



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(120)**

10. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 5 lutego 2008 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja Ministerstwa Zdrowia na temat planu uszczelniania systemu ochrony zdrowia.

(Początek posiedzenia o godzinie 16 minut 08)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę o zajmowanie miejsc.

(Rozmowy na sali)

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

W dzisiejszym planie pracy komisji jest tylko jeden punkt, poświęcony naprawie systemu ochrony zdrowia.

Bardzo się cieszę, że jest z nami pan minister Grzegorek, którego witam. Witam też wiceprezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, dyrektorów z Ministerstwa Zdrowia, a także przedstawicieli związków zawodowych, przedstawicieli izb i innych instytucji związanych ze służbą zdrowia.

Szanowni Państwo, na poprzednim posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia mieliśmy okazję wysłuchać wystąpienia pani minister, choć tak się złożyło, że było dosyć mało czasu na pytania, bo pani minister musiała wyjść. Procesy w służbie zdrowia toczą się nadal. Mamy obecnie dwa rodzaje wydarzeń, jedno z nich to próba budowania pewnego politycznego porozumienia wokół scenariusza przekształceń systemu ochrony zdrowia – w to zaangażowani są premier, przedstawiciele klubów, wszystkich klubów. Uczestniczyłem w pierwszym takim spotkaniu politycznym. Wola dialogu jest, co jednak nie oznacza, że jest też zgodność co do kierunku działań. Ale wola dialogu jest. I to jest ta polityczna, oparta na kierownictwach klubów w parlamencie, próba rozmowy na temat scenariusza. W tym pierwszym posiedzeniu uczestniczył też przedstawiciel pana prezydenta, pan doktor Tomasz Kwiatkowski, którego tutaj serdecznie witam...

(Głos z sali: Zdrojewski.)

Zdrojewski. Boże, mój Boże, przepraszam, bardzo przepraszam.

Jednocześnie z inicjatywy pana premiera i rządu powołany został „biały szczyt”. Z częścią państwa spotkaliśmy się w ramach tego szczytu, odbyło się pierwsze posiedzenie komitetu sterującego, któremu przewodniczył pan minister Grzegorek, pod nieobecność powołanego na tę funkcję pana profesora Safjana. Nie było także, niestety, pana ministra Boniego na tym szczycie, co związane było z jego aktywnym zaangażowaniem w dyskusję z górnikami...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Słucham?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Racja, z celnikami.

Słuchajcie, dynamika wydarzeń jest duża i chciałbym bardzo poprosić pana ministra o przedstawienie nam przygotowanego scenariusza, aby to, co później przerodzi się w jakieś akty prawne, mogło być spokojnie przedyskutowane w ramach prac naszej komisji.

Bardzo prosiłbym pana ministra o zabranie głosu. Myślę, że ma pan na to piętnaście, dwadzieścia minut, Panie Ministrze, żebyśmy mogli potem jeszcze spokojnie podyskutować.

Bardzo proszę, bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Grzegorek:

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący, za dobre wprowadzenie. Byłem w niejakim kłopotcie, kiedy spojrzałem na zaproszenie, ponieważ wynikało z niego, że muszę powtórzyć to, co pani minister mówiła dwa tygodnie temu, a z tym mógłby być kłopot, bo nie wiem, czy wszystko dokładnie zapamiętałem.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak, a my byśmy wtedy sprawdzili zbieżność, ponieważ są wśród nas tropiciele sprzeczności.)

Zacznę od „białego szczytu”. Jak pan powiedział, odbyło się już posiedzenie komitetu sterującego. Przewodniczącym komitetu sterującego jest pan profesor Safian, zaś głównym moderatorem jest pan Michał Boni. Jeśli chodzi o ministerstwo, to chcieliśmy się ograniczyć do pomocy eksperckiej, takiej technicznej, organizacyjnej, oczywiście przedstawiając swoje koncepcje i propozycje rozwiązań. Nie chcieliśmy być postacią pierwszoplanową w tej dyskusji, bo chcemy uzyskać przy przedstawianiu naszych projektów rozwiązań, o ile to będzie oczywiście możliwe, pełną akceptację całego środowiska, które uczestniczy w tej debacie i dzięki temu móc skutecznie realizować wypracowane wspólnie projekty rozwiązań.

Po posiedzeniu komitetu sterującego powstały cztery grupy robocze, jedna zajmuje się finansami i płacami; druga – prawami pacjenta; trzecia – przekształceniami, i w ramach tego będzie omawiany projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej; a ostatnia – sprawami pracowniczymi, to jest zespół do spraw wynagrodzeń i innych spraw pracowniczych.

W dniu wczorajszym odbyło się już jedno posiedzenie grupy roboczej, dotyczyło ono przekształceń, omawiana była propozycja projektu ustawy o prawach pacjenta. Pan profesor Safian wrócił już z zagranicy i prawdopodobnie w najbliższych dniach zwoła posiedzenie komitetu sterującego, aby już zgodnie ze swoją jurysdykcją wytyczyć dalszy plan i program działania.

Oczywiście chcielibyśmy, aby w ramach „białego szczytu” nie tylko nastąpiła prosta recenzja projektów ustaw przez nas złożonych, ale też, aby przy okazji pracy w poszczególnych zespołach, na ile to oczywiście będzie możliwe, rozszerzono analizę programową i zakres działań. Jesteśmy otwarci na różnego rodzaju propozycje, jeżeli tylko będą one możliwe do uwzględnienia. Oczywiście będziemy nad nimi dyskutować. Każdy dobry pomysł, jeżeli się pojawi, może zostać przyjęty.

Jak państwo wiecie, do łaski marszałkowskiej zostały złożone trzy projekty ustaw: o prawach pacjenta, o zakładach opieki zdrowotnej i o dobrowolnych dodatkowych ubezpieczeniach społecznych. W klubie Platformy Obywatelskiej i PSL są złożone kolejne cztery projekty, które wynikają z tego, że z dawnej ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zostały wyłączone pewne regulacje, nieprzystające do obecnego prawa unijnego. Dotyczy to między innymi konsultantów i akredytacji. Jest również

ustawa o prawach pracowniczych, czyli o szczególnych uprawnieniach, a także ustawa wprowadzająca wszystkie te ustawy, tak aby była pełna kompatybilność i nie było żadnych dziur legislacyjnych.

Uszczelnienie. Same nasze propozycje rozwiązań, szczególnie jeżeli chodzi o ustawę o zakładach opieki zdrowotnej... Jak na pewno państwo już wiecie, jest w tym projekcie propozycja przekształcenia jednostek opieki zdrowotnej – mówię o szpitalach – w spółki handlowe. My przedstawiamy dwie propozycje: niech to będą albo spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, albo spółki akcyjne. Oczywiście zawsze rodzi się pytanie, jaki może być cel i sens przekształcenia w spółki handlowe, kiedy znane są restrykcje związane z działalnością na podstawie kodeksu handlowego. Wiadomo, że w takim przypadku nie może być dosyć swobodnego zadłużania się, ponosi się nawet odpowiedzialność karną za nieprawidłowe prowadzenie finansów jednostki, jest czytelna rola organu założycielskiego bądź właścicielskiego, jest zarząd z prawdziwego zdarzenia, a straty, które wynikają z działalności operacyjnej, trzeba pokrywać, i to nie na przestrzeni wielu, wielu lat, ale bezpośrednio po zakończeniu roku bilansowego. W dalszym ciągu rodzi się też pytanie: co, oprócz tych pozytywów, które wynikają z prowadzenia szpitala jak przedsiębiorstwa, miałoby zachęcać wiele z tych jednostek do przekształcenia się? Szczególnie mówię o tych jednostkach, które dzisiaj mają zadłużenie, bo w myśl projektu naszej ustawy wszystkie zobowiązania przejmuje nowo powstała spółka, co mogłoby skutkować tym, że w momencie przekształcenia takie zakłady mogłyby zostać postawione z dnia na dzień w stan upadłości, ponieważ ich zadłużenie jest na tyle wysokie, że w zasadzie tym by to skutkowało.

Otóż niezbędna przy ustawie o zakładach opieki zdrowotnej jest kolejna ustawa – o tak zwanej konwersji zadłużenia. Prace nad nią nie są zakończone, obecnie zajmuje się nią międzyresortowy zespół, zaangażowani są w to pracownicy Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Skarbu Państwa. Chodzi o to, abyśmy mogli pomóc tym jednostkom opieki zdrowotnej w Polsce, które w większości przeszły już programy naprawcze w dużej mierze na podstawie dotychczasowej ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji, jednostkom, które dzisiaj się bilansują, nie generują bieżącego zadłużenia, ale mają stare, wieloletnie długi, które niestety trzeba spłacać. Ustawa działała dwa lata, nadchodzi czas, kiedy mija karencja spłacania tylko rat odsetkowych, trzeba będzie w wielu przypadkach, w których szpitale wzięły kredyty komercyjne, zacząć spłacać raty kapitałowe, a te raty kapitałowe w wielu sytuacjach stanowią 10%, a nawet 14% miesięcznego przychodu. To jest duże obciążenie, dlatego propozycja konwersji zadłużenia jest oparta na emisji obligacji. To byłaby ustawa incydentalna, pozwalająca na emisję obligacji. Odbывałoby się to z udziałem dotychczasowego podmiotu, który pomagał restrukturyzować te jednostki, czyli Banku Gospodarstwa Krajowego, z jednoczesną gwarancją Skarbu Państwa. Jeżeli udałoby się taką operację przeprowadzić, obligacje byłyby emitowane na okres piętnastu, dwudziestu lat, ze stosunkowo niskim oprocentowaniem, ponieważ, jak państwo wiecie, obligacje gwarantowane przez Skarb Państwa... Na dzień dzisiejszy one byłyby oprocentowane na poziomie około 4,5%, czyli byłoby to obciążenie, z którym byłby sobie w stanie poradzić zakład opieki zdrowotnej. I w zależności od tego, jak przebiegałby proces restrukturyzacyjny, w ciągu czterech, pięciu lat... jeżeli dane jednostki, które skorzystałyby z możliwości konwersji zadłużenia, nie generowałyby nowych długów, ale cały czas by funkcjonowały prawidłowo, istniałaby możliwość wykupienia przez Skarb Państwa tych obligacji. A więc zdjęliby-

śmy wówczas to stare zadłużenie. Proszę tego nie traktować jako prostego oddłużenia, dlatego że warunkiem jest spłata odsetek przez okres co najmniej pięciu lat i dopiero po tym okresie, kiedy szpitale będą na prostej i na bieżąco się będą bilansowały, czyli będzie istniała gwarancja, że nie będą w przyszłości generowały długu, można będzie udzielić im pomocy państwowej. Ale jest jeden warunek: jeżeli jednostka chciałaby przystąpić do tak zwanej konwersji zadłużenia, obligatoryjne będzie przekształcenie w spółkę handlową, ponieważ naszym zdaniem właśnie to daje gwarancję prawidłowego zarządzania środkami publicznymi, a w przyszłości braku zadłużenia.

Inne projekty ustaw. Dobrowolne ubezpieczenia dodatkowe... Jak państwo doskonale wiecie, już dzisiaj prywatna działalność różnego rodzaju zakładów opieki zdrowotnej jest w stanie zaangażować i angażuje około 5 miliardów zł rocznie. My chcielibyśmy, aby poprzez możliwość dodatkowego, dobrowolnego ubezpieczenia można było przynajmniej część tych środków ściągnąć do tak zwanego zasobu finansów publicznych. Co by było naszą przewagą? Otóż to, że jest możliwość udzielania świadczenia w ramach ubezpieczenia dodatkowego na terenie całego kraju. Dzisiejsze firmy prywatne, zakłady opieki zdrowotnej, nie będę tu podawał ich nazw, w których bogate firmy wykupują całe pakiety zdrowotne dla swoich pracowników, z reguły działają na ograniczonej przestrzeni, ograniczają się do dużych miast, jak Warszawa i kilka innych w Polsce, a z tych środków publicznych byłaby możliwość udzielania świadczeń na terenie całego kraju.

Podczas posiedzenia rady gabinetowej, jeżeli dobrze pamiętam, i w trakcie późniejszych spotkań pojawiły się pewne wątpliwości pana prezydenta, czy nie będzie to dzielenie społeczeństwa na biednych i bogatych. Otóż ja chciałbym rozwiązać te wątpliwości: absolutnie nie ma takiej możliwości, aby przy tego typu ubezpieczeniu można było obejść kolejkę, w taki sposób, że wchodzi się przed kogoś i przez to ten ktoś dłużej czeka. Chcemy zmierzać w kierunku systemu brytyjskiego, w którym jest możliwość udzielania świadczeń medycznych w tym czasie, kiedy jest tak zwane wyciszenie pracy jednostek, czyli na przykład w niedzielę – w szpitalu są cztery sale operacyjne, dwie z nich są przygotowane na prace w systemie ostrodyżurowym, a dwie są wygaszone, wtedy oczywiście może przyjechać zespół, wykonać konkretny zabieg, który nikomu nie zabiera miejsca w kolejce, a wręcz tę kolejkę zmniejsza.

Prawa pacjentów, tak potrzebne dla tego środowiska. W ramach „białego szczytu” jest dużo przedstawicieli tego środowiska, od samego początku było dążenie do tego, aby pacjent stał się podmiotem, wychodzimy naprzeciw tym dążeniom, złożyliśmy odpowiedni projekt ustawy. Jeżeli będziecie państwo oczekiwali na więcej szczegółów, są tu przedstawiciele departamentów merytorycznych w ministerstwie i udzielimy odpowiedzi na każde pytanie.

Koszyk. Nad koszykiem trwają prace, wiemy, że trudne techniczne jest stworzenie koszyka świadczeń gwarantowanych, o wiele jednak trudniej politycznie jest stworzyć koszyk świadczeń częściowo niegwarantowanych. Ale wydaje się, że stosunkowo szybciej można wykonać to drugie przedsięwzięcie. Prace nad tym cały czas trwają, oczywiście czerpiemy z dorobku zespołu, który prowadził intensywne prace wtedy, kiedy ministrem był pan profesor Zbigniew Religa. Staramy się wykorzystać ten dotychczasowy dorobek i jak najszybciej przedstawić propozycję, która oczywiście jeszcze będzie wymagała akceptacji zespołu konsultantów krajowych. W tej chwili intensywnie pracuje się nad tym, aby taki koszyk świadczeń częściowo gwarantowanych, bo to jest chyba najważniejsza część koszyka, stworzyć.

Co jeszcze chcemy uszczelnić? Mamy zamiar, jest taki projekt, w następnym półroczu przeprowadzić prace nad ustawą o państwowej służbie krwi, bo do tej pory mamy ustawę niedoskonałą. Dzisiaj jest sytuacja taka, że w zasadzie resort zdrowia, a co za tym idzie, i państwo polskie, nie ma kontroli nad tym, co się dzieje z krwią polskich dawców, dzisiaj całkowitą autonomię w pobieraniu i ewentualnej sprzedaży nadwyżek osocza mają regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Ze sprzedaży nadwyżek osocza praktycznie budżet państwa nie ma ani złotówki, to są środki, które wpływają do RCKiK i są przez nie wykorzystywane, zaś czynniki krzepnięcia są kupowane za środki z budżetu państwa, konkretnie są to wydatki Ministerstwa Zdrowia. Chcemy to zmienić, chcemy przeprowadzić przez ścieżkę legislacyjną ustawę o publicznej służbie krwi w ciągu dwóch lat, ale intensywne prace będą rozpoczęte już w drugim półroczu. Będzie to tak zwany program samowystarczalności, o którym już od dawna się mówiło, ale do tej pory nie były podjęte intensywne działania, żeby to zrobić. My chcemy w ciągu dwóch lat wyłonić narodowego frakcjonatora, chcemy doprowadzić do tego, aby w przyszłości nie było już kłopotów z pozyskiwaniem czynników krzepnięcia, aby nie trzeba było w trybie ekstraordynaryjnym zamawiać i ściągać tych preparatów dla polskich pacjentów.

Będziemy również modyfikować i wdrażać nowe zasady wprowadzania leków na listę refundacyjną. Zaczynamy od pełnej implementacji dyrektywy przejrzystości, bo do tej pory mieliśmy tylko częściową, chcemy ograniczyć liczbę miejsc refundacyjnych na listach, aby leki tego samego typu... Jak mówię, wszystkie one oczywiście przechodzą przez agencję, przez zespoły eksperckie, wszystkie mają absolutnie te same certyfikaty, ten sam punkt uchwytu, te same składniki. Wydaje się, że nie ma uzasadnienia, aby dwadzieścia takich samych preparatów było refundowanych. Do tego będziemy dążyć – choć widzę, jak farmaceuci kiwają głowami, a ja już drzę przed koncernami – aby na przykład o połowę zmniejszyć liczbę miejsc refundacyjnych i aby był publiczny przetarg. Na listę refundacyjną wejdą te preparaty, których oferta cenowa będzie najkorzystniejsza, mówię tak ogólnie, dla budżetu państwa. Jest to przedsięwzięcie tyleż rozsądne, co niebezpieczne i trochę ryzykowne, dlatego że widzieliśmy, co może się dziać w momencie ingerencji w rynek farmaceutyczny na terenie Polski, a wiemy, że leki są u nas stosunkowo drogie, dopłaty pacjentów do leków łącznie z refundowanymi są również jednymi z największych w Europie. Co za tym idzie, jeszcze wcześniej będziemy nowelizować ustawę – Prawo farmaceutyczne, gdzie wiele zapisów jest, jak oceniają eksperci, wręcz niezgodnych z konstytucją. Chcemy w nowej nowelizacji dać prawo pacjentowi do dostępu do informacji, ile lek kosztuje, aby miał tego świadomość, chcemy, żeby przy każdym zamienniku mógł usłyszeć cenę. Powiem szczerze, że nie jesteśmy zwolennikami sztywnych zapisów co do marży, wydaje nam się, że powinniśmy jednak pozwolić na stosowanie rabatów, co w konsekwencji zawsze przyniesie pacjentowi korzyść. To tak z grubsza.

Pan przewodniczący powiedział: piętnaście minut, mam nadzieję, że w tym czasie się zmieściłem. Są przyjęte pewne założenia co do kierunków, niełatwe, ale będziemy starali się realizować je z pełną determinacją.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo dziękuję, Panie Ministrze.
Czy są pytania do pana ministra?

(Senator Stanisław Gogacz: Ja mam pytanie.)

Bardzo proszę, pan senator Gogacz.

Senator Stanisław Gogacz:

Panie Ministrze, była już przeprowadzana tak zwana reforma ubezpieczeń zdrowotnych, czyli zamiana systemu budżetowego na system kas chorych, a następnie na Narodowy Fundusz Zdrowia. Prawdę mówiąc, jeżeli chodzi o kasy chorych, a już szczególnie o Narodowy Fundusz Zdrowia, to było to quasi-budżetowe. Na pewno nie była to rewolucja, jeżeli chodzi o realizowanie świadczeń zdrowotnych, a w każdym razie okazało się, że to nie była rewolucja. To, co państwo proponujecie, jeżeli chodzi o świadczenia zdrowotne, jest rewolucją – mam na myśli zmianę ustawy o zakładach opieki zdrowotnej na ustawę o spółkach.

I moje pytanie. Znamy takie formy funkcjonowania spółek, gdzie jest organem założycielskim, gdzie posiada jakby pełnię kapitału, pełnię praw, jednostka publiczna. Są na przykład tego rodzaju szpitale w Zamościu. To jest tak zwana spółka z pełnym udziałem samorządu...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To znaczy ze 100% udziałem samorządu.

I teraz mam następujące pytanie: czy ministerstwo, proponując nam status spółek... No bo jeżeli my przyjmiemy ustawę, kiedy głównym organem założycielskim, który będzie decydował o tym, jaki status będą posiadali świadczeniodawcy, będzie marszałek... Wiemy, że jest trend, żeby szpitale powiatowe przekazywać marszałkom, wiemy też, że układy polityczne w sejmikach samorządowych pokrywają się z układem rządowym – chyba w większości albo prawie we wszystkich sejmikach. Czyli jeżeli będzie ustawa o spółkach, to te spółki po prostu będą, trzeba się z tym pogodzić, dlatego spoczywa na nas – myślę, że to, co mówię, jest truizmem – ogromna odpowiedzialność. A zatem czy państwo przeanalizowaliście, jak funkcjonują spółki samorządowe, w które zostały przekształcone szpitale, działające według ustawy o zakładach opieki zdrowotnej? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Grzegorek:

Dziękuję, Panie Senatorze, za to pytanie, bo akurat tutaj doświadczenia są dobre, żadna z tych spółek nie jest w procesie upadłościowym, a większość z nich sobie bardzo dobrze radzi i nie generuje żadnych strat.

My oczywiście analizujemy wszystkie za i przeciw. Przenosząc ciężar założycielski na barki marszałka, chcemy jakby odtworzyć propozycje pana profesora Religi co do sieci szpitali, tylko my uważamy, że najlepszym rozwiązaniem jest to, aby sieć szpitali wybrali pacjenci, głosując nogami, żeby to oni wybrali, gdzie chcą się leczyć. Każda decyzja administracyjna podjęta w Warszawie zawsze będzie budziła wątpliwości, najlepiej ocenić potrzeby zdrowotne na swoim terenie jest w stanie samorząd, to właśnie marszałek i jego departamenty, jak popatrzą na swój teren, potrafią bezbłędnie to ocenić. Tak uważam.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Panie Senatorze, cały czas staramy się odchodzić od polityki. Oczywiście, w ramach ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, jeśli pan ją uważnie przeczytał, jest zabezpieczenie, że nie może być pełnej prywatyzacji, zbycie udziałów w wysokości ponad 51% jest nieważne z mocy prawa – to są nasze zapisy – zbycie powyżej 75%, jeśli chodzi o szpitale kliniczne, jest nieważne z mocy prawa. Tak że my sami ograniczamy możliwość prywatyzacji, zawsze ta jednostka będzie tak zwana jednostką publiczną, pod nadzorem publicznym, czyli nadzorem ludzi, którzy zostali przez swoich wyborców wybrani.

Mamy świadomość jednej rzeczy, mianowicie że będzie trudniej o zaangażowanie środków prywatnych w takich jednostkach. Jeżeli my proponujemy, aby hipotetyczny zysk, który wypracuje dana spółka, był w całości przekazywany na działalność statutową, i ograniczamy możliwość prywatyzacji, bo jednak to będzie zawsze publiczny zakład, ponieważ musi mieć co najmniej 51% udziałów, to pytanie jest takie: na ile jesteśmy w stanie zaangażować w takie spółki kapitał prywatny? Kto zechce to zrobić? Ale na to pytanie otrzymamy odpowiedź w przyszłości, dzisiaj już wiemy, że zakłady niepubliczne działające jako spółki prawa handlowego, gdzie w 100% właścicielem jest samorząd, radzą sobie naprawdę dobrze. My idziemy w tym samym kierunku.

I proszę zwrócić uwagę, Panie Senatorze, na jeszcze jedną rzecz. Otóż obligatoryjne przekształcenie w spółkę nastąpi tylko wtedy, kiedy szpital będzie chciał przystąpić do drugiego programu, do konwersji zadłużenia. Wtedy będzie to dla nas gwarancja, że publiczne pieniądze nie pójdą na marne, bo to przekształcenie zabezpieczy przed zadłużaniem. A co do innych jednostek, to nie ma przymusu, jest pełna dobrowolność w tym względzie. W przypadku innych jednostek mogą o to wnosić dyrektor jednostki, organ założycielski bądź co najmniej 51% załogi. Taka jest propozycja procedury.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Krajczy się zgłasza.
Bardzo proszę.

Senator Norbert Krajczy:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Ministrze, przepraszam, że akurat zapytam o konkrety, ale od piętnastu lat jestem dyrektorem, od pięciu lat placówka nie ma długów, 2007 r. zakończyła też bez długów, zatrudnionych jest w niej ośmiuset pracowników...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Koniec wstępu.

Otóż jest taka rzecz, która mnie uwiera. Chodzi o podatek VAT, który ja jako zakład publiczny mam do odpisu, gdyby to była normalność, w wysokości 2 milionów 500 tysięcy zł rocznie. Co mnie konkretnie uwiera? Amortyzacja, tak zwane liczenie – kiedy mój organ założycielski nie bardzo rozumie, co to jest amortyzacja, kiedy ja oczywiście mam stratę, nie mam długu, kiedy pewne absurdy... Przepraszam, ale ja w kontraktach nie mam zabezpieczonych środków finansowych na to, żeby amortyzację odtworzyć, po prostu nie mam.

I następna rzecz. Pan minister mówił o spółkach. Oczywiście, zastanawialiśmy się nad tym, bo skoro na dzień dzisiejszy czapa powiatu w moim przypadku jest taka, że to jest organ, który ewentualnie może odwołać dyrektora i nic więcej, bo nie ma wpisu ustawowego, że może ewentualnie pewne rzeczy w swojej działalności finansowej przekazać na swoją jednostkę...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Nawet musi...)

Nie jest tak, Panie Przewodniczący.

Chciałbym odnieść się do spółki. Bardzo dobrze, niech to będzie spółka, ale spółka prawa handlowego, a nie spółka non profit.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jak, jak?)

Nie spółka non profit, bo spółka non profit, niestety, nie jest układem, w który wejdzie ktoś, kto jest rozsądny i dba o własne pieniądze, które będzie musiał zabezpieczać, jak pan powiedział, jeżeli dojdzie do długu.

Kolejna sprawa. Drodzy Państwo, to nie jest przecież wielką rzeczą, żeby stwierdzić, że na dzień dzisiejszy większość problemów jest w płaceniu za punkt. Jeżeli mam oddziały zabiegowe, to raczej na każdym z nich, chociażby na chirurgii ogólnej, urazowej, intensywnej terapii, są procedury, które de facto rozkładają ten oddział. Jeżeli przykładowo trafi się dwóch pacjentów z ostrym zapaleniem trzustki – temat zamknięty. Ja przepraszam, że o tym mówię, nie czynię tego dlatego, że akurat nie potrafię zbilansować wszystkiego. Chodzi mi o taką rzecz: jak ja negocjuję, w cudzysłowie oczywiście, z Narodowym Funduszem Zdrowia, to de facto nie ma kryteriów. Gdzie są certyfikaty jakości? Ja już nie mówię o ISO, mówię o tym, że mam blok operacyjny ze śluzami, mam centralną sterylizację, a dostaję tyle samo co jednostka, która tego nie ma. I w związku z tym już na dzień dobry ponoszę 30% kosztów. I co ja mam odtworzyć? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Przepraszam, że wchodziłem w słowo, ale w ustawie jest zapis, nierealizowany co prawda, mówiący o tym, że samorząd powinien, jeśli jednostka się zadłuży, pokryć zadłużenie lub przekształcić w jednostkę budżetową zakład budżetowy, czego samorządy unikają jak ognia, bo...

(Senator Norbert Krajczy: Przykładowo tak zwanych znaczonych pieniędzy nie ma, jak na szkoły na przykład.)

Nie ma, nie ma.

(Brak nagrania)

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Grzegorek:

Dziękuję.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, Panie Senatorze, za chwilę o tym powie przedstawiciel departamentu merytorycznego. My te bolączki znamy, w zasadzie one są od dawna, ja wiem, że dzisiaj...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Z panem senatorem Okłą mieliśmy ten problem od dawna, bo jako pierwszy szpital w województwie dostaliśmy pełne ISO i akredytację i mieliśmy mieć z tego tytułu dodatkowe środki w kontrakcie, a okazało się, że wszystko skończyło się na obietnicach.

Co do VAT i amortyzacji, to bardzo proszę, Panie Dyrektorze, o odpowiedź. Chyba trzeba by prawo unijne zmieniać...

(*Głos z sali:* Nie, minister był ostatnio na spotkaniu dotyczącym naszego budżetu, powiedział, że taka możliwość istnieje co do VAT. Jest taka możliwość i będziemy o to wnosili.)

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

Według naszej wiedzy – pozwolę sobie za panią dyrektor Jazgarską rozpocząć – nie ma takiej możliwości, bo usługi medyczne, zgodnie z prawem unijnym, nie są objęte VAT. Taka zmiana musiałaby zostać dokonana na poziomie Komisji Europejskiej i wtedy dopiero mogłaby być zgłoszona nasza inicjatywa, która będzie zmierzała w tym kierunku.

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz:* Ponieważ usługi nie są objęte VAT, to VAT nie można odliczać, tak?)

Dokładnie tak. Być może te różnice wynikają z traktatów akcesyjnych, gdzie kraje mają wyznaczone okresy przejściowe, dotyczące tej regulacji. Prawdopodobnie na tym rzecz polega, ale my nie występowaliśmy o tego typu...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jak rozumiem, zarządzający jednostkami nie bardzo mogą liczyć na to, że będzie jakaś ulga w VAT.

I amortyzacja. Bardzo proszę.

(*Brak nagrania*)

**Dyrektor Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji
w Ministerstwie Zdrowia Elżbieta Jazgarska:**

Jeszcze uzupełnienie odnośnie do podatku VAT. Ponieważ usługi zdrowotne są zwolnione z VAT i określa to szósta dyrektywa unijna, to każda zmiana wymagałaby zmian na tym poziomie, czyli poziomie Unii. Myśmy jako Ministerstwo Zdrowia zwracali się do Ministerstwa Finansów, bo ono jest bardziej właściwe w tej sprawie, żeby podjąć takie działania, gdyż bardzo korzystne byłoby ustalenie najlepiej zerowej stawki VAT dla zakładów ochrony zdrowia, żeby można było odliczać ten podatek.

Przejdę teraz do amortyzacji. Jest ona, jak wszyscy wiemy, elementem kosztów, jest to czasem tak zwany papierowy koszt. Ale w zdrowej gospodarce ten koszt odgrywa pewną rolę. Chodzi o to, że aby można było odtwarzać majątek, powinno się ponosić nakłady na odtwarzanie majątku trwałego. W przypadku kiedy byłyby dochody jednostki kompensujące koszty, a tak w zasadzie powinno być, wtedy możliwe byłoby odtwarzanie majątku. Te nakłady trzeba również ponosić. Nie stosuje się tego, chodzi o amortyzację, wyłącznie w jednostkach budżetowych, gdzie wszystkie wydatki są ponoszone z budżetu, w związku z czym nie ma jakby...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak, tak, tylko my analizowaliśmy sytuację zakładów opieki zdrowotnej na potrzeby prac dotyczących konwersji długów i mamy świadomość, że właśnie amortyzacja jest takim trochę papierowym kosztem i wpływa na zmniejszenie wyniku finansowego. Dlatego właśnie odejmujemy ten koszt i chcemy pokazać w tych pracach, przy ocenie właśnie... Chodzi o to, żeby nie wpływało to negatywnie na wynik. My robimy te analizy w ramach prac nad konwersją długu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jak rozumiem, obecnie trwają prace nad rachunkiem kosztów i nad planem kont, tak? Nie wyobrażam sobie, żeby amortyzacja była nieuwjęta w rachunku kosztów, bo zdrowa gospodarka musi polegać jednak na odtwarzaniu majątku.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

(*Dyrektor Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia Elżbieta Jazgarska:* Będzie jednym z kosztów, raczej powinno tak być.)

(*Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Grzegorek:* Jeżeli pan przewodniczący pozwoli, to ja jeszcze bym poprosił pana prezesa Grabowskiego o zabranie głosu.)

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Padło stwierdzenie pana senatora dotyczące wyceny. Ja oczywiście generalnie zgadzam się z tym, że wyceny Narodowego Funduszu Zdrowia w wielu wypadkach są błędne, zarówno in minus, jak i in plus. Pan senator dyrektor podkreśla, że placówka się bilansuje. W takim globalnym ujęciu to oznacza, że przy dużej statystyce zdarzeń na wszystkich oddziałach i w komórkach organizacyjnych szpitala udaje się wyjść na zero albo na jakiś tam plus. Ale chcę powiedzieć, że rzeczywiście sytuacja nie jest dobra. Dobra wycena świadczeń to jest zadanie naprawdę niebanalne.

My próbujemy przygotować projekt jednorodnych grup, który może nie cieszy się zbyt dużym wzięciem, jeśli chodzi o prasę, o ocenę i wypowiedzi niektórych osób na ten temat. Ale chcę powiedzieć, że to jest poszukiwanie właśnie rozwiązania systemowego. Nawet gdybyśmy zrobili wycenę świadczeń idealnie, na najlepszych wzorcach amerykańskich czy francuskich, to i tak zawsze będą świadczenia, które nie będą się mieścić w tej cenie, którą fundusz ustanowi. Generalnie cena powinna korespondować z kosztami i to jest dla mnie pewien dogmat, który...

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Z wszystkimi kosztami. Rzecz polega na tym, że my nie potrafimy swojego systemu wyceny czy taryfikacji zasiląć dobrą informacją o kosztach, takie są doświadczenia z przeszłości, one teraz się potwierdzają w agencji, w zespole ekonomicznym, który się próbuje z tym problemem uporać. Rachunek kosztów jest prowadzony bardzo różnorodnie w jednostkach i nie ma dostatecznie dobrej metody, żeby jakąkolwiek statystykę prowadzić na tych danych, bo te dane tak bardzo się różnią. Pierwsza rzecz, jaką trzeba zrobić bez wątpienia, to ten rachunek kosztów w miarę ujednolicić, wybrać te jednostki, które rachunek kosztów prowadzą na takim poziomie, że można z niego wyciągać wiedzę na temat kosztów poszczególnych świadczeń, gdzie nośnikiem kosztów jest pacjent. My jesteśmy w stanie, zebrawszy ową informację, docierać do informacji kosztowej. Teraz ten koszt i później wyznaczona cena za świadczenie różnią się

w zależności od paru podstawowych elementów. Takim elementem jest oczywiście rozpoznanie podstawowe, zgodnie z którym pacjent jest leczony, procedura, która na okoliczność tego rozpoznania została wdrożona, choroby współistniejące, które mogą znakomicie zmieniać cenę takiej pozycji w jakimkolwiek katalogu, czas pobytu pacjenta, bo to jest element bardzo istotnie różnicujący cenę i w ogóle koszt leczenia pacjenta, i na koniec tryb przyjęcia, czyli to, czy pacjent został przyjęty w trybie nagłym, czy planowym. Te wszystkie elementy tradycyjnie we wszystkich systemach, które sięgają po wiedzę o kosztach przy wycenie świadczeń, wskazuje się jako elementy różnicujące. Dopiero mając taką informację, można zaproponować sensowny system wyceny, który dzieliłby ryzyko między płatnika a realizatora. A ryzyko jest zawsze, zawsze jest tak, że my ryzykujemy, że zapłacimy za dużo, a pacjent zostanie obsłużony stosunkowo tanio i na odwrót, kiedy na przykład ta przysłowiowa trzustka do państwa trafi i pociągnie za sobą wielusettyśne wydatki, a my zapłacimy niewspółmiernie kiepską średnią wartość.

A więc stworzenie dobrego systemu dzielącego to ryzyko to jest zadanie niebałne. Próbuje się z tym zmierzyć, opierając się na od dziesięcioleci znanych wzorach. Ale jest potrzebna puenta w postaci dobrego rachunku kosztów i wiedzy o ponoszonych kosztach, bo wtedy dopiero można sensownie ustawić parametry tego systemu. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Mam pytanie do pana prezesa jako człowieka, który był w kasach chorych, a potem w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zaczynaliśmy z 24 miliardami zł w 1999 r., obecnie mamy 45 miliardów zł. Jakie pana zdaniem są przyczyny napięć i frustracji w naszej służbie zdrowia, właśnie z punktu widzenia Narodowego Funduszu Zdrowia?

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

To nie jest jedna przyczyna, to jest cały zespół przyczyn i na pewno moja lista będzie niekompletna. Myślę, że każdy mógłby dołożyć jeszcze kolejne pozycje.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Tak, ale mnie interesuje...)

Po pierwsze, to nie są mimo wszystko te same pieniądze, bo część z nich na przestrzeni dekady zjadła inflacja, o tym jednak nie zapominajmy. No ale te kwoty są znacząco wyższe.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ja powiedziałbym tak: w 1999 r. inflacja już była bardzo niska, cel inflacyjny w gruncie rzeczy jest realizowany, więc można powiedzieć, że gdybyśmy nawet odjęli te 10% czy nawet 12% na inflację, to mamy w dalszym ciągu obiektywny ilościowy wzrost nakładów.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Absolutnie tak, ale przypominam, że to była cała dekada, więc ta inflacja jednak tutaj jest skumulowana.

Po drugie, to już nie jest ta sama medycyna, jaka była w roku 1999. Jest wiele takich obszarów, na przykład kardiologia interwencyjna, która w roku 1999 była jakimś takim epizodem w działalności ochrony zdrowia, a teraz to jest...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, i takich obszarów jest zdecydowanie więcej. Leky to kolejny obszar, który poszerzył swój przydział w torcie środków finansowych, co bardzo wyraźnie widać na przestrzeni tych lat. To jest problem, o którym pan minister mówił, że trzeba rzeczywiście zacząć się z nim zmagać, bo mechanizmy, które do tej pory wytworzyliśmy, nie spełniają wymogu transparentności i wymogów ograniczających. Jeśli nie będzie nad tym kontroli, to poszerzanie tego obszaru będzie następowało, a możliwości poszerzania wedle naszej wiedzy z innych państw są nieograniczone. Wizja na przykład 40% budżetu płatnika przeznaczanych na refundację też jest do wyobrażenia. Tak więc naprawdę trzeba się z tym problemem zmagać.

Kolejna sprawa to zupełnie inna struktura właścicielska podmiotów, z którymi fundusz zawiera kontrakty. Wciąż mówimy o prywatyzacji, z tym że w wielu rodzajach świadczeń ona się już definitywnie dokonała. Oczywiście dotyczy to POZ, ale nie tylko, także i stomatologii, właściwie w wielu regionach nastąpiła już kompletna prywatyzacja i rozmnożenie podmiotów kontraktujących, a co za tym idzie, jest większa dostępność do świadczeń, zdecydowanie większa ilościowo. Ale jest też jest inna świadomość pacjenta, zupełnie inne oczekiwania, w porównaniu z rokiem 1999 różnice są bardzo duże.

Myślę, że nieszczęście polega też na tym, że my nie mamy jednolitego systemu sprawozdawczego i nie jesteśmy w stanie dość dokładnie pokazać, zwłaszcza fundusz, który nie ma ciągłości z kasami chorych, z pierwszym funduszem, bo teraz jest drugi fundusz... Zmiany w sposobie kontraktowania powodują, że nie do końca jesteśmy w stanie pokazać wszystkie trendy, które miały miejsce. Ale w moim przekonaniu jest zdecydowanie więcej realizowanych świadczeń, często nawet nieracjonalnie dużo, o tym też była mowa wielokrotnie, że system finansowania świadczeń przez fundusz wzmacnia wykonanie i taki obrót pacjentem: opłaca się go wielokrotnie przyjąć, a nie do końca załatwić sprawę, bo załatwienie sprawy zwykle byłoby jednostkowo kosztowne. W związku z tym rozkłada się to, co można załatwić za jednym razem, na wiele epizodów.

A poza tym niestety – teraz może troszkę ryzykowną tezę przedstawię – wprowadzenie płatnika wymusiło wysoką efektywność w szpitalach, przy kiepskim wzroście uposażeń pracowników, nastąpił pewien dysonans między coraz większymi wymaganiami, jeśli chodzi o liczbę realizowanych świadczeń, a utrzymującymi się relatywnie do innych grup zawodowych niskimi płacami. To zbudowało spore pokłady frustracji.

Takie elementy ja bym wymienił, ale jeszcze raz podkreślam, że pewnie ta lista może być jeszcze o wiele dłuższa.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję.

Przy mówieniu o uszczelnianiu systemu odpowiedź właśnie na to pytanie jest kluczowa, pytanie, które stawia każdy, kto patrzy na skalę obiektywnego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia: czy tymi działaniami, które są planowane, uszczelniamy system, jednocześnie realizując cele tego systemu, jakim jest bezpieczeństwo zdrowotne?

(Brak nagrania)

Senator Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Kilka refleksji, którymi chciałbym się podzielić.

Panie Ministrze, zacznę od „białego szczytu”, bo od tego zaczął pan minister. Czy pan minister uważa, że podział na zespoły, które będą pracować nad pewnymi zagadnieniami, nie nada pracom takiego trochę jałowego biegu? Wszystkie działania w służbie zdrowia są na zasadzie naczyń połączonych, jeśli będziemy mówili o pensji, będziemy mówili o przekształceniach, będziemy mówili o prawach pacjenta, to będziemy mówili o systemie, prawda? Wydaje mi się, że te cztery czy pięć zespołów, bo słyszałem, że jeszcze ma być zwiększona liczba tych stolików, może doprowadzić do zbyt długich, nie bardzo owocnych prac. To taka moja uwaga. Po prostu sądzę, że jeden stolik przy ograniczonej liczbie osób – mówię o ograniczeniu ilościowym, nie o braku reprezentatywności – byłby chyba lepszym posunięciem.

W temacie dzisiejszego posiedzenia było uszczelnienie systemu. Siedzi pan minister naprzeciwko dwóch dyrektorów szpitali – ja już nie jestem dyrektorem – sam pan też był dyrektorem. Jak ja bym zapytał rok temu: Panie Dyrektorze, czy pan racjonalnie wydaje środki w swoim szpitalu, to by pan mi powiedział, że pan już zrobił takie zaciśnięcie pasa, że już bardziej zacisnąć nie można. Ja zrobiłem takie zaciśnięcie pasa, że już nic więcej nie można, i ponieważ my zaciskaliśmy pasa jako dyrektorzy i jako organizatorzy służby zdrowia, pracownicy tego nie wytrzymali, bo najbardziej oni właśnie odczuwają to zaciskanie pasa. My dbaliśmy o dobro pacjenta, wszyscy pracownicy, pielęgniarki, lekarze, wiedzieli, że najważniejszy jest pacjent, więc ten pacjent w jakiś sposób się nie buntował. My nie mamy protestów pacjentów, tylko mamy protesty pracowników służby zdrowia, ponieważ nie mamy pieniędzy, tych pieniędzy jest za mało. Tutaj pan minister nie powiedział o tym, czy „biały szczyt” będzie w ogóle rozpatrywał poszukiwanie możliwości zwiększenia finansowania służby zdrowia. A to jest zasadnicze pytanie: czy będziemy tylko rozmawiali o uszczelnianiu systemu, czy będziemy tylko rozmawiali na temat usprawniania systemu, czy również będziemy poszukiwali zwiększenia finansowania?

I odpowiem jeszcze panu przewodniczącemu, że ten dwukrotny wzrost prawie się pokrywa ze stopniem inflacji przez dziesięć lat. Tak naprawdę jest, pan przewodniczący się dziwi, ale bardzo proszę sobie to przeliczyć, to praktycznie rzecz biorąc jest wskaźnik inflacji – w ciągu dziesięciu lat.

I jeszcze takie praktyczne pytanie odnośnie do tych stolików, ponieważ ja jako wiceprzewodniczący komisji dostałem pismo od pani minister z prośbą o wyznaczenie... Ale ja nie wiem, czy ja mam sam siebie wyznaczyć, czy kogoś z członków komisji. A więc takie pytanie praktyczne, bo zaczęły już działać te stoliki, zaś my jeszcze nie zgłosiliśmy ani swoich kandydatów, ani osób, które ewentualnie miałyby brać w tym udział. Nie wiem, tak było sformułowane pismo, czy ja mam się sam zapisać, czy mam wyznaczyć kogoś ze swoich kolegów z komisji. Nie wiem, nie rozmawialiśmy na ten temat. Tak więc moja prośba o wyjaśnienie.

Moglibyśmy rozmawiać o wielu kwestiach, ja tylko dwie, trzy sprawy poruszę i poproszę pana ministra czy kogoś z państwa o wyjaśnienie. Czy w państwa wizji funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej jest – nie wiem, czy ja dobrze rozumiem – plan przekazania wszystkich szpitali powiatowych w gestię samorządów wojewódzkich? To jest bardzo ważne pytanie. I w którym momencie ma to nastąpić, czy w mo-

mencie przekształcania, wcześniej, czy później? To jest bardzo istotne, bo co z tym długiem, wszystkie szpitale powiatowe, z wyjątkiem szpitala pana dyrektora – nie tylko, ale prawie wszystkie szpitale... Bardzo proszę też powiedzieć, jeśli pan minister ma taką informację, jak duża część szpitali jest zadłużona, jak kształtuje się to zadłużenie i jaka jest obecnie dynamika zadłużenia, czy to zadłużenie wzrasta, maleje, a może utrzymuje się na tym samym poziomie.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

53%, jak słyszałem, ale jakoś wątpię bardzo, Panie Dyrektorze, czy to jest możliwe. Czy prywatne szpitale też są brane pod uwagę? Nie, tylko publiczne, tylko publiczne. Ja mówię obecnie o szpitalach zadłużonych – 53% szpitali ma zadłużenie, 47% nie ma zadłużenia.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale ja pytam o szpitale, Panie Dyrektorze, konkretnie, mnie nie chodzi o zakłady. Proszę państwa, całe zadłużenie generują szpitale, więc nie manipulujemy tutaj zakładami opieki zdrowotnej. Ja zadaję pytanie o szpitale, nie o zakłady opieki zdrowotnej, bo ja wiem, że przychodnie nie mają zadłużenia, że NZOL nie będzie miał zadłużenia. Mnie chodzi tylko o szpitale, bo tutaj jest zadłużenie, słyszeliśmy, że jeden ze szpitali klinicznych ma zadłużenie w wysokości 200 milionów zł. Wspaniała akcja Owsiaka przyniosła 50 milionów zł i z tego się cieszymy. Cztery lata by musiał ten człowiek pracować, żeby jeden szpital oddłużyć, cztery lata pracy jednej fundacji. Problem jest olbrzymi. Tak że nie chodzi nam o liczbę zakładów, tylko o liczbę szpitali, publicznych szpitali, o to, ile z nich jest zadłużonych, ile nie.

I kolejna sprawa, dodatkowe ubezpieczenia. Mam, Panie Ministrze, poważne wątpliwości, czy ten wyciszony okres funkcjonowania szpitali pozwoli na realizowanie tego. Raczej była trochę inna koncepcja, o czym innym się mówiło do tej pory. Przynajmniej w debatach publicznych mówiło się o wprowadzeniu dodatkowych ubezpieczeń wtedy, kiedy będziemy wprowadzać koszyk. A więc czy dodatkowe ubezpieczenia będą wchodziły równoległe z koszykiem, czy nie? Pan minister kiwa głową, że tak, ale rozumiem, że chyba nie, ponieważ państwo złożyliście już ustawę o dodatkowych ubezpieczeniach, a ustawy o koszyku nie złożyliście do łaski marszałkowskiej, więc nie wiem, czy to będzie równoległe. No chyba, że będą czasy wprowadzania równoległe, powiedzmy od 1 stycznia 2009 r.

Zabrakło mi, Panie Ministrze, informacji – ale na pewno pan będzie mógł na ten temat coś powiedzieć – o informatyzacji. To jest bardzo ważna, istotna sprawa i bardzo proszę o informacje na temat tego, jak daleko są zaawansowane prace i czy myślicie państwo o wprowadzeniu RUM, bo to jest w tym uszczelnieniu chyba najważniejszy element. Taka jest prawda.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Ponieważ koledzy mówią, Panie Przewodniczący, że już starczy, to ja dziękuję.

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

(Brak nagrania)

(*Głos z sali:* Mam prośbę o odpowiedź na jedno moje pytanie, jeżeli chodzi o uszczelnianie. 30% kosztów mojej placówki, która powstała pierwsza w swoim rodzaju w kraju w 2000 r., to są koszty POZ. Czy państwo monitorujecie diagnostykę POZ, oprócz tego, że państwo im płacicie? Ewentualnie jak chcecie monitorować, to krzyczą, że będą strajkować!)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Rzeczywiście, bardzo tu brakuje pana ministra Twardowskiego, wielkiego rzecznika.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

No cóż, każdy gdzieś kiedyś pracował, ja rozumiem, że pan minister Twardowski obecnie jest ministrem, kiedyś był negocjatorem Porozumienia Zielonogórskiego, teraz tam są inni negocjatorzy i ja z nimi ową sprawę negocjuję. Od zawsze stoję na stanowisku, że POZ powinien sprawozdawać. Będę przy tym się upierał. Ale obiektywnie rzecz biorąc, zawsze stawaliśmy przed takim oto dylematem: czy mamy stawiać to jako *sine qua non* podpisania umów i wchodzić w konflikt, czy też nie?

Aktualne ustalenie brzmi następująco: z końcem marca Porozumienie Zielonogórskie i wszystkie POZ tam zrzeszone zaczynają sprawozdawać porady, po numerach PESEL. Nie mówię o zbiorczych sprawozdaniach, które niewiele wносиły. To jest dla nas bardzo istotne, bo to stwarza możliwość śledzenia ruchu pacjenta w systemie, bo przecież zupełnie inaczej należy konstruować narzędzia finansowania, kiedy pacjent jest przede wszystkim leczony w POZ, a inaczej, kiedy on szybko trafia do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej albo do szpitala przy każdej możliwej okazji. Oczywiście z dużym utęsknieniem czekamy na ową porcję danych, bo tego typu próby jak finansowanie kapitałowe leczenia pacjentów z cukrzycą czy z innymi chorobami przewlekłymi mają sens tylko wtedy, kiedy dobrze widzimy, jak ten pacjent krąży po systemie.

Ostateczna deklaracja z drugiej strony padła, że będzie to w marcu rozstrzygnięte, czyli wtedy zaczną po prostu sprawozdawać. Tyle mogę na ten temat powiedzieć. Obecnie 1/3 POZ sprawozdaje, to też nie jest tak, że nikt nie sprawozdaje.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Jest to też chyba kwestia umiejscowienia POZ w systemie, tego, czy chcemy, żeby on był głównym graczem w systemie, czyli leczącym, czy też stworzymy takie mechanizmy, przy których opłaca się mu być stacją rozrządową. To jest oczywiście ogromny problem, ale widzę, że żywy, bo także przedstawiciele związku zawodowego pielęgniarek ochotnie reagowały na wątpliwości zgłaszane przez pana dyrektora, pana senatora.

Bardzo proszę, Panie Ministrze, chciał pan odpowiedzieć.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Grzegorek:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Mamy problem taki – tu pan prezes tego nie poruszył – że tak naprawdę w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej Narodowy Fundusz Zdrowia nie kontraktuje

leczenia, nie kontraktuje leczenia, tylko kontraktuje głowę. I w połączeniu z bardzo ubogą sprawozdawczością efekty są takie, że mamy odwróconą piramidę. Z tego również powodu jest zbyt dużo hospitalizacji. Oczywiście część z nich to są – i to musimy sobie jako dyrektorzy powiedzieć szczerze – hospitalizacje chybione i zawinione przez nas, bo takie nam stworzono w pewnym momencie warunki i możliwości pozyskiwania środków na funkcjonowanie. To też musimy sobie szczerze powiedzieć. Dzisiaj byłoby idealną sytuacją, gdyby można było się porozumieć ze środowiskiem prostym komunikatem. Tak naprawdę hospitalizacji... Jeżeli popatrzymy, o ile się zwiększyła ich liczba na przestrzeni ostatnich lat, to zauważymy, że jest to olbrzymia ilość, to jest o półtora miliona więcej przypadków. I to już nam pokazuje, co się dzieje. Wszystkie wskaźniki zdrowotne społeczeństwa się poprawiają, im dłużej w Unii, tym lepiej, a hospitalizacji jest coraz więcej.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Powiem panu, Panie Senatorze, że znam szpitale, i to nie jeden, gdzie jak pacjent trafi na izbę i on z tej izby bądź z SOR wyjdzie do domu, a nie zostanie skierowany na oddział, to na drugi dzień lekarz tłumaczy się przed dyrektorem. Z czego to wynika? Ano również z pewnej niedoskonałości ustawy o państwowym ratownictwie medycznym. Jedzie ratownik bez lekarza, nie jest w stanie postawić diagnozy i zaproponować czegoś przy zachorowaniu, bo on sobie świetnie radzi, ale w sytuacjach ekstremalnych, w wypadkach, w tym, do czego jest powołany. I co wówczas robi? Zabiera człowieka na nosze, wiezie go na SOR czy na izbę przyjęć i tam chory jest zaopatrywany.

Powróć do „białego szczytu”. My nie narzucaliśmy jako ministerstwo żadnych kryteriów doboru, jeżeli chodzi o grupy tematyczne czy przedstawicielstwa. To na posiedzeniu komitetu sterującego została przyjęta taka formuła, być może ona będzie poszerzona, jeśli będą propozycje takie, które można oczywiście zaakceptować. Pan senator będzie oczywiście miał możliwość przedstawić swoje zdanie. Nie widzimy żadnych przeszkód, staramy się być raczej moderatorem niż instytucją, która narzucałaby swoje zdanie.

Możliwość wzrostu finansowania. Nie powiedziałem o tym, ale mówiła o tym dwa tygodnie temu pani minister, że chcemy, aby od 2009 r. ratownictwo medyczne było finansowane z budżetu, nie tylko to przedszpitalne, ale również to szpitalne, które jest dzisiaj niedoszacowane, opłacane ryczałtowo, z reguły obsługa SOR obecnie dwukrotnie przekracza ryczałty. Proszę zwrócić uwagę, że nie mówimy kategorycznie, że nigdy nie będzie podnoszenia składki albo że jest to absolutnie niepotrzebne. Wiemy dzisiaj jedną rzecz, że jeżeli podnieśliśmy składkę do 11%, czyli o 2%, to jedynie moglibyśmy spełnić oczekiwania płacowe tak zwanych pracowników sfery budżetowej. A więc 2% składki poszłoby tylko i wyłącznie na pensje, bez żadnej gwarancji lepszej jakości usług. Wiem, że na lepszą jakość usług wpływa też zadowolenie pracownika, jego zaangażowanie w pracę, to jest oczywiste, ale żadna inna poprawa warunków dla pacjenta by za tym nie szła. Panie Senatorze, być może, że taka decyzja ostatecznie zapadnie, że trzeba zwiększyć finansowanie ze środków publicznych poprzez wzrost składki, ale najpierw chcemy wykonać wszystkie rzeczy, które wydają nam się konieczne, a jeżeli nie będzie efektu, proponujemy wtedy podniesienie składki, a nie odwrotnie. Dzisiaj, szczerze powiedziawszy, dość proste byłoby dla premiera powiedzieć: podniesiemy składkę, bo byłaby prawdopodobnie na to zgoda i byłaby akceptacja. Myślę, że większej odwagi wymaga dzisiaj powiedzenie: naprawiamy system, a jeżeli konsekwen-

cją naprawiania będzie konieczność podniesienia składki, bo uznamy, że jest tych środków za mało, to tak zrobimy. Jest to oczywiście nasze zdanie i nasza propozycja funkcjonowania resortu i rządu, jeżeli chodzi o ochronę zdrowia.

Szpitala. Tak, prawie połowa szpitali nie ma dzisiaj zadłużenia wymagalnego...
(*Senator Stanisław Karczewski: Szpitali?*)

Tak, szpitali.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

To wynika również z pożytku, jaki przyniosła ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej z 15 kwietnia 2005 r., bo jednak część zakładów z tego skorzystała, uregulowano nie tylko zobowiązania wynikające z tak zwanej ustawy 203, ale i inne publiczne zobowiązania, także część cywilnoprawnych. Chyba 93% zakładów, które przystąpiły do ustawy, zakończyło swoje procesy restrukturyzacyjne i jest to podpisane przez ministra, czyli automatycznie doszło tam do umorzenia zadłużenia. Myślę, że to wszystko razem składa się na ten obraz, który wydaje się lepszy.

Dynamika. Spadek zadłużenia w 2006 r. i do połowy 2007 r. był bardziej zauważalny niż obecnie. Kiedy wejdzie sprawozdawczość umorzeń wynikających z zakończenia procesu restrukturyzacyjnego, będziemy znowu widzieli takie przyspieszenie. Wtedy wynikało to z wejścia w program, w ustawę, w części z przekwalifikowania długów krótkoterminowych na wieloletnie. To wpływało na pewną dynamikę spadku. Tak samo stanie się zapewne przy następnym sprawozdaniu za pół roku, ale musimy jeszcze na to troszkę poczekać.

(*Brak nagrania*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ale teraz pan senator Waldemar Kraska.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Senator Stanisław Karczewski:

Nie, pan minister nie odpowiedział mi w pełni.

Panie Ministrze, chciałbym jeszcze prosić pana o sieć wojewódzką szpitali, bo nie odpowiedział pan na pytanie o informatyzację. I jeszcze taki króciutki komentarz odnośnie do zadłużenia. Myślę, że wpadamy w pewną pułapkę, a mianowicie bardzo dużo organów założycielskich, dużo samorządów wzięło kredyty, którymi spłaciły długi szpitali. Czy państwo bierzecie ten element pod uwagę?

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

(*Brak nagrania*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan senator Woźniak.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Sabotaż partii opozycyjnych się wdarł. (*Wesołość na sali*)

Senator Henryk Woźniak:

Samorząd wojewódzki dokonał emisji obligacji, pozyskał środki i udzielił pożyczki szpitalowi, więc ten szpital dalej ma zadłużenie, tyle że nie zadłużenie wymagalne, a zadłużenie długoterminowe.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak. I jest to też kwestia właśnie tego, jak ministerstwo widzi tę sytuację przy sekurytyzacji tych długów. Czy będą one także objęte tym postępowaniem, o którym pan minister wspomniał, czyli emisją obligacji? To jest ważna kwestia. I czy jest planowana koncentracja szpitali terenowych, powiedzmy nieklinicznych, w rękach samorządu województwa? Jest to też bardzo ważna kwestia, bo zmienia całkowicie sytuację. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Czy to pytanie jest dla pana ministra jasne?

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Grzegorek: Tak, tak.)

Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Grzegorek:

Pierwsze pytanie było o sieć wojewódzką. Ja już o tym wspominałem, że chcemy, aby to pacjenci zdecydowali, jaka będzie sieć szpitali. Organ założycielski, w tym wypadku marszałek województwa, zna dokładnie potrzeby zdrowotne, ma jasne kompetencje, możliwość rozsądnego zorganizowania opieki zdrowotnej na terenie województwa. Nie musi to wcale wiązać się z likwidacją szpitali, mogą zachodzić pewne zmiany profilowe. Nie do zrealizowania byłoby to, kiedy będziemy mieli rozproszone organy założycielskie.

Proszę zwrócić uwagę na to, jak jest w powiecie. Organ założycielski, rada powiatu, wszyscy mieszkają na jednym terenie, jakaś trudna decyzja, to trudno ją zrealizować, jest mnóstwo szpitali, które są w odległości od siebie ośmiu, dziesięciu kilometrów. My nie musimy tych szpitali likwidować, ale jeżeli się tylko weźmie pod uwagę, że chyba za cztery lata musimy spełnić wszystkie normy unijne dotyczące tak zwanych warunków socjalnych w zakresie zakładów opieki zdrowotnej, to może okazać się zbawienne to, że one mogą być komplementarne. Nie musi być i na jednym, i na drugim oddziale położnictwa czy innych takich samych oddziałów, będzie można się jakoś uzupełniać, tworzyć swego rodzaju holdingi. Tyle tylko, że to wszystko będzie możliwe z mojego punktu widzenia do zrealizowania na poziomie województwa. My w Warszawie poprzez swoje decyzje administracyjne nie jesteśmy w stanie tego zrobić.

Co do informatyzacji, to jesteśmy w przededniu procedowania tak zwanej dużej ustawy informatyzacyjnej. Prace nad nią trwały jeszcze w poprzedniej kadencji, a rozpoczęły się nawet troszkę wcześniej. Zajmuje się nią pan dyrektor Sikorski. Dużo sobie po niej obiecujemy, obecnie na liście indykatywnej zostały dwa projekty z tym związane. Są na to olbrzymie środki, idące w setki milionów euro. Niezależnie od tego trwają prace przygotowawcze w Narodowym Funduszu Zdrowia. Ja chyba wstępnie zaakceptowałem rozpisanie przetargu na pierwszy etap RUM2 czy RUM3, jakkolwiek by to nazywać. Z tym że stawiamy pewien warunek. Chodzi o to, aby te prace, które są w ramach informatyzacji państwa, i prace, które zaczęły się w Narodowym Funduszu

Zdrowia, były kompatybilne, żeby po prostu nie marnować pieniędzy. Chcemy, żeby te propozycje, które będą realizowane w ramach tych dużych projektów, miały zastosowanie przy RUM. Wstępne porozumienie już chyba było trzy lata temu, wiązało się to z tak zwanym PESEL, niestety nie udało się tego w takim tempie zrealizować, ale prace nad tym trwają.

Jeżeli coś na temat RUM2 pan senator jeszcze sobie życzy, to bardzo proszę pana prezesa Grabowskiego o odpowiedź – jeśli można.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Fundusz jest żywotnie zainteresowany wprowadzeniem rejestru usług medycznych z oczywistych powodów. Bez wątpienia będziemy do tego dążyć. Rzeczywiście, obecnie jesteśmy w fazie uzgodnień, na ile projekt RUM2, który jest dostępny na stronach internetowych centrali i można się z nim zapoznać, jest kompatybilny z zamierzeniami związanymi z wdrażaniem ustawy, a w szczególności z działaniami Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Pieniądze w funduszu na pierwsze tego typu działania są zaplanowane i prawdopodobnie uruchomimy rzeczywiście te pierwsze działania. Fundusz przygotował również strukturę do wdrażania RUM. We wszystkich oddziałach powstały komórki, które mają się tym zająć, bo jest to niebanalny problem dystrybucji ogromnej liczby kart, które muszą trafić do populacji, i obsłużenia całej infrastruktury. Proszę też nie spodziewać się, że to stanie się z dnia na dzień, bo jest to po prostu bardzo duże przedsięwzięcie logistyczne. Ono w porównaniu z pierwszymi epizodami RUM jest znacznie mniej ekscytujące pod względem informatycznym, bo wszystko to bardzo powszedniało. Chodzi mi o czytniki, o obsługę tego wszystkiego, koszt serwerów. W dalszym ciągu dystrybucja kart ubezpieczenia, tych kart RUM dla obywateli, jest bardzo poważnym zadaniem logistycznym.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Senator Norbert Krajczy:

Nie, nie, oddaję ci głos, tylko bym prosił jeszcze o jedną rzecz.

Proszę państwa, rozmawiajmy merytorycznie. Pan prezes mówi bardzo mądre rzeczy, tylko my od sześciu lat mamy RUM na Opolszczyźnie, możemy pokazać państwu, jak on funkcjonuje, więc nie opowiadajmy sobie czegoś tam na okrągło. Szkoda czasu, szkoda czasu, żebyśmy sobie wmawiali, że jest ewentualnie tak czy inaczej.

Mogę państwu opowiedzieć o współpracy polsko-czeskiej, gdzie jestem blokowany przez ministra, który nie potrafi podpisać pewnego porozumienia. Chodzi o to, żebym leczył Czechów, już nie Polaków, tylko Czechów, między innymi w zakresie kardiologii inwazyjnej, w zakresie rezonansu magnetycznego, który mam, itd., itd. Mówimy o pewnych rzeczach abstrakcyjnych, mówmy o tym, co jest na dzień dzisiejszy, przyziemnie, konkretnie, bo naprawdę szkoda czasu.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Przepraszam, dziękuję bardzo za reprimendę. Wiem, że w paru oddziałach jest RUM, to nie jest jakieś zaskakujące. Tylko że to są trzy różne rejestry usług medycznych. A problem polega na tym, że mówimy tu o poważnym przedsięwzięciu wprowadzenia jednego systemu RUM na terenie całego kraju, bo generalnie ludzie mają tendencję do przemieszczania się. Ten sam RUM już nie działa w dolnośląskim, w śląskim itd., itd. Tak więc jest to poważne przedsięwzięcie na skalę krajową, przedsięwzięcie, które należy przemnożyć przez szesnaście. W przypadku opolskiego to nawet...

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Ale tutaj padły też pewne oczekiwania pana senatora Norberta Krajczego, dotyczące porozumienia transgranicznego.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Senator Norbert Krajczy: Balicki nic nie załatwił, kolejny minister nic nie załatwił, zostawmy to już, zostawmy to w końcu.)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

(Głos z sali: I wreszcie nasz minister to załatwi.)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

My tu dosyć cierpliwie debatujemy, chciałbym tylko uspokoić nieco atmosferę wokół tempa zdarzeń. Prawdą jest, że przymiarki do RUM ogólnokrajowego, to już ho, ho, ho... Siwiejemy razem z RUM, ale jednocześnie techniczne możliwości się poprawiają.

Pan senator Kraska, bardzo proszę.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Ja troszeczkę już w takim tonie spokojniejszym. Dzisiejsze spotkanie poświęcone jest uszczelnianiu systemu. Pan prezes wspomniał o RUM, myślę, że jest to sposób na uszczelnienie systemu, ale pod warunkiem, że szpital dostanie za punkt tyle, ile potrzeba. Obecnie RUM służy do tego, żeby dyrektor kombinował na wszystkie strony, jak spowodować, żeby ten rejestr usług wykazywał Narodowemu Funduszowi Zdrowia takie dane, żeby fundusz płacił coraz większe pieniądze. Jeżeli za punkt zostanie zapłacone tyle, ile wynoszą rzeczywiste koszty, to myślę, że nie będzie potrzeby naginania RUM w tę stronę, żeby płacić więcej szpitalom. Moim zdaniem głównie chodzi o szpitale.

Teraz przejdę do poszczególnych punktów. Proszę państwa, na poprzednim posiedzeniu była pani minister, która poruszyła wiele kwestii, ale niestety nie było wtedy możliwości zadawania pytań i uściślenia tego, więc dzisiaj do pana ministra mam kilka pytań.

Pani minister mówiła o podziale Narodowego Funduszu Zdrowia. Zastanawiam się, jakie będą korzyści z tego, konkretne korzyści, skąd właśnie taki pomysł, żeby Narodowy Fundusz Zdrowia podzielić na mniejsze i kiedy to nastąpi.

Innym pomysłem pani minister, który może nie do końca zrozumiałem, było to, żeby raz na kwartał szpitale powiatowe składały sprawozdania finansowe do organów

założycielskich, czyli do rady powiatu. Jeżeli szpital będzie miał dług, to wtedy organ prowadzący, czyli powiat będzie musiał ten dług natychmiast pokryć albo, jak sugerowała pani minister, zmienić dyrektora, bo to będzie chyba najprościej.

Bardzo zmartwiło mnie to, że pan minister mówi, że jeżeli podniesiemy składkę, pójdzie to tylko na pensje. A dlaczego właśnie ma nie pójść na pensje? Czy pracownicy służby zdrowia są dziećmi gorszego ojca i nie należą się im podwyżki? Mówi się tylko o pacjentach, a nie mówi się o pracownikach tego systemu.

Myślę, że pewnym uszczelnieniem systemu i zdobyciem pieniędzy jest nocna pomoc lekarska, która moim zdaniem w naszym kraju praktycznie nie funkcjonuje. Jest to rozpisane na poszczególne podmioty, które tego nie realizują, biorą na to pieniądze, a właściwie spoczywa to na pogotowiach ratunkowych, które za te czynności nie biorą żadnych opłat, bo nie mogą.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Narodowy Fundusz Zdrowia niedokładnie to kontroluje. Wiem, że jest to po prostu... Można się tu pokusić o zastanowienie, czy akurat podstawowa opieka zdrowotna musi mieć w swoim zakresie nocną pomoc. Wiem, że obecnie jest taka tendencja w Narodowym Funduszu Zdrowia, żeby to zupełnie przekazać do...

Jeszcze jedna kwestia, też może do pana prezesa. Szpitale praktycznie podpisują umowy tylko do końca marca. Czy jest szansa na to, że w kwietniu będzie płacone więcej za punkt? Dziękuję.

(Brak nagrania)

Przewodniczy Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Grzegorek:

Jeżeli chodzi o podział Narodowego Funduszu Zdrowia, to poproszę pana dyrektora departamentu ubezpieczeń, żeby przedstawił ten projekt.

Zastępca Dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia Anatol Gołąb:

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Została do tej pory opracowana koncepcja, czyli pełne założenia, na podstawie których oczywiście będzie przygotowywana ustawa. Co wynika z tych założeń? Powiem o tym bardzo ogólnie, na szczęgóły przyjdzie czas trochę później.

Aby nie zakłócić obecnie działającego systemu, to całe przedsięwzięcie, które jest dość duże, należy przeprowadzić w kilku etapach, rozłożyć to na co najmniej trzy lata, jak nam się wydaje, a może nawet na dłuższy okres.

To by wyglądało w ten sposób, że w pierwszej kolejności by dokonano podziału formalnego płatnika, bez zmian systemowych, jeżeli chodzi o finansowanie i kontraktowanie świadczeń. Dlaczego jest potrzebny ten etap? Wzięliśmy pod uwagę obowiązujące terminy dotyczące planu finansowego funduszu, a także terminy dotyczące kontraktowania świadczeń plus oczywiście wszystkie zmiany, które są dotąd wprowadzane.

dzane w Polsce od początku roku. Aby nie wyrzucić całego systemu, należy w pierwszej kolejności zrobić taki ruch bardziej formalny. Na następnym etapie, gdyby powstał płatnicy w sensie formalnym, odrębni płatnicy w ramach systemu, można by było wprowadzić możliwość wyboru płatnika plus możliwość kontraktowania przez poszczególnych płatników na terenie całego kraju. Zmieniłby się też sposób finansowania płatników, czyli nie byłoby tak jak obecnie, że składka jest zbierana centralnie i dzielona w trybie algorytmu. Wtedy byłaby możliwość pozyskiwania przez płatników przychodów bezpośrednio. Oczywiście każdy taki system, jeżeli nie jest dodatkowo regulowany, powoduje spijanie śmietanki przez podmioty lepsze, które bardziej potrafią przyciągać ubezpieczonych. Dlatego też potrzebny będzie system wyrównania, który zabezpieczy przed zróżnicowaniem pomiędzy płatnikami, jeżeli chodzi o dochodowość ubezpieczonych. Na trzecim etapie nastąpiłoby wprowadzenie możliwości – to nie byłby obowiązek, a możliwość – wejścia do systemu płatników niepublicznych, ale na tych samych zasadach, które dotyczyłyby płatników publicznych, czyli byłyby takie same i system wyrównania, i obowiązki.

Tak jak powiedziałem, to są dość ogólne założenia. Rozpoczynamy obecnie konsultacje robocze z Narodowym Funduszem Zdrowia i na podstawie tego będą powstawały już konkretne regulacje.

(Senator Waldemar Kraska: Ale jakie byłyby z tego konkretne korzyści?)

Korzyści. Wiadomo, że każdy system, który przewiduje jakiś wybór, więcej niż jednego podmiotu, daje zasadniczą korzyść. Będzie też większa możliwość korygowania przez płatników konkretnych produktów, które są oferowane ubezpieczonym. Oczywiście, wszyscy płatnicy w systemie będą musieli spełnić wymagania wynikające z regulacji koszykowej, czyli zapewnić ten sam zakres świadczeń, jaki wynika z koszyka. W ramach tego koszyka jest możliwość oferowania różnych produktów, dostosowanych bardziej do potrzeb ubezpieczonych z konkretnego terenu. Ale zapotrzebowanie na świadczenia w miarę jednolite na terenie całego kraju istnieje...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...choć są różnice pomiędzy poszczególnymi regionami Polski. Taki płatnik, który, mimo że może działać na terenie całego kraju, większość swojej działalności skoncentruje w konkretnym regionie, będzie w stanie w sposób bardziej zadowalający dostosować swoją ofertę produktową do swoich ubezpieczonych. Kolejna korzyść jest długookresowa. W momencie wprowadzenia płatników niepublicznych – jeszcze raz podkreślam: na tych samych zasadach, które będą dotyczyły płatników publicznych – byłaby możliwość pewnej presji pod kątem efektywności. Wzorzec zarządzania sektora niepublicznego byłby przekładany również na to, w jaki sposób płatnicy publiczni zarządzaliby tymi środkami. Dziękuję bardzo.

(Senator Waldemar Kraska: Przepraszam, ale ja nic z tego nie zrozumiałem, nie wiem, o co chodzi w tej reformie.)

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, pan senator Gogacz.

Senator Stanisław Gogacz:

Ja mam jeszcze jedno pytanie, na które tak do końca nie uzyskałem odpowiedzi od pana ministra Twardowskiego. Cały czas mnie interesuje coś, co uważam za newralgiczne, jeżeli chodzi o obecny system ubezpieczeń zdrowotnych. Mianowicie chodzi mi o zapis w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, który mówi o tym, że świadczeniodawca, nawet jeżeli zrealizuje już kontrakt na dane świadczenie, to w sytuacji kiedy pojawi się świadczeniobiorca, ma obowiązek go leczyć. Kiedy pytałem dyrektorów placówek, o których tu często słyszę, może nie na posiedzeniach tej komisji, ale przy okazji tego typu debat, że jednak oni, tak jak tu przed chwilą usłyszeliśmy, wzorca efektywności nie stosują, jakie jest główne źródło zadłużenia jednostek, to się okazywało, że nadwykonania. A ustawa o zakładach opieki zdrowotnej mówi, że jak jest pacjent, trzeba go przyjąć. Proszę mi powiedzieć, czy kiedy państwo wprowadzicie jednostki o statusie spółek, to ten zapis zostanie zlikwidowany w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, czy na miejsce tego zapisu wprowadzony zostanie inny. Przepraszam bardzo, ale dlaczego szef spółki ma być nieefektywny? Proszę mi odpowiedzieć na to pytanie.

Jeszcze jedna uwaga, bardziej refleksja. Panie Ministrze, przy 3,8% PKB – nie pamiętam, żebym poznał kraj w Europie, który wydaje 3,8% PKB na opiekę zdrowotną – nawet najlepszy system ubezpieczeń zdrowotnych można rozłożyć. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Proszę bardzo.

**Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
Władysław Puzoń:**

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Pan senator zapewne ma na myśli sławetny art. 7 w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, który mówi, że zakład opieki zdrowotnej nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje tego świadczenia ze względu na zagrożenie życia i zdrowia. Otóż istotnie, przez wiele lat uważano, że nie jest to przepis, który stanowiłby podstawę dochodzenia roszczeń od płatnika. Jak wiadomo, zakłady opieki zdrowotnej, jeżeli wyczerpały kontrakt, występowały do kas chorych, a potem do funduszu o zapłatę za dodatkowe świadczenia, ale fundusz również za to nie płacił, więc występowały na drogę sądową. Otóż ustaliła się taka linia orzecnicza Sądu Najwyższego, że jest to podstawa dochodzenia roszczeń, w związku z czym na podstawie tego artykułu, jeżeli zakład opieki zdrowotnej udowodni, że świadczenie ratowało życie lub zdrowie, przyznaje mu się odpowiednie wynagrodzenie. W związku z tym również fundusz, o ile mi wiadomo, aneksuje, jak się mówi potocznie, umowy, ażeby za takie świadczenia płacić.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Tak jest, takie porozumienia są zawierane. Tak że ta sprawa w dzisiejszym stanie faktycznym i prawnym nie jest tak boląca, ale istotnie przez wiele lat było to powodem narastania pewnego zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej, jako że nie uznawano tego, że jest to podstawa roszczeń dla szpitala. W projekcie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przepis o podobnym brzmieniu został utrzymany, jednakże odnosi

się on do stanu nagłego w rozumieniu ustawy o państwowym ratownictwie medycznym, więc będzie to wygodniejsze dla zakładów opieki zdrowotnej, jako że są to świadczenia finansowane z budżetu państwa, a w przyszłości również SOR. Tak że nie powinno być problemów z uzyskaniem świadczenia...

(Brak nagrania)

**Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia
Władysław Puźoń:**

Stan nagły. Definicja jest bardzo szeroka, jest to również zagrożenie życia, zdrowia. Chodzi też o jednolitość systemu prawnego.

(Brak nagrania)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan prezes Grabowski, proszę.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Chciałbym powiedzieć, że w ciągu mojej dwuletniej pracy w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia zauważyłem, że co roku o 100% zmniejszają się nadwykonania. Tak naprawdę przestało to już funkcjonować jako problem. Problemem są oczywiście nadwykonania i sprawy sądowe z lat 2002–2004, dochodzi do ugody przed sądem, zwykle nawet już po wyrokach pierwszej instancji. Oczywiście zwykle dochodzi też do jakiejś redukcji w płaceniu. Chcę powiedzieć, że płatnik – i to każdy płatnik na całym świecie – jeśli chodzi o nadwykonania, generalnie jest dość ostrożny, albo ocenia, czy to świadczenie było niezbędne do ratowania życia i płaci za to w pierwszej kolejności, albo proponuje redukcję opłaty w jakimś tam procencie. To jest odpowiedzialność dyrektora oddziału, oni różnie prowadzą ten proces uzgodnień. W tym roku naprawdę nie jest to już taki problem jak parę lat temu. Ten problem przebrzmiał, jest wiele takich oddziałów, gdzie w ogóle on nie występuje. Powiedziałbym, że większym problemem jest to, że w wyniku strajków w niektórych szpitalach kontraktów nie wykonano, niż to, że są nadwykonania.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pan senator Kraska jeszcze, bardzo proszę.

Senator Waldemar Kraska:

Nie dostałem odpowiedzi na swoje pytania, Panie Prezesie.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Już odpowiadam. Uważam, że nocna pomoc lekarska to jest zły model, jest to prawda. Poprzedni prezes, pan Andrzej Sośnierz, próbował zmieniać ten model, wpro-

wadząc model związany z POZ i z lekarzami rodzinnymi, kolejna próba ma nastąpić niedługo. Ja też dostałem takie zlecenie od swojego szefa, prezesa Paszkiewicza, żeby zaproponować nowy model nocnej pomocy lekarskiej, bo on rzeczywiście słabo się sprawdza w praktyce. Choćby tu były dwa sygnały dotyczące tego, że albo jest to przerzucane w koszty SOR, albo jest przerzucane na pogotowie. No, rzeczywiście działa to słabo. Jest to model, który w momencie scalania kas chorych zapożyczono z jednego regionu i upowszechniono. Chcę powiedzieć, że jest też z tym dużo problemów, bo to nie jest tak, że istnieje jakiś idealny model, tylko my go jakoś złośliwie nie wprowadzamy. Trochę inaczej jest w dużych miastach, w Warszawie, a zupełnie inaczej w powiatach, gdzie pogotowie, szpital, SOR, a często i POZ jest w jednym ręku. Tak że tu nie ma przerzucania za bardzo kosztów, bo wszystko jest w obrębie tej samej struktury organizacyjnej. Zupełnie inna sytuacja jest, kiedy mamy do czynienia z izbą przyjęć, z SOR, niedziałającym NPL, czy to wyjazdowym, czy stacjonarnym, i pogotowiem. Wtedy rzeczywiście może występować przepychanie pacjenta z niekorzyścią dla jego zdrowia i czasu uzyskania pomocy. Będziemy próbować ten model poprawiać, ale z góry ostrzegam, że nie jest to wcale proste.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, umowy są rzeczywiście do kwietnia, niekiedy do połowy roku, co najmniej w dwóch oddziałach te umowy są zawarte do połowy roku. Myślę, że zależy to od sytuacji oddziału. Są takie oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia, które zaproponowały od razu stawki wysokie, dwunastozłotowe, są takie, których po prostu nie było na to stać, na przykład oddziału warmińsko-mazurskiego czy podlaskiego. W tych oddziałach można spodziewać się wzrostu ceny, w innych oddziałach nastąpiła redukcja liczby świadczeń, żeby móc uzyskać tę wyższą cenę. Ale chcę powiedzieć, że od dwóch lat generalnie ciężar działalności funduszu w zakresie kontraktowania nie idzie tylko w kierunku zwiększania, multiplikowania świadczeń, jednak ustawa podwyżkowa spowodowała wzrost ceny, cokolwiek by o tym mówić. Teraz jest kolejny epizod wzrostu ceny, czyli generalnie taki prosty efekt lepszej rentowności w tej działalności bez żadnej dodatkowej pracy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Przewodnicząca Gardias, bardzo proszę.

Przewodnicząca

Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych

Dorota Gardias:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Z wielkim szacunkiem odnoszę się do ciężkiej pracy Ministerstwa Zdrowia i wprowadzania tylu nowych projektów ustaw. Ale o projektach będzie się mówić po ich dokładnych przeczytaniu i zaopiniowaniu w tych podstolikowych grupach. Te projekty już są zaopiniowane, niektóre nawet przez dwie strony, jak na przykład ustawa o zakładach opieki zdrowotnej.

Chciałabym się podzielić pewną refleksją co do paru tylko punktów, bo my jako organizacja widzimy pewien problem, gdyby to, nie daj Boże, weszło w życie, Panie Ministrze, w takiej formie, jaka jest dzisiaj, bo jeżeli to się poprawi, to być może...

I moje pierwsze pytanie: jaki jest cel wprowadzenia spółek, oprócz tego, że pracownicy pracowaliby w ramach umowy cywilnoprawnej? Od razu ostrzegam, że grupa pielęgniarek nie przejdzie na umowy cywilnoprawne, bo są to osoby w porządnym już wieku. Nie opłaci się przejść pielęgniarce za 15 zł na godzinę na umowę cywilnoprawną. Tak że związek zadba o to, żeby nie było w spółkach umów cywilnoprawnych.

Nie rozumiem, nie rozumiem...

(Rozmowy na sali)

Ja nie wiem, czy mogę mówić dalej...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Proszę o ciszę.)

Nie rozumiem właśnie celu wprowadzenia tego, a chciałabym go poznać.

Chcę też powiedzieć o pewnym niebezpieczeństwie. Jest mało pielęgniarek i państwo musi sobie w jakiś sposób z tym poradzić, a nie chce im zapłacić, bo ma lepszą grupę zawodową i ona musi dostać więcej, bo w ogóle by do pracy nie przyszła. I dlatego wymyślono ciekawe firmy pielęgniarskie, które w myśl ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, czyli o spółkach, będą dostarczały pielęgniarek. Taka firma może wejść na teren danej jednostki szpitalnej. I wtedy... Tak dużo i ładnie mówi się o pacjencie, to ja powiem coś innego, żeby już nie używać tego pacjenta jak tarczy – i będę tu zgodna z panami senatorami – bo pacjent stał się w ogóle tarczą ochrony zdrowia. Teraz będą pracowały na stałe na przykład dwie pielęgniarki i przyjdzie firma, zatrudniająca pielęgniarkę. Pielęgniarka z firmy jeździ od jednego do drugiego szpitala, tu pracuje dwanaście godzin, tam pracuje dwanaście godzin. Po czterdziestu ośmiu godzinach pracy jest już bardzo zmęczona, bo w jej pracy nie przewiduje się przerwy nocnej, żeby się zdrzemnęła. Proszę państwa, ja nie chciałabym być pacjentem takiej jednostki. Kiedy mówimy, że pielęgniarka czuwa, oznacza to, że ona musi być cały czas przy pacjencie, nie ma innej możliwości. Pielęgniarka przychodząca z firmy pielęgniarskiej nie ma pojęcia nawet o tym, co jest na oddziale i gdzie leżą strzykawki, ta pielęgniarka, która pracuje na danym oddziale na stałe, musi ją tego nauczyć, gdzie co leży, jak się w tym specyficznym środowisku odnaleźć, a na to potrzeba całego dnia. A to nie jest praca na rzecz pacjenta, nie wspomnę już o obszernej dokumentacji, którą robi pielęgniarka.

Ja się oczywiście dzielę tą refleksją z państwem po to, żeby Ministerstwo Zdrowia zwróciło na to uwagę. Myślę, że trzeba w tych artykułach pewne kwestie zmienić, bo istnieje niebezpieczeństwo zagrożenia życia i zdrowia pacjenta. Przypuśćmy, że pielęgniarka z firmy wyjdzie, a pacjent umrze po jej dyżurze, bo popełniła błąd. Odpowiadać za to będzie oddziałowa. Kto będzie brał odpowiedzialność w wypadku firm? To jest dla mnie zastanawiające.

Uszczelnienie systemu. Nie widzę w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej ani jednego punktu przyczyniającego się do tego, żeby system został uszczelniony. Było już tutaj przedstawiane i przez Narodowy Fundusz Zdrowia, i przez Ministerstwo Zdrowia, i przez senatorów, którzy są też dyrektorami, ileż błędów zostało popełnionych i co się składa na nieszczelność systemu. Systemu tego nie da rady uszczelnić, skoro w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej wpisujecie państwo na przykład w jednym miejscu, że ten sam dyrektor... Ja nie mówię, że wszyscy dyrektorzy są źli, ja mówię o tym, że dzisiaj pielęgniarka oddziałowa w Polsce musi mieć kurs, żeby być oddziałową, a niejeden dyrektor nawet takiego kursu nie ma, przechodzi prosto od pacjenta, gdzie zlecał trzy razy dziennie po jednej tabletkę, i nagle staje się w Polsce dyrektorem, menedżerem wielkiego szpitala, na przykład mającego 60 milionów zł obrotu rocznie. Mam duże obawy, czy

taki dyrektor jeszcze przez kolejny rok nie będzie zadłużał szpitala. Piszecie też państwo w niektórych zapisach, że on musi mieć takie, takie, takie wykształcenie i trzy lata pracy związanej z zarządzaniem. No, tu także mam wątpliwości.

Jedną z wątpliwości w ustawie o prawach pacjenta... Widać w tym projekcie rękę samorządu lekarskiego. Jeżeli pisze się, że komisja odwoławcza będzie tylko przy naczelnej radzie, i nie ma odwołania od jej decyzji, to po co się powołuje rzecznika? Przy rzeczniku powinna powstać komisja odwoławcza. Co to znaczy: nie ma odwołania? W jednym punkcie, gdzie jest mowa o tym, że rzecznik coś tam ma zrobić, jest odwołanie, a przy Naczelnej Radzie Lekarskiej... Powiedziałabym, że to jest niebezpieczne, i ostrzegałabym przed tym. Broń Boże, niezłotliwie ostrzegam, to będzie się źle kojarzyć ze środowiskiem.

Bardzo dobrym pomysłem jest to, co powiedział prezes Grabowski o jednorodnych grupach pacjentów. To jest świetny pomysł, on się sprawdził w wielu krajach. Zgodnie z moją wiedzą pielęgniarki te grupy jednorodne usystematyzują wiele spraw i naprawdę będzie się płacić za to, co zostało zrobione. Uważam, że ten pomysł zmierza w dobrym kierunku.

Mam obawy, czy czasem sieć nie wytworzy się już w połowie roku. Rozumiem posłów z różnych klubów parlamentarnych, ale nie chcę złośliwie przypominać, że pół roku temu nie wiadomo było o tym, a dzisiaj jest wiadomo. Mam w notesie zapisane, kiedy to pani Zyta Gilowska jako minister finansów mówiła nam, że będzie 6 miliardów zł w 2008 r. w Narodowym Funduszu Zdrowia i wszystko to pójdzie na szpitale. To było 6 czerwca ubiegłego roku. Nie wiem, czy coś się z tym stało, czy było to na wyrost. Gdzie są te pieniądze? Przecież jakaś kontynuacja chyba jest. Przy takim podziale środków na podwyżki – kończę już – mam też obawę o zakłady pracy. Naprawdę nie potrzeba ustawy o sieci, ta sieć się zaraz sama robi.

Myśmy mówili wcześniej o systemowym i krocącym wzroście wynagrodzeń i jako związkowcy chcieliśmy w 2008 r. piętnastoprocentowych podwyżek. Lekarze wzięli 50, 60 zł za godzinę, taki był nacisk. Jak panowie widzicie, teraz na posiedzeniach komisji nie ma już kolegów lekarzy. Oni już wszystko pozałatwiali, więc co tam będą się o system martwić. Spółki idą i to jest dobre miejsce. Ale jak lekarze dostali po 50 zł, to pielęgniarki też zaczęły walczyć o większe pieniądze. Naturalną rzeczą jest, że chcą mieć połowę tego, co lekarze. Ja boję się o szpitale powiatowe, myślę, że po prostu ich za chwilę nie będzie. Proszę zauważyć, że szpitale tego nie wytrzymają przy tym kontrakcie, który jest, pomimo tego że miało być więcej za punkt. No, za punkt jest więcej, ale tych punktów jest mniej. I te kontrakty są zawarte na cztery miesiące, a nawet na miesiąc. Istnieje obawa w mojej organizacji, że cały rok będą trwały protesty i strajki, bo kontraktowanie usług co cztery miesiące lub co miesiąc nie wróży spokoju społecznego. I to tyle. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy pan minister chce odpowiedzieć w tej chwili?

Proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Grzegorek:

Pani Przewodnicząca, tylko jedna uwaga, bo błąd w założeniu zawsze prowadzi do błędnych wniosków. Co wspólnego mają spółki handlowe z koniecznością zawierania kontraktów cywilnoprawnych z pracownikami? No nic.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, absolutnie nie, Pani Przewodnicząca. Jest zapis w ustawie, że pracownicy przechodzą do nowego zakładu z mocy prawa, na tych samych zasadach.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Z mocy prawa. No, odczytajcie państwo intencje takie, jakie nam przyświecają, nie szukajcie dziury tam, gdzie jej nie ma. Zupełnie nie ma to żadnego związku, jeśli chodzi o umowy cywilnoprawne i stosunek pracy, bo jeżeli będzie taka wola, aby to był stosunek pracy, to oczywiście taki zostanie nawiązany. Obecnie istnieją takie same możliwości zatrudniania firm zewnętrznych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, jakie będą i później. To będzie tylko kwestia wyboru, przecież nikt się na to nie musi zgadzać, nie ma żadnego uwarunkowania. Tak że proszę nie wprowadzać w błąd, bo wtedy zupełnie nam się zmieni rzeczywisty obraz tego, o czym mówimy. To tylko taka jedna uwaga, bo reszta spraw budzących niepokój i diagnoza obecnej sytuacji, no to jest to już kwestia oceny. Być może ja będę oceniał to trochę łagodniej, pani przewodnicząca trochę ostrzej, a związek zawodowy lekarzy w szpitalu na Banacha w Warszawie oceni to najgorzej. Dzisiaj każdy ma swoją rację w kwestii oceny aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia, którą przedstawia.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pani prezes Buczkowska, bardzo proszę.

**Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Elżbieta Buczkowska:**

Bardzo dziękuję, Panie Przewodniczący.

Szanowni Państwo!

Chciałabym wzmocnić niektóre kwestie, które poruszała pani Gardias, przewodnicząca związku zawodowego. Powstał pewien problem i ja mam pytanie zarówno do ministra zdrowia, jak i do prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Są sprawy, tak zwane doraźne, które obecnie rozwiązujemy. Są sprawy tak zwanego systemu, czyli pewnego procesu długofalowego, w przypadku których chciałabym zwrócić uwagę pana ministra na jedną kwestię.

Rzeczywiście, chodzi o obsadę kadrową. Dzisiaj mówimy o różnych formach prawnych wykonywania zawodu pielęgniarki czy położnej jako świadczeniodawcy. To prawda, że i pielęgniarka, i położna mogą być pracownikami, mogą być również kontraktobiorcami w rozumieniu zleceń. Ale jak państwo sobie to wyobrażacie w polityce długofalowej? Przecież ta kadra na całym świecie jest kadrą podstawową dla systemu opieki zdrowotnej, szczególnie w szpitalach. Proszę zauważyć, jest to system pracy zmianowej, pielęgniarka pracuje na innych zasadach niż jest to w przypadku wykonywania zawodu lekarza. To jest zupełnie inny zakres zadań, bo pielęgniarka ma obowiązek zapewnienia poczucia bezpieczeństwa, bycia w ciągłej dyspozycyjności. Mamy już dzisiaj przykłady zamiany umów: przymuszanie, nieprzymuszanie, ponoć wolny wybór. Jak będzie wyglądała praca pielęgniarki, która raptem, z dnia na dzień, z pracownika stanie się osobą prowadzącą działalność gospodarczą, czyli podmiotem prawnym? Ja to nazywam wręcz praktyką walizkową. To jest takie pozorne łamanie prawa. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, dzisiejsza, a być może przyszła, daje możliwości

kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarka może być podwykonawcą na oddziale. Pytam: czy to nie ma znamion umów o pracę? My musimy zapewnić pracę w systemie zmianowym. Jak będą wyglądały kontrola i nadzór nad wykonywanym zawodem w systemie dwudziestoczerogodzinny? Jeżeli będziemy miały praktyki walizkowe, które rozpoczęli lekarze anestezjolodzy, to pielęgniarki za chwilę zaczną pytać, nie tylko ze zmęczenia i nie tylko po dwustu pięćdziesięciu godzinach, bo godziny wtedy nikogo nie interesują, jak państwo widzicie rozwiązanie problemu godzin pracy zgodnie z traktatem akcesyjnym, z dyrektywami, które zobowiązują do czasu pracy podobnego jak w przypadku lekarzy.

Zwracam uwagę na to, że mamy już dzisiaj rozbieżność prawną pomiędzy ustawą o zakładach opieki zdrowotnej a ustawą o zawodach. Nie ukrywam tego, że izba pielęgniarek wręcz będzie zobowiązana do nierejestrowania praktyk na terenie szpitali, gdzie system pracy powinien być zmianowy i powinien dawać bezpieczeństwo pacjentom, jak również zapewniać odpowiedni nadzór i kontrolę. Jak sobie państwo to wyobrażacie? Kto będzie kontrolował i nadzorował z mocy prawa indywidualne praktyki? Dzisiaj ten obowiązek ma odpowiednia rada okręgowa. A czy dyrektor zleceńodawca wpuści komisję, która będzie delegowana ze strony okręgowej rady do nadzoru nad wykonywaniem zawodu? Patrz: indywidualna praktyka. To jest problem.

Sprawa dokumentacji. Jak będzie wyglądała dokumentacja pacjenta przy tak zwanych praktykach walizkowych? Nazywam to wprost. Nie wyobrażam sobie, żeby pacjent, który przebywa w szpitalu, jest skazany na pobyt stały w szpitalu, miał roszczenia. Do kogo on będzie miał roszczenia z punktu widzenia organizatora, płatnika, indywidualnej praktyki pielęgniarskiej? To są zupełnie inne kwestie. My jak mantrę powtarzamy to samo, bo nikt nie widzi skutków takiej długofalowej polityki kadrowej, jeżeli chodzi o pielęgniarki i położne. Weźmy chociażby międzynarodowe konwencje, o ile pamiętam sto czterdziestą dziewiątą, tu koleżanka może mi podpowie, z których Polska się nadal nie wywiązuje. Rzeczywiście, zgadzam się, nowoczesne technologie kosztują bardzo dużo i powinna być rzeczywiście coraz większa świadomość społeczna, że nie tylko wynagrodzenia są częścią składową, najdroższe są nowoczesne technologie. Oczekiwanie pacjentów rzeczywiście wzrastają chociażby w stosunku do części hostelowej.

Uszczelnianie w POZ. Ja bardzo się z tego cieszę, zareagowałyśmy na to bardzo emocjonalnie. Ale pytanie jest takie: kto to kontroluje, nadzoruje lub kto powinien dzisiaj już wiedzieć, za co płaci w przypadku POZ? Mówicie państwo, że lekarz POZ kontraktuje głowę, nie leczy. My zgłaszamy od wielu, wielu miesięcy, o ile już nie lat, postulat, że przerzucanie kosztów, które miało zawsze miejsce, najczęściej na szpital... Pacjent zachowuje się racjonalnie, on wie, co zrobić, jak o godzinie 18.00 wszystko mu pozamykają czy w dni świąteczne, on albo wzywa pogotowie, albo idzie do szpitala. Dzisiaj mamy taką sytuację, że lekarze POZ, bardzo silni, skuteczni, w tej chwili na smyczy prowadzą ministra, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, społeczeństwo, bo do tej pory nic ich nie spotkało za trochę arogancji, buty, braku pokory wobec pacjenta. Mimo że wszyscy nad pacjentem ciężko pracują, ci lekarze mówią: nie będziemy wykonywać żadnych zleceń zabiegowych, skierujemy swoich pacjentów, tę głowę, do lekarza specjalisty. Ale ten specjalista też zaczyna powodować koszty, jeśli chodzi o zabiegi lecznicze. Lekarze POZ zabronili więc pielęgniarkom, które do tej pory zatrudniają, i w gabinecie zabiegowym – bo taki gabinet za-

biegowy lekarz POZ ma – i w punkcie szczepień, a także pielęgniarkom rodzinnym, które pracują w domu pacjenta, wykonywania zabiegów leczniczych swoim pacjentom ze skierowaniem od lekarzy specjalistów. No i zgadnijcie, Panowie, na kogo przerzucono te koszty? Na najbiedniejsze praktyki samodzielnych podmiotów pielęgniarskich, które, raptem się okazuje, muszą mieć gabinety zabiegowe. One już nie muszą pracować w domu pacjenta, choć główny POZ miał zapewniać pomniejszenie kosztów. Mówiono: im dłużej pacjenta utrzymamy w domu, tym będzie on tańszy, bo nie ma potrzeby hospitalizacji. I takie było również założenie reformy. Tymczasem okazuje się, że pacjent zaczyna być drogi, do domu już mu nikt nie przyjdzie, bo pielęgniarek za chwilę nie będzie, one zostaną zlikwidowane, będzie ich coraz mniej, za coraz mniejsze pieniądze, bo płatnik płaci coraz mniej.

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Muszę powiedzieć, że to strasza wizja.)

Nie, to nie wizja, tak już jest. Ja mam na to dowody. Proszę państwa, w tej chwili panie z kraju już piszą, że pacjent stoi pod drzwiami i jest odsyłany. I pytam tutaj państwa senatorów: co mamy zrobić? Płatnik na razie się nie opowiedział, oczekuje od nas jakiejś propozycji na kontraktowanie...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Mam prośbę o konkluzję.)

W konkluzji właśnie pytam, kto uszczelnia, bo mówimy o uszczelnianiu systemu. Kto będzie rozliczał lekarzy POZ za to, że biorą tylko pieniądze, są bramkarzami, są silnymi aktorami, którzy fantastycznie potrafią...

(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Oni koordynują leczenie.)

...rozchodowywać pacjenta za duże pieniądze, coraz lepsze? A nadal jest ograniczanie dostępności do świadczeń najtańszej podobno opieki w POZ.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Za chwilę ten problem będzie miał szpital, bo pielęgniarka nie ma gabinetu zabiegowego i poinformuje pacjenta, że w szpitalu muszą mu to zrobić. Zaznaczam, pacjent chodzący, nie obłożnie chory w domu, do którego chodzimy.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Zgłaszał się pan Filip z Solidarności. Prosiłbym o skracanie wypowiedzi, bo to posiedzenie było zaplanowane na krócej.

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Panie Wiceprzewodniczący, ja bym bardzo prosił o subordynację, bo tutaj nigdy do kłócenia na grochu nikogo nie zmuszamy, ale musimy posuwać się do przodu. Bardzo proszę o krótkie wystąpienia, z konkluzjami.

Doradca

w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”

Krzysztof Filip:

Postaram się.

Panie Przewodniczący! Państwo Senatorowie! Drodzy Goście!

Mam pewne wspomnienie: w tym samym miejscu cztery lata temu odbywała się podobna dyskusja, tylko w trochę innym gronie. Był wówczas obecny na posiedzeniu pan wicepremier, znany ekonomista. I jako konkluzja tamtej dyskusji padło stwierdzenie, że te wszystkie zmiany kosztują. Pan wicepremier powiedział...

(*Głos z sali: Hausner?*)

Tak. Pan wicepremier Hausner powiedział, że pieniędzy na to nie da.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak, to proszę mnie nagrywać, to jest do weryfikacji. Chociaż tutaj powinna być aparatura do nagrywania...

(*Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Jest, jest.*)

Tak? Ja odpowiadam za swoje słowa.

Wtedy zadawałem konsekwentnie pytanie: a ile będzie kosztowała zmiana w takiej ustawie? Bo była też zmiana, która przekształcała zakłady opieki zdrowotnej w spółki użyteczności publicznej, to się wtedy nazywało SUP ZOZ.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Pytałem, ile to będzie kosztowało. Też były propozycje dodatkowych ubezpieczeń, były obligacje.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

I teraz też mam pytanie: czy są jakieś symulacje kosztów? Ile to będzie nas kosztowało? Nas jako podatników. W tym rzecz, że to wszystko kosztuje.

Jeżeli się zdarzą takie przypadki, że nastąpi restrukturyzacja zatrudnienia, to trudno się będzie zgodzić ze stanowiskiem, że to jest sprawa tylko i wyłącznie byłego i nowego pracodawcy. To są jednak koszty budżetu państwa. Nigdzie nie ma mowy, przynajmniej ja nigdzie nie usłyszałem ani słowa o programach osłonowych, wsparciu kształcenia ani innych propozycjach finansowania tych przekształceń.

A więc jest prośba o przybliżenie, czy są takie symulacje co do poszczególnych projektów ustaw, w tym tej nowej ustawy, o konwersji zadłużenia? A jeśli nie ma, to czy będą?

I kolejne pytanie. Kto podczas tych przekształceń, rozłożonych, jak rozumiem, na lata, będzie monitorował te procesy? Doczytałem się w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej o możliwości kontrolowania, nakładania kar administracyjnych. Takie pomysły już były. Kto będzie odpowiedzialny za to, żeby te przekształcenia przebiegały, może nie tak, jak założono, ale w tym kierunku, jak założono, i za to, żeby trzymać sprawy społeczne i finanse w ryzach? Tylko tyle. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Krajczy, bardzo proszę.

Senator Norbert Krajczy:

Ja tylko chciałbym wzmocnić głos samorządu pielęgniarского. Chcę zapytać w tym gremium, bo mam z tym największy problem – w przypadku chociażby pacjentów z cukrzycą, po amputacjach, na drogich łóżkach zabiegowych – o taką rzecz. Czy państwo przewidujecie kontraktowanie tak zwanych oddziałów pielęgniarских?

(*Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Dorota Gardias: Ja przepraszam, jeszcze tylko jedno zdanie.*)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę.

Przewodnicząca
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Dorota Gardias:

Dzisiaj płatnik nie ma możliwości dobrej kontroli dyrektora, kontroli tego, jak wydatkuje on pieniądze, co jest po prostu niedopuszczalne, bo tam właśnie przeciekają te pieniądze. Narodowy Fundusz Zdrowia daje pieniądze na kontrakt, te pieniądze są przekazywane do szpitali, ale potem Narodowy Fundusz Zdrowia już tego nie sprawdza.

A spójrzmy chociażby na taką rzecz. Kiedy dyrektor przygotowuje się do kontraktu, to wpisuje tylu i tylu lekarzy z taką i taką specjalizacją na takim i takim oddziale. Przygotowuje również, Panie Prezesie, informację, ile powinno być pielęgniarek. I nikt tego nie kontroluje, że są gdzieś dopisane pielęgniarki, a wiemy, że tak jest. One są wykazane na papierze, czyli w rachunku się zgadzają, ale ich naprawdę na oddziałach nie ma. Brakuje tej kontroli, a to są państwowe pieniądze i uważam, że w związku z tym ta kontrola powinna być.

Chyba już wszystko, bo za długo będę mówić.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Aha, jeszcze tylko dam jeden przykład podwyżek, żebyście państwo mieli świadomość, jak te podwyżki wyglądały. Zgierz, stu siedemdziesięciu lekarzy – 6 milionów zł, czterysta osiemdziesiąt pielęgniarek – 2 miliony zł. Tego też nikt nie kontroluje.

(Głos z sali: Na rok?)

Na rok, na rok.

Ja pokazuję, jaka będzie różnica. I ja pokazuję też skalę niepokojów, jaka pojawi się później. Proszę sobie wyobrazić, że pielęgniarki będą dochodzić tego, żeby zarabiać połowę tego, co lekarze. My mamy na okragło protesty, bo one będą dalej walczyć o to, ponieważ dzisiaj lekarz zarabia dziesięciokrotnie więcej niż pielęgniarka na jednym etacie, bo my godzin dodatkowych ani kontraktowych nie liczymy. To jest naturalne. A więc, Panie Prezesie, jak to będzie teraz? Czy będzie ta kontrola? Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę jeszcze o odpowiedź pana ministra i pana prezesa. I pomalutku będziemy zmierzać do końca tego posiedzenia.

Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Grzegorek:

W dalszym ciągu nie rozumiem, z jakich zapisów wynika to niebezpieczeństwo dla pracowników, o którym państwo mówicie. Dlatego...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale jakie zabezpieczenie? Normalnie, z mocy prawa pracownicy stają się pracownikami nowego zakładu przekształconego w spółkę. I koniec. I tak zostaje.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

I tak zostaje.

(Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Dorota Gardias: Ja panu wyjaśnię.)

No, proszę bardzo, bo być może...

**Przewodnicząca
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Dorota Gardias:**

Panie Ministrze, niech pan posłucha. My chcemy, żebyście państwo wpisali jakieś zabezpieczenia dla tych pracowników. Żadnym zabezpieczeniem nie jest dzisiaj to, co się wydarzy w zakładach i państwo... My to dzisiaj mówimy jako strona społeczna, państwo tego dotkniecie za jakiś czas. Ale zapłacą za to nie podejmujący dziś decyzje ludzie, tylko ci ludzie, którzy tam pracują. Nie ma innej możliwości. Ja nie boję się o środowisko pielęgniarskie, że zwolni pan dyrektor pielęgniarki, bo ich jest mało. I tu pan ma rację. Ale ja panu powiem, jak tam się pracuje.

Spółka Kwidzyń, pan marszałek Czarnobaj pięknie mówił podczas „białego szczytu”: wspaniała spółka w Kwidzynie! Ja proponuję wysłać człowieka z ministerstwa i to sprawdzić. 3 tysiące zł podwyżki dostał teraz lekarz, a pielęgniarka 200 zł. My się boimy niewolniczej roboty pielęgniarki na rzecz lekarzy, którzy w tej spółce się mocno sytuują. My musimy dbać również o naszych ludzi. Pielęgniarka nie będzie niewolnicą. I o to walczy związek zawodowy. Pan, Panie Ministrze, był dyrektorem szpitala i wie pan, jak jest. My tutaj niczego nowego nie odkrywamy. Każdy, kto był czy jeszcze jest dyrektorem, doskonale wie, jak to działa. Związek będzie domagał się osłon dla tego środowiska i takiej najniższej pensji, o jakiej mówiłam, inaczej nie zgodzimy się na te spółki. Oczywiście, że potem nie będziemy mieli nic do powiedzenia, jak Sejm będzie głosował, ale jako strona społeczna powiemy: nie. I nie dlatego, że to jest zupełnie złe, tylko dlatego, że my nie mamy możliwości ochrony tych ludzi przed tym... No, ja chcę bardzo ładnie się wyrazić o kolegach lekarzach, ale może...

(*Głos z sali: Drapieżnym kapitalizmem.*)

...tak, właśnie, drapieżnym kapitalizmem.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Krzysztof Grzegorek:

Tak naprawdę problem cały czas polega na jednym. Ja nie rozumiem, przed czym macie być państwo chronieni. Przed czym?

(*Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Dorota Gardias: Na przykład przed systemem ordynatorskim.*)

A do tej pory wam to wszystko nie przeszkadzało, przez ostatnie kilkadziesiąt lat?

(*Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Dorota Gardias: Panie Ministrze, ja szanuję...*)

Ale, Pani Przewodnicząca, bardzo proszę mi pozwolić dokończyć.

My po raz pierwszy wprowadzamy możliwość systemu konsultanckiego i dajemy do wyboru: albo ordynatorski, albo konsultancki. Nie chcemy, ciągle to powtarzam, niczego narzucać. Ale jakie mamy przy okazji przekształcenia organizacyjno-prawnego dawać uprawnienia pracownikom? I z jakiego powodu? Przecież niczym to się nie będzie różniło, niczym, od prawa i warunków zatrudnienia dzisiaj. Będzie taka sama sytuacja i nic innego.

Pan Filip się śmieje. No, wie pan, ja dzisiaj też się zastanawiam, jak słucham przedstawicieli „Solidarności”, szczególnie jeżeli chodzi o ochronę zdrowia. Ja nie wiem, czy członek związku zawodowego „Solidarność”, który jest na przykład hy-

draulikiem... Czy w szpitalu praca hydraulika jest inna praca niż praca hydraulika w urzędzie miasta, niż w spółdzielni mieszkaniowej czy w innym zakładzie pracy? Zupełnie niczym się nie różni. A więc jakie szczególne zabezpieczenia mamy stwarzać w momencie przekształcenia w inną formę organizacyjno-prawną? Nie ma żadnych zagrożeń, zapis jest jasny i czytelny: pracownicy z mocy prawa stają się pracownikami nowego zakładu pracy. Jeżeli się mylę, to zaraz uzupełni mnie dyrektor Departamentu Prawnego. I zostają takie same obowiązki i przywileje, jakie są dzisiaj.

Wszyscy państwo mówicie: jest za mało pielęgniarek, mówimy: brakuje nam lekarzy. Kto będzie kogokolwiek zwalniał w takiej sytuacji? Takie same dzisiaj są finanse samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jakie będą w przyszłości spółek handlowych. Ja mam nadzieję, że z czasem będzie więcej środków finansowych w systemie i tych pieniędzy będzie więcej. Nie rozumiem tego niepokoju.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

No, bardzo proszę.

**Przewodnicząca
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Dorota Gardias:**

Panie Ministrze, proszę zrozumieć, dlaczego my tak... Na wstępie powiedziałam: proszę nie czuć się obrażonym jako ministerstwo. Ponieważ idą reformy, nowe, duże zmiany, my jako środowisko zgłaszamy panu ministrowi, przy okazji mówienia o uszczelnieniu systemu, niepokoje środowiska. Ja wiem, że akurat wasza ekipa bardzo poważnie podchodzi do środowiska pielęgniarek. Wyrażam te obawy nie po to, żeby atakować, tylko po to, żeby to wskazać. Proszę zrozumieć intencje, chcę wskazać na niepokoje środowiska, pokazać, co się dzieje złego.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dobrze, dobrze. Przyjmujemy, rozumiemy. To jest oczywiste.

Myślę, że na fali dyrektywy o czasie pracy rzeczywiście ciągle toczy się ostra batalia płacowa i tę batalię widzimy. Z rodzinnej praktyki wiem, że nawet jest takie poczucie pewnego rodzaju moralnego dyskomfortu wśród tych lekarzy, którzy widzą, że ciężko pracująca pielęgniarka dostaje za miesiąc pracy tyle, ile lekarz ma za jeden dyżur. I trzeba o tym mówić głośno, bo dyrektorzy szpitali muszą się liczyć z koniecznością zabezpieczenia potrzeb pielęgniarskich

Rozumiem głos pani prezes i chcę powiedzieć, że bardzo ciężko jest ustawodawcy stworzyć taki pakiet socjalny. Dyrektorzy stają przed trudnym zadaniem konieczności jakiegoś zabezpieczenia potrzeb. Inaczej pielęgniarki odejdą... Zresztą już się to zdarza, że odchodzą od chorych. I to jest poważny problem społeczny. Możemy to na razie przyjąć tylko i wyłącznie jako pewnego rodzaju... To jest rzetelna informacja. Jak państwo widzą, zdajemy sobie z tego sprawę, próbujemy się nad tym zastanawiać i miejmy nadzieję, że podczas „białego szczytu” wypracujemy odpowiednie rozwiązania, aczkolwiek nie jestem pewny, czy one będą po linii ściśle związkowej. Ja sam na przykład jestem zdecydowanym przeciwnikiem etatyzacji. Uważam, że to jest niedobra forma zatrudnienia, niemotywuująca, zwłaszcza w kontekście dyrektyw społecznych Unii. Ale to jest kwestia do dyskusji.

Jeszcze pan prezes, bardzo proszę.
To już ostatnia, że tak powiem, wypowiedź.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Pani przewodnicząca ma wątpliwość, czy my to kontrolujemy. Otóż ta wątpliwość i obawa są słuszne. Ja potwierdzam, że to jest poważny problem. Mam to szczęście, lub nie-szczęście, że pracuję w funduszu trzy lata, z tego dwa lata w centrali, i widzę wadliwość funkcjonowania postępowania konkursowego. W aplikacji można wpisać wszystko, a potem to wygląda inaczej, można generalnie ten personel zacząć mocno zmieniać. To obserwujemy od paru lat. Obecnie wykonaliśmy pierwszy krok w kierunku kontrolowania i to jest ewidencjonowanie tych zmian. W tym celu wprowadzono portal Narodowego Funduszu Zdrowia, on jest w różnych oddziałach na różnych poziomach wdrażania i zaawansowania, ale w tym roku ten projekt zakończymy, żeby móc śledzić te zmiany na bieżąco.

Otóż chcę powiedzieć, że generalnie jest tak, że albo pracownik występuje w postaci jakiegoś harmonogramu pracy, który tak naprawdę jest informacją nie dla funduszu, ale dla pacjenta o tym, gdzie on ma szukać pożądanego lekarza czy pielęgniarki, albo występuje w postaci łącznego czasu pracy, który nie może być absurdalny, bo nie może być sytuacji takiej, że pracownik się multiplikuje. Nie może być tak, że pod jego szyldem my kupujemy świadczenia, a on realnie nie występuje, bo to jest nonsens wynikający z elementarnych praw fizyki. W związku z tym my musimy te osoby, które są niezbędne jako potencjał realizacyjny świadczeń – personel, ale również i sprzęt, całe wyposażenie, całą strukturę świadczeniodawcy – rejestrować i śledzić zmiany. I w tym kierunku zdecydowanie będziemy podążali. To nie oznacza, że my nalegamy, żeby to były etaty. Nas nie interesuje forma zatrudnienia, musi być realna dostępność tego pracownika ochrony zdrowia dla pacjenta, bo upierałbym się, że występujemy w imieniu ubezpieczonych i musimy tę dostępność zapewnić. Oczywiście, w odpowiedzi na to często padają zarzuty, że to jest jakaś nadmierna ingerencja. Ale trudno zawierać fikcyjne kontrakty, to jest po prostu nonsens. Ten projekt będziemy systematycznie prowadzić. Nie chcę tutaj tego tematu rozwijać, powiem tylko, że jest tam zamontowany wewnętrzny system permanentnej kontroli tego stanu rzeczy. Jeśli następuje zmiana w personalu, to fundusz jest informowany, że wchodzi to w konflikt z wymaganiami. I wtedy prawdopodobnie będzie to wywoływało interwencje albo w postaci kontroli, albo w postaci zapytania kierowanego do konkretnego podmiotu, jak sobie wyobraża uzupełnienie personelu, bo to jest pewne minimum, na które się godziliśmy zawierając kontrakt.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, dziękuję bardzo za udział w posiedzeniu komisji wszystkim gościom, panu ministrowi. Prezydium komisji spróbuje w jakiejś mierze na podstawie protokołu skonkludować to posiedzenie, wnioski prześlemy do pana ministra.

Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 18 minut 20)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851