia jest w tej chwili nowelizowany. Programy ministra zdrowia, które są realizowane, powinny dokładnie wpasowywać się w te priorytety, które są tam opisane, czy też są obecnie modyfikowane w Narodowym Programie Zdrowia.

Co do kwestii przekształceń i tego w jakim kierunku będziemy szli, to konkludując może powiem tak, że szalenie istotny jest – tak, jak wspomniałem – sposób płacenia za usługę. Powinniśmy ustalać pewne priorytety, które z punktu widzenia epidemiologicznego, z punktu widzenia zdrowia publicznego uważamy za najistotniejsze, a płatnik, czy płatnicy – z jednej strony minister zdrowia poprzez swoje programy, z drugiej strony Fundusz – poprzez swoje środki finansowe powinni te priorytety realizować.

Kwestia struktury własności, formy organizacyjno-prawnej. Zgodzę się z tym, że jest to rzecz wtórna, że najważniejszy jest w tym momencie nadzór organu właścicielskiego i osoby zarządzającej nad jednostką, którą prowadzi. Aczkolwiek moje zdanie jest takie, że ten nadzór łatwiej prowadzić poprzez sprawdzoną formę spółki prawa handlowego i poprzez radę nadzorczą i nadzór właścicielski, który jest zdecydowanie bardziej mocny i intensywny, niż w sytuacji, z którą mamy dzisiaj do czynienia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, naszą intencją było przede wszystkim jednak przyjrzenie się sytuacji bieżącej. A to dlatego, że lada moment zostaniemy postawieni wobec konieczności rozpatrywania ustaw, które do nas trafiają. Miejmy więc świadomość, że są dzisiaj pewne niepokojące elementy. W dalszym ciągu bowiem istnieje grupa zakładów wysoko zadłużonych. Zmalała dobra tendencja spadku wielkości zobowiązań wymagalnych. To głównie one są przedmiotem największej troski.

Chcę zatem wszystkim uczestnikom naszego posiedzenia podziękować. Dziękuję panu ministrowi, panu prezesowi. Myślę, że do tych systemowych dyskusji wrócimy przy okazji ustaw, które, liczę, jeszcze w tym roku powinny do nas trafić. Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 16 minut 51)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851