



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny
(556)

31. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 3 stycznia 2007 r.

VI kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy budżetowej na rok 2007 w częściach właściwych przedmiotowemu zakresowi działania komisji: Zdrowie; Rezerwy celowe; Budżety wojewodów ogółem (druk nr 324).
2. Sprawy różne.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 05)

(Posiedzeniu przewodniczy zastępca przewodniczącego Stanisław Karczewski)

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Serdecznie witam panie i panów senatorów. Witam panią minister, pana preze-
sa. Witam wszystkich przybyłych gości.

Dziś w porządku obrad mamy dwa punkty. Pierwszy punkt to rozpatrzenie
ustawy budżetowej na rok 2007 w częściach właściwych przedmiotowemu zakresowi
działania naszej komisji oraz sprawy różne.

Może od razu poproszę panią minister o zabranie głosu i przedstawienie budżetu
na rok 2007 w naszym zakresie.

Proszę bardzo.

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

Bardzo dziękuję.

Witam państwa serdecznie. Przepraszam za chwilę spóźnienia.

Jeżeli pan przewodniczący i szanowni państwo pozwolą, rozdalibyśmy tabelę,
która pokazuje aktualny budżet, uchwalony 15 grudnia. Będzie po prostu łatwiej nadą-
żać za tym, co mówię. Druga tabela będzie zawierała wykaz zmian, które zostały
wprowadzone w Sejmie. Czy możemy rozdać powielony materiał?

*(Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski: Tak, oczywiście. Bardzo
proszę.)*

Dziękuję.

Mam ogromny zaszczyt przedstawić w imieniu ministra zdrowia budżet
w ochronie zdrowia. Budżet ten jest zawarty w druku senackim nr 324. Prezentując go,
podam główne filary, stanowiące budżet w części 46 „Zdrowie”, której dysponentem
jest minister zdrowia. Przedstawię także zmiany, które wprowadził Sejm do przedłoże-
nia rządowego.

Przechodząc do omawiania budżetu, zacznę jak zwykle od dochodów. Dochody
w dziale „Ochrona zdrowia” zaplanowano w wysokości 77 milionów 302 tysiące zł.
W głównej mierze są to dochody z działalności stacji sanitarno-epidemiologicznych
oraz rejestracji leków i wyrobów medycznych. Inne dochody stanowią niewielką kwotę
i wynikają ze ściągania różnych należności od podmiotów z tytułu realizacji umów
z ministrem zdrowia. Ta część budżetu nie została w Sejmie zmieniona.

Jeśli chodzi o wydatki, to jak państwo doskonale wiecie, Sejm zwiększył ogólną kwotę wydatków budżetu państwa w całości o 1 miliard 200 tysięcy zł. Obecnie wydatki są ustalone na poziomie 258 miliardów zł. Oznacza to, że będą większe o 14,3% w stosunku do 2006 r. Oczywiście za punkt odniesienia brany jest plan po zmianach, ale na etapie tworzenia ustawy budżetowej. W międzyczasie mogły być tam zmiany w wyniku realizacji budżetu, ale tego już nie będziemy omawiali, bo jakiś punkt odniesienia musi być przyjęty. W tym przypadku jest właśnie plan po zmianach z etapu prac nad budżetem.

Wydatki w dziale „Ochrona zdrowia” – czyli wydatki związane z ochroną zdrowia, ale bez względu na dysponenta, a więc łącznie z wydatkami ministra zdrowia w dziale „Ochrona zdrowia”, wydatkami ministra obrony narodowej, ministra spraw wewnętrznych i administracji, wojewodów – łącznie wynoszą 3 miliardy 900 tysięcy zł. Należy też dodać rezerwy celowe. Po uwzględnieniu rezerw celowych jest to kwota dokładnie 5 miliardów 123 miliony 121 tysięcy zł. I one będą wyższe o 41% niż w 2006 r.

Automatycznie wzrasta udział wydatków budżetu państwa na ochronę zdrowia w wydatkach ogółem. Po raz pierwszy jest zauważalna dynamika – z 1,61% w 2006 r. do prawie 2% w 2007 r. Tak pozytywna zmiana ma miejsce po raz pierwszy, można powiedzieć, od niepamiętnych czasów. Wynika z tego, że budżet państwa wyasygnował kwotę 1 miliarda 200 milionów zł na ratownictwo medyczne. Pamiętamy, że od wielu, wielu lat nie mogło stać się słowo ciałem... chciałam powiedzieć – faktem. W 2007 r. jest to możliwe. Oczywiście są to środki na realizację, już w nowym kształcie, ustawy o państwowym ratownictwie medycznym, która weszła w życie z dniem 1 stycznia bieżącego roku.

Przejdę teraz do wydatków, które są w dyspozycji ministra zdrowia, czyli część 46 „Zdrowie”. Ona się różni od samego działu, o którym mówiłam przed chwilą tym, że minister zdrowia do dyspozycji, oprócz wydatków zakwalifikowanych do działu „Ochrona zdrowia” ma pieniądze na utrzymanie urzędu ministerstwa, czyli wydatki w dziale „Administracja publiczna”; na finansowanie Głównej Biblioteki Lekarskiej, to jest dział „Kultura i ochrona dziedzictwa narodowego”; oczywiście na szkolnictwo wyższe i obronę narodową. Te wszystkie działy w części 46 „Zdrowie” dają nam kwotę 4 miliardów zł. Jest to kwota po zwiększeniach dokonanych w Sejmie. Te zwiększenia łącznie wynoszą 90 milionów 500 tysięcy zł. Dzięki temu wydatki do dyspozycji ministra zdrowia wzrosną o 7% w stosunku do 2006 r.

Największa część wydatków będących w dyspozycji ministra zdrowia to oczywiście, jak powiedziałam, wydatki w dziale „Ochrona zdrowia”. W 2007 r. będą one stanowiły 68,5% wszystkich środków, jakimi będzie dysponował minister zdrowia. Dokonane w Sejmie zwiększenia, o których mówiłam – o 90 milionów 500 tysięcy zł – dotyczą działu „Ochrona zdrowia”. W związku z tym minister będzie dysponował kwotą 2 miliardów 700 milionów zł, co stanowi wzrost wydatków o 10%. Takiego wzrostu też dawno nie pamiętamy. Ale jeśli do tego, może trochę sztucznie, włączymy jeszcze rezerwę celową na ratownictwo medyczne, wówczas ten wzrost będzie o ponad 58%.

Drugą co do wielkości grupą wydatków w części 46 „Zdrowie” są wydatki w dziale „Szkolnictwo wyższe”. Na ten cel minister zdrowia ma do dyspozycji 1 miliard 200 milionów zł i, szczerze mówiąc, one są na poziomie roku 2006. Wzra-

stają o 0,4%. Ale, na co można zwrócić uwagę, stanowią one 30% wszystkich środków będących w dyspozycji ministra zdrowia.

Dział „Administracja publiczna” to jest niewielka kwota – poniżej 1%, dokładnie 0,96%. Na zadania związane z obsługą urzędu ministra zdrowia na 2007 r. są zapewnione środki w wysokości 38 milionów 500 tysięcy zł. One będą większe o 9,5%, jeżeli popatrzymy na tę tabelę, którą państwo otrzymaliście, ale zmiana nie wynika z dodania większych środków na ten urząd, tylko z dokonania zmian organizacyjnych w Ministerstwie Zdrowia. Dwa słowa na ten temat. Po pierwsze, z dniem 1 stycznia 2007 r. zostało zlikwidowane Gospodarstwo Pomocnicze przy Ministrze Zdrowia. Jest to właściwy kierunek porządkowania gospodarki finansowej założony w planie rządu. W związku z tym minister zdrowia musiał przejąć część, a właściwie wszystkie zadania. To się jednak wiąże ze zwiększeniem limitu zatrudnienia w korpusie służby cywilnej o piętnaście etatów oraz zwiększeniem zatrudnienia w grupie pracowników nieobjętych tak zwanym mnożnikowym systemem wynagrodzenia o czterdzieści osiem etatów. Te osoby przeszły z gospodarstwa pomocniczego na finansowanie z Ministerstwa Zdrowia.

Ponadto z początkiem tego roku dokonaliśmy zmiany w kwalifikacji pracowników oficerów zatrudnionych w Departamencie Spraw Obrony Ministerstwa Zdrowia. W tej chwili nie ma stanowisk wojskowych w Ministerstwie Zdrowia. Są stanowiska cywilne. W związku z tym formalnie jest wzrost o dziesięć etatów w urzędzie ministra zdrowia w korpusie służby cywilnej.

Jeszcze jedna ważna zmiana, która została dokonana. Przeniesiono środki, które też były w dziale „Ochrona zdrowia”, tylko w innym rozdziale – „Pozostała działalność”. Środki te były przeznaczone na zlecenie różnych prac w trybie umów zleceń, umów o dzieło, ważnych dla wykonywania zadań statutowych ministra zdrowia. W związku z tym, że brakowało etatów, minister zdrowia zlecał wykonanie ich w tym trybie. Dokonaliśmy pewnych zmian urealnających poziom zatrudnienia w sensie formalnej liczby etatów. Przeniesiono kwotę 2 milionów zł, jeśli dobrze pamiętam, do działu „Administracja publiczna” z działu „Ochrona zdrowia”. Te pieniądze zasilą fundusz wynagrodzeń i będzie możliwe wykonywanie tych zadań w ramach etatów. Jest to zadanie, które realizujemy w wyniku zdecydowanych zaleceń pokontrolnych Najwyższej Izby Kontroli. Również sejmowa Komisja Zdrowia przy analizie wykonania budżetu za rok ubiegły złożyła taki postulat. Stąd są te zmiany? One, jak mówię, nie wynikają z dodatkowych absorpcji środków z zewnątrz. Są to zmiany organizacyjne w ramach limitu, który minister otrzymał na realizację zadań w 2007 r. Dodam tylko, że dział „Administracja publiczna” nie uległ zmianie w wyniku prac w Sejmie.

Kolejny dział „Obrona narodowa” to jest mały dział, stanowiący 0,7% wszystkich wydatków, ale o dość dużej dynamice wzrostu w stosunku do roku poprzedniego. Wynika ona z tego, po pierwsze, że te środki minister zdrowia otrzymuje na etapie tworzenia planu bezpośrednio od ministra obrony narodowej. Ta kwota, którą otrzymaliśmy – 2 miliony 900 tysięcy zł – została włączona do części. Jest to wzrost o 27,4% w stosunku do roku 2006 i wynika z realizacji programu pozamilitarnych przygotowań obronnych Rzeczypospolitej Polskiej ustalonych przez ministra obrony narodowej w latach 2007–2012.

Ostatni, również niezmienny w Sejmie w stosunku do przedłożenia rządowego dział finansowany przez ministra zdrowia, to jest dział „Kultura i ochrona dziedzictwa narodowego”. Jak wspomniałam, są to wydatki dla Głównej Biblioteki Lekarskiej.

Teraz, jeśli państwo senatorowie pozwolą, omówiłabym pokrótce ważniejsze zadania, realizowane w ramach określonego budżetu. Przy tym ograniczyłabym się tylko do dwóch ważnych działów, mianowicie do szkolnictwa oraz do ochrony zdrowia.

Zadania w zakresie szkolnictwa w całej części ministra zdrowia są finansowane łącznie w wysokości 1,5 miliarda zł. Z tego 1 miliard 200 tysięcy zł, jak wspomniałam, jest w dziale „Szkolnictwo wyższe”, a pozostałe kwoty są albo w rozdziale „Staże i specjalizacje medyczne”, albo w rezerwach celowych. A więc jest tutaj finansowane kształcenie przeddyplomowe, realizowane w jedenastu uczelniach medycznych, oraz CMKP. Z tej kwoty są finansowane dotacje dla tych uczelni, dla czterdziestu sześciu tysięcy studentów. Dwanaście tysięcy studentów to są studenci pierwszego roku studiów. Finansowanych jest także dwa tysiące trzysta kursów dla lekarzy i lekarzy dentyistów w ramach kształcenia podyplomowego, a także tysiąc pięćset miejsc na studiach pomostowych dla pielęgniarek i dwieście dwadzieścia miejsc kształcenia specjalizacyjnego dla diagnostów laboratoryjnych. Dotacja dydaktyczna dla studentów wynosi 1 miliard 174 miliony zł, w tym 34 miliony 700 tysięcy zł to są wydatki majątkowe, które są przeznaczone na rozbudowę lub modernizację bazy dydaktycznej uczelni medycznych oraz jej infrastruktury technicznej.

Drugą grupę wydatków w ramach szeroko rozumianego kształcenia stanowią środki na przygotowanie lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych do zawodu poprzez prowadzenie, znanych wszystkim na tej sali, staży podyplomowych. Środki na ten cel są zawarte w dwóch miejscach. Pierwsze miejsce, które chcę wskazać, to jest rezerwa celowa – 30 milionów 600 tysięcy zł, właśnie na organizację staży obowiązkowych podyplomowych, za które odpowiada marszałek województwa. To są pieniądze na staże nowo rozpoczynane w 2007 r. Na staże kontynuowane natomiast pieniądze znalazły się już w budżetach wojewodów.

Chciałabym podkreślić, że od 2007 r. zdecydowaliśmy się na zmianę finansowania tych staży. Jak państwo pamiętacie, te środki były zawsze uwzględnione w całości w rezerwie celowej, ale komplikowało to wypłatę środków na początku roku zanim była uchwalona ustawa budżetowa. W wyniku szerokich konsultacji, zarówno z marszałkami województw, wojewodami, ministrem finansów, uznaliśmy, że podzielimy to na dwa źródła. Nowo rozpoczynane będą w rezerwie, bo nie wiemy jeszcze jak się ukształtują te wydatki w poszczególnych województwach, na kontynuowane natomiast staże, kiedy wiemy, kto gdzie odbywa te staże podyplomowe, będą już u konkretnych dysponentów środków budżetowych. Dodam tylko, że w 2007 r. rozpocznie staż trzy tysiące czterysta osób i sto dziesięć pielęgniarek. Jednocześnie będzie kontynuowanych pięć tysięcy dwieście staży rozpoczętych przed 2007 r.

Ostatnią pozycją w ramach kształcenia finansowanego ze środków ministra zdrowia jest kształcenie specjalizacyjne podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów oraz pielęgniarek, realizowanych, w przypadku lekarzy w trybie rezydentur. Mamy na to 177 milionów 100 tysięcy zł i 9 milionów zł na dofinansowanie kształcenia specjalizacyjnego pielęgniarek i położnych. Łącznie w rozdziale „Staże i specjalizacje medyczne” jest 186 milionów 100 tysięcy zł. Jest to kwota o 3 miliony zł wyższa w stosunku do przedłożenia rządowego.

Teraz przejdę do działu „Ochrona zdrowia”. Wymienię kilka zadań, takich ważniejszych, realizowanych w ramach środków w wysokości 2 miliardy 700 milionów zł. Największą pozycję stanowią wydatki na Inspekcję Sanitarną. Tutaj mamy kwotę

699 milionów 400 tysięcy zł. Jest to wzrost o 8,6% w stosunku do 2006 r. Największą część to oczywiście wydatki bieżące, w tym wydatki płacowe. Na wydatki płacowe zarezerwowano 606 milionów zł. Ale jest też ogromna liczba tych stacji. Ponad trzysta czterdzieści stacji sanitarno-epidemiologicznych w całym kraju.

Podkreśliłabym tutaj od razu, że w ramach tej kwoty jest zapewnione 55 milionów zł na podniesienie wynagrodzeń dla pracowników Inspekcji Sanitarnej, co daje wzrost zaledwie o 10,2%. No ale nie mieliśmy po prostu możliwości zwiększenia tych środków o większą kwotę. Jest to realizacja postulatów środowisk medycznych w związku z uchwaleniem ustawy o podwyżkach wynagrodzeń dla pracowników ochrony zdrowia w zakładach, które mają kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia. Część zakładów opieki zdrowotnej nie ma kontraktów z Funduszem i jest finansowana z budżetu państwa. Właśnie stacje sanitarno-epidemiologiczne są takim przykładem.

Ponadto chcę dodać, że w trakcie prac w Sejmie zwiększono środki o 3,5 miliona zł na Inspekcję Sanitarną. Tutaj mamy takie celowane przeznaczenie. Posłowie wnioskowali, apelowali o to, żeby przeznaczyć 3,5 miliona zł na budowę siedziby Państwowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Radomiu. Ten wniosek uznaliśmy za zasadny w tym sensie, że ta stacja nie ma własnej siedziby. Ona wynajmowała pomieszczenia w szpitalu wojewódzkim w Radomiu i szpital wypowiada jej właśnie lokal. Stąd istnieje potrzeba wybudowania siedziby.

Drugą grupą wydatków w ramach działu „Ochrona zdrowia” stanowią środki na programy polityki zdrowotnej. W tym obszarze będzie realizowanych w bieżącym roku szesnaście programów. Jest to o dwa programy więcej aniżeli w roku ubiegłym. Są to: „Program monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej” i – drugi program – „Program zapobiegania otyłości i nadwadze oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywność fizyczną”. Taka jest długa nazwa tego programu. Ten program jest prowadzony w wyniku uwzględnienia zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia. Czternaście programów będzie kontynuowanych. Wszystkie programy są zapisane w informacji przedłożonej państwu. Ta informacja, jak powiedziałam, zawiera dane sprzed okresu prac Sejmu, ale szczegółowe opisy są aktualne.

Na programy polityki zdrowotnej w przedłożeniu rządowym było przeznaczonych 626 milionów 700 tysięcy zł, czyli na poziomie roku 2006. W trakcie prac w Sejmie zwiększono środki o 24 miliony 400 tysięcy zł. Obecnie jest 651 milionów zł, w tym na wydatki majątkowe 274 miliony zł oraz 397 milionów zł na wydatki bieżące. Środki, które Sejm dodał, są głównie przeznaczone na zwalczanie chorób nowotworowych. To jest więcej o 21 milionów 900 tysięcy zł. 2,5 miliona zł jest przeznaczone na wprowadzenie nowego zadania – hodowli naskórka w ramach „Narodowego programu rozwoju medycyny transplantacyjnej”. Czyli w sumie będą trzy nowe programy. Ten program będziemy musieli wdrożyć. Uznaliśmy, że on jest zasadny. Wiąże się z leczeniem oparzeń, szczególnie na Dolnym Śląsku. Będzie wprowadzony po uchwaleniu ustawy budżetowej, jeżeli Senat podtrzyma tę propozycję.

Kolejna, trzecia duża grupa wydatków, to wydatki na finansowanie wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Na ten cel jest 388,5 miliona zł. Jest to więcej o 1,3% w stosunku do roku minionego. Środki będą przeznaczone, tak jak dotychczas, na realizację przeszczepu szpiku oraz narządów unaczynionych, to jest: wątroby, serca, płuc, nerek, rogówki, a także innych zabiegów, w tym w zakresie kardiochirurgii i ra-

dioterapii w ramach umów zawieranych przez ministra zdrowia z jednostkami posiadającymi akredytację na ich wykonywanie.

Szczegółowy wykaz liczby i wartości świadczeń jest opisany w informacji, nie będę więc się nad tym zatrzymywała. Tam jest jedna nowa procedura wprowadzona przez ministra zdrowia na rok bieżący. Mamy świadomość, że wzrasta zapotrzebowanie na ten typ leczenia. Koszty generalnie są wysokie, ale jak się podsumuje całość leczenia, to w naszej opinii są jednak mniejsze, aniżeli gdyby zrezygnować z najnowocześniejszych metod związanych z wysokospecjalistycznymi procedurami. Sejm nie dokonał żadnych zmian w tym zakresie.

Teraz przejdę do omówienia ratownictwa medycznego. To jest kolejny rozdział. Jak już wspomniałam, od kilku dni obowiązuje nowa ustawa, która jest ukierunkowana na usprawnienie funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Daje ona możliwość finansowania z budżetu państwa świadczeń przedszpitalnych, co do tej pory było finansowane w ramach kontraktów z NFZ. One będą kontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ale na zlecenie wojewodów. Ponadto w ramach środków z budżetu państwa finansowana będzie działalność centrów powiadamiania ratunkowego oraz funkcjonowania lekarza koordynatora systemu ratownictwa medycznego. Jak wspomniałam, w rezerwie celowej jest kwota 1 miliarda 200 milionów zł.

Niezależnie od tej kwoty w rozdziale ratownictwo medyczne są pieniądze na realizację programy wymiany śmigłowców Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2005–2010 oraz na dotację dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w wysokości 30 milionów 900 tysięcy zł. To jest kwota z przedłożenia rządowego, a na program wieloletni było 105 milionów 800 tysięcy zł. Sejm dokonał zmiany w ramach tej ogólnej puli, dokonał przesunięcia, zmniejszając program wymiany śmigłowców o 7 milionów zł, zwiększając środki dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Łącznie wydatki w tym rozdziale wynoszą 136 milionów 600 tysięcy zł i są o 50,4% większe niż w roku 2006. To wynika z dynamiki programu śmigłowcowego, używając skrótovej nazwy.

Może od razu wspomnę, że dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego kwota 7 milionów zł była o tyle istotna, że umożliwi częściowo realizację podwyżki wynagrodzeń, szczególnie dla pilotów, którzy masowo odchodzą – fluktuacja jest bardzo duża – do komercyjnych linii lotniczych, gdzie są znacznie wyższe stawki wynagrodzenia. To są doskonale przygotowani piloci i istnieje potrzeba ich zatrzymania. 7 milionów zł umożliwią także na dostosowanie funkcjonowania lotniczego pogotowia do programu nowych śmigłowców.

Jeszcze kilka słów o innych zmianach, które wprowadził Sejm do ustawy budżetowej w dziale „Ochrona zdrowia”. Mianowicie zwiększono o 19 milionów 100 tysięcy zł środki dla Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Te pieniądze są po to, aby móc zrealizować „Program harmonizacji dokumentacji polskich produktów leczniczych”. Wszyscy doskonale wiemy, że z układu europejskiego wynika konieczność re-rejestracji, czyli doprowadzenia do właściwej według standardów unijnych rejestracji produktów leczniczych po to, żeby mogły one funkcjonować po 2008 r. na polskim rynku. Łącznie wydatki tego urzędu wyniosą 68 milionów 600 tysięcy zł, co daje wzrost o 53,4% w stosunku do roku 2006. Te pieniądze nie są na wzrost zatrudnienia, tylko na realizację zadań w trybie umów zleceń, głównie dla ekspertów zatrudnionych w Narodo-

wym Instytucie Leków. W tej chwili taka jest nazwa byłego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego.

Kolejna zmiana to jest zwiększenie o 470 tysięcy zł środków w rozdziale „Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze”. Środki te są przeznaczone na podwyżki wynagrodzeń dla pracowników Ośrodka Readaptacyjnego w Konstancinie Jeziornej. Tutaj dwa słowa komentarza. To jest ośrodek, którym kieruje ksiądz Arkadiusz Nowak. Zajmuje się on leczeniem osób chorych na HIV i AIDS, jednocześnie również narkomanów. Wymaga doskonale specjalnie przygotowanej kadry medycznej. I też jest to zakład opieki zdrowotnej, ale finansowany wyłącznie ze środków budżetu państwa. Stąd ta podwyżka ma na celu, zdaniem posłów, zatrzymanie dobrze przygotowanej kadry do pracy z chorymi potrzebującymi pomocy medycznej.

Kolejna zmiana dokonana w Sejmie to jest zwiększenie o 12 milionów 400 tysięcy zł wydatków w rozdziale „Publiczna służba krwi”. Przy tym 11 milionów zł z tej kwoty również jest ukierunkowane na zwiększenie dotacji dla regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa z przeznaczeniem na podwyżki wynagrodzeń wraz z pochodnymi; 1 milion 400 tysięcy zł na funkcjonowanie nowej jednostki budżetowej, która powstała już po przekazaniu ustawy do Sejmu – Narodowe Centrum Krwi. Chcę tutaj skomentować, że te pieniądze na podwyżki nie są w formie wzrostu wynagrodzeń, tylko w formie dotacji dla regionalnych centrów, ponieważ nie ma podstawy do przekazania wzrostu wynagrodzeń tak formalnie. Tę podwyżkę natomiast będą mogli zrealizować kierownicy zakładów w ramach zwiększonej dotacji.

Jeszcze dwie zmiany dotyczą wydatków majątkowych. W Sejmie zwiększono o 23 miliony zł środki w rozdziale „Szpitale kliniczne”. Z tego 20 milionów zł były na podstawie wniosku poselskiego przeznaczone dla Centralnego Szpitala Klinicznego Akademii Medycznej w Warszawie na modernizację bloku operacyjnego i 3 miliony zł dla Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego Szpitala Klinicznego w Poznaniu na budowę i wyposażenie centralnej sterylizatorni. Jeśli chodzi o ten pierwszy cel – modernizacja bloku operacyjnego, to on jest realizowany od ubiegłego roku. Te pieniądze umożliwią mocne zdynamizowanie, praktycznie doprowadzenie pod zakończenie całej modernizacji. Ta modernizacja jest robiona w trybie ciągłym, bez przerywania prowadzenia działalności. Są bardzo trudne warunki. Chodzi o to, żeby po prostu szybko to wykonać, tak aby poprawiły się warunki pracy. Drugie zadanie było wnioskowane od 2005 r. do ministra zdrowia, ale z braku środków, które mieliśmy do dyspozycji na inwestycje w ochronie zdrowia, nie było ono możliwe do realizacji.

I ostatnia zmiana, która została wprowadzona, też w rozdziale „Szpitale kliniczne”, dotyczy tym razem zmniejszenia o 2 miliony zł środków na jedną z inwestycji wieloletnich, realizowaną przez Śląską Akademię Medyczną w Katowicach. Ta inwestycja w zasadzie została wykreślona z załącznika inwestycji wieloletnich, czyli nie zostanie po prostu wprowadzona do realizacji. Ta zmiana była związana z uchwałą Senatu Akademii Medycznej w Katowicach w listopadzie 2005 r., kiedy to najpierw wnioskowano do ministra zdrowia o wprowadzenie do planu. To była realizacja warunkowa. Przyjęta przez ministra pod warunkiem, że dokonane zostaną wszystkie wymagane prawem prace wcześniejsze, umożliwiające włączenie do planu, a więc przygotowanie dokumentacji, koncepcji budowy i wszystkich wymaganych rozporządzeniem Rady Ministrów o finansowaniu inwestycji ze środków publicznych dokumentów. Jednak senat Śląskiej Akademii wobec bardzo ostrego programu restrukturyzacyj-

nego, realizowanego przez panią rektor, zdecydował, że na razie na dwa, trzy lata rezygnują z budowy. Chcą bowiem doprowadzić sytuację finansową samej Akademii Medycznej do odpowiedniego poziomu. To była jedna z trudniejszych sytuacji finansowych w akademiach medycznych w Polsce. Wobec uchwały senatu to zadanie zostało po prostu wykreślone. Nie można robić niczego wbrew ostatecznej decyzji władz uczelni.

Korzystając z tego, że mówię o wydatkach majątkowych, może kilka słów na temat tego rodzaju wydatków w budżecie. Otóż wydatki majątkowe są zaplanowane w chwili obecnej na poziomie 701 milionów 740 tysięcy zł. Jest to o 42 miliony zł więcej niż w przedłożeniu rządowym. W ramach tej kwoty będą realizowane drobne zakupy i modernizacje w dziale „Administracja publiczna” – 1,5 miliona zł. W dziale „Szkolnictwo wyższe” będzie realizowanych sześć zadań budowlanych o łącznej wysokości 34 milionów 700 tysięcy zł i 665 milionów zł w dziale „Ochrona zdrowia” na wszystkie zadania inwestycyjne w tym dziale. W ramach tego są realizowane obecnie trzy inwestycje wieloletnie i dochodzą dwie nowe od bieżącego roku. Łącznie będzie pięć inwestycji wieloletnich. Są to: we Wrocławiu Centrum Kliniczne Akademii Medycznej, na ten cel jest 77 milionów zł; Centrum Kliniczno-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Łodzi ma zapewnione finansowanie w wysokości 30 milionów zł oraz budowa szpitala uniwersyteckiego w Krakowie-Prokocimiu – finansowanie w wysokości 2 miliony zł.

I teraz kilka słów komentarza. Inwestycja w Łodzi – Centrum Kliniczno-Dydaktyczne – jest realizowana od dwóch lat z dużymi kłopotami. A właściwie nie jest realizowana w związku z trudnością z wyborem realizatora. Realizator był wybrany w listopadzie 2005 r., podpisano umowę, ale w wyniku kontroli Urzędu Zamówień Publicznych stwierdzono, że dokonano wiele błędów w postępowaniu przetargowym i to takich, które skutkują nieważnością umowy z mocy prawa. Wówczas Urząd Zamówień Publicznych – we współdziałaniu z ministrem zdrowia, ministrem finansów – wystąpił do sądu o unieważnienie umowy. To wszystko jest zgodnie z prawem zamówień publicznych. Minister zdrowia w porozumieniu z ministrem finansów zablokował w 2006 r. realizację... Przepraszam, w 2005 r... Problemy występowały przez dwa lata. W 2005 r. była blokada, w 2006 r. natomiast pieniądze też nie zostały wydatkowane na ten cel. Były cztery przetargi, trzy w pierwszej połowie roku nierozstrzygnięte, czwarty w ostatnim kwartale ubiegłego roku. W związku z tym, że w połowie roku było już wiadomo, że pieniądze nie będą wydatkowane, minister zdrowia wystąpił do ministra finansów, właściwie za pośrednictwem ministra finansów, do Komisji Finansów Publicznych Sejmu oraz do Rady Ministrów o zmianę przeznaczenia środków. I rzeczywiście tak się stało. Środki w wysokości bodajże 40 milionów zł zostały niewydatkowane na tę budowę, na inne natomiast cele zostały spożytkowane.

Jeśli chodzi...

(Głos z sali: Czy jest już wybrany wykonawca?)

W chwili obecnej wykonawca jest wyłoniony. 30 milionów zł, wydaje nam się, że zapewni już, miejmy nadzieję, sprawną realizację tej inwestycji. Jeśli natomiast chodzi o Wrocław, to realizacja tego zadania przebiega sprawnie i 77 milionów zł w pełni, w naszej ocenie, będzie spożytkowane.

Dwa słowa na temat nowych dwóch inwestycji. Zostały zaplanowane – jedna w Gdańsku, druga w Bydgoszczy. Budżet każdej z nich wynosi 2 miliony zł. Z tego

względu, że jest to początkowy etap realizacji zadania środki będą przeznaczone głównie na dokumentację, na odpowiednie przygotowanie inwestycji. Wybór wykonawcy może być rozpoczęty dopiero, gdy będą przygotowane dokumenty. Wydaje nam się więc, że finansowanie prac budowlano-montażowych nastąpi w kolejnych latach.

Dlaczego zdecydowaliśmy się na wprowadzenie tych dwóch inwestycji... Przedtem trzech, teraz – ostatecznie – dwóch. Po pierwsze, w wyniku skumulowania środków czy zdynamizowania wcześniej realizowanych inwestycji udało nam się zakończyć trzy inwestycje wieloletnie. Państwo pamiętacie – Polanica Zdrój, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie oraz Instytut Stomatologii w Poznaniu. Ten ostatni był wykonany o rok wcześniej niż zaplanowano. Taka była kumulacja działań i środków, że można było to zakończyć. I to umożliwiło wprowadzenie nowych zadań. Dlaczego Gdańsk i Bydgoszcz?

Jeśli chodzi o Gdańsk, tam w akademickim centrum kliniczno-innowacyjno-dydaktycznym, tak się to zadanie nazywa, istnieje potrzeba dokonania zmian polegających na tym, że aktualnie szpital jest posadowiony na jednym terytorium, składa się z dużej liczby klinik posadowionych w odrębnych budynkach, wybudowanych i oddanych do użytku w 1911 r. One nie spełniają standardów. Nie są ze sobą połączone. Pacjenci na badania diagnostyczne są przewożeni karetką. To już taki przykład pokazujący po prostu, jak nieracjonalne jest funkcjonowanie tego szpitala. On oczywiście ma duże zadłużenie i tutaj musieliśmy się uporać z tą decyzją. Ostatecznie stwierdziliśmy, że wybudowanie jednego centrum medycyny inwazyjnej, gdzie będzie zaprojektowany blok operacyjny z piętnastu salami do obsługi tego bloku spowoduje, po pierwsze, racjonalne funkcjonowanie z punktu widzenia kosztów. Następnie, w drugim etapie zostanie stworzony zintegrowany system informatyczny szpitala, ale również i łączności technicznej. Będą pomiędzy obiektami wybudowane łączniki. Trzeci etap zakłada wykorzystanie już wolnych terenów na budowę bazy hotelowej dla rekonwalescentów i ich rodzin, a także stworzenie centrum medycyny ambulatoryjnej wraz z centrum szybkiej diagnostyki. Przygotowana jest cała dokumentacja – wstępna koncepcja urbanistyczna, architektoniczna – oraz program medyczny, przesłany do ministerstwa, pozytywnie zaopiniowany przez departament wiodący w procesie akceptacji przez ministra zdrowia. Oczywiście są pozytywne opinie wojewody pomorskiego, władz samorządowych województwa oraz pomorskiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

Druga inwestycja w Bydgoszczy łączy się z modernizacją istniejącego Szpitala Uniwersyteckiego imienia Jurasza w Bydgoszczy. Tam też są obiekty, przy tym, nie tak jak w Gdańsku położone na jednym wspólnym obszarze, tylko rozproszone na terenie miasta. Część obiektów ma naprawdę bardzo, bardzo niedobry stan techniczny, zagrzybiały. Naprawdę chorzy psychicznie są leczeni w bardzo, bardzo niedobrych warunkach. Zakłada się przeniesienie tych obiektów do nowo wybudowanego obiektu na terenie obecnego szpitala imienia Jurasza. Tam jest wolna przestrzeń, tak że nie było problemów z nieruchomością. Zakłada się budowę zespołu sal operacyjnych na dziesięć sal, budowę oddziału intensywnej opieki medycznej dla dzieci, klinikę psychiatrii, o której wspomniałam, i klinikę dermatologii, a potem jeszcze modernizacji obecnej substancji szpitalnej. Tutaj także jest program medyczny, pozytywnie zaopiniowany przez departament merytoryczny wiodący we współpracy z innymi departamentami w procesie akceptacji przez ministra zdrowia. Zamierzenia te uzyskały poparcie Bydgoskiej Izby Lekarskiej, wojewody kujawsko-pomorskiego, prezydenta miasta Bydgoszczy i oddziału kujawsko-pomorskiego NFZ.

Niezależnie od inwestycji wieloletnich, przy których zatrzymałam się troszkę dłużej, w dalszym ciągu będą realizowane inwestycje budowlane – już nie o statusie inwestycji wieloletniej – o wartości kosztorysowej poniżej 300 milionów zł. Tych zadań będzie czternaście na łączną kwotę 70 milionów zł. Będzie realizowany zakup sprzętu i aparatury medycznej dla szpitali klinicznych i jednostek badawczo-rozwojowych. Mamy zarezerwowaną kwotę 17 milionów zł. To nie jest wiele w stosunku do potrzeb, no ale takie są możliwości.

Dużą grupę wydatków majątkowych stanowi zakup aparatury i sprzętu medycznego dla programów polityki zdrowotnej. Głównie dwa programy są w tym zakresie wiodące: „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” i program kardiologiczny Polcard.

I ostatni taki duży blok, rozdział w dziale „Ochrona zdrowia”, to „Pozostała działalność” z kwotą 133 milionów zł. Jest to o 1 milion 600 tysięcy zł więcej niż w przedłożeniu rządowym. Z tego rozdziału finansowanych jest siedemnaście jednostek budżetowych podległych ministrowi zdrowia i liczne zadania opisane w przedłożonej informacji. Nie będę się do nich odnosiła. Powiem tylko, że zwiększenie środków dotyczyło z jednej strony Agencji Oceny Technologii Medycznych – o 610 tysięcy zł. To jest na zapewnienie realizacji w terminie zapowiedzianym przez ministra zdrowia, pana profesora Religę, opracowania koszyka świadczeń gwarantowanych. A z drugiej strony zwiększono o 1 milion zł środki na informatyzację sieci toksykologicznej.

Teraz przejdę do rezerw celowych. Tutaj, jak wspomniałam, są środki na ratownictwo medyczne oraz na kształcenie podyplomowe, na obowiązkowe staże. W poz. 9 jest 1 miliard 200 milionów zł właśnie na realizację ustawy o państwowym ratownictwie medycznym. Z tego 1 miliard 145 milionów 844 tysiące zł to są środki na dotacje dla zakontraktowania świadczeń związanych z leczeniem przedszpitalnym i 54 miliony 156 tysięcy zł na wyposażenie i działalność CPR oraz lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego, działających w wojewódzkich centrach zarządzania kryzysowego.

Te kwoty trochę się różnią od informacji przedstawionej państwu w materiale szczegółowym, ale to wynika z tego, że w tej chwili jest większa dotacja dla zespołów ratownictwa medycznego w związku z koniecznością zapewnienia środków na podwyżki wynagrodzeń kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ale to jest do ustalenia. To jest w tej chwili zgodne z planem Narodowego Funduszu Zdrowia, co jest bardzo ważne.

Następna pozycja – poz. 22 – zawiera środki w kwocie 30 milionów 600 tysięcy zł na zapewnienie odbycia stażu podyplomowego lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych. Kwota ta jest przeznaczona na sfinansowanie nowych staży obowiązkowych, rozpoczynanych w 2007 r. – trzy tysiące czterysta etatów, z tego trzy tysiące trzysta dla lekarzy i lekarzy dentystów – na kwotę 29 milionów 300 tysięcy zł. Na staże dla stu dziesięciu pielęgniarek i położnych jest kwota 1 miliona 300 tysięcy zł.

Jeszcze jedna informacja. W wyniku prac w Sejmie zwiększono rezerwy celowe o jedną pozycję w wysokości 10 milionów zł – poz. 64 – na rozpoczęcie budowy szpitala zakaźnego w Poznaniu. To zadanie nie będzie realizowane ze środków ministra zdrowia, gdyż organem założycielskim jest marszałek województwa. Dysponentem więc będzie wojewoda w Poznaniu.

Jeszcze kilka słów na temat zatrudnienia i wynagrodzeń w państwowych jednostkach budżetowych. Jest to informacja zawarta bodajże w załączniku nr 11, nie będę więc szczegółowo jej omawiała. Podam tylko ogólne kwoty w części 46 „Zdro-

wie”... Przepraszam, chodzi o załącznik nr 10. W części 46 „Zdrowie” w przedłożeniu rządowym zaplanowano na wynagrodzenia kwotę 595 milionów 900 tysięcy zł. W uchwalonej ustawie z 15 grudnia środki te wynoszą 601 milionów 600 tysięcy zł, czyli jest wzrost o 5 milionów 700 tysięcy zł.

Dla osób nieobjętych mnożnikowymi systemami wynagrodzeń przeznaczono środki w wysokości 555 milionów 200 tysięcy zł. Tym systemem są objęci głównie pracownicy Inspekcji Sanitarnej, ale i innych jednostek ministra zdrowia. Dla tych osób nie ma etatów. Etaty są planowane tylko dla korpusu służby cywilnej. Na 2007 r. zaplanowano dziewięćset trzydzieści dwa etaty dla korpusu służby cywilnej. Wydatki na wynagrodzenia dla tej części zatrudnionych wynoszą, łącznie z trzynastką, 44 miliony 770 tysięcy zł.

Przeciętne wynagrodzenie w jednostkach budżetowych ochrony zdrowia w dalszym ciągu jest niskie. Wyniesie ono, zgodnie z przedłożeniem rządowym, 2 tysiące 109 zł. Dla porównania dodam, że w gospodarce narodowej przeciętne wynagrodzenie wynosi 2 tysiące 616 zł, a w sektorze przedsiębiorstw 2 tysiące 789 zł. To więc jest spora różnica, odpowiednio 507 zł i 680 zł na niekorzyść oczywiście pracowników ochrony zdrowia.

Należy dodać, że projekt ustawy budżetowej wniesionej przez rząd pod obrady parlamentu nie zawierał środków na podwyżki wynagrodzeń dla pracowników ochrony zdrowia, z wyjątkiem oczywiście Inspekcji Sanitarnej, o której mówiłam, gdzie zapewniono środki w wysokości 55 milionów zł, co daje wzrost o 10,2%. Jest to duża różnica w stosunku do podwyżek, które mogą otrzymać pracownicy pracujący w zakładach, które są finansowane głównie w oparciu o umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zakłady natomiast, które są finansowane w całości lub w przeważającej części ze środków budżetowych mają tę różnicę umożliwiającą zwiększenie wynagrodzeń. Po zmianach, które dokonał Sejm, sytuacja z podwyżką wynagrodzeń przedstawia się następująco. Inspekcja Sanitarna ma zapewnioną podwyżkę o 10,2%. Publicznej służbie krwi, jak mówiłam, przyznano 11 milionów zł, które umożliwią zwiększenie dotacji dla RCKiK. Da to możliwość podwyżki o 10%, czyli równoważnie, jak Inspekcja Sanitarna.

W rozdziale „Lecznictwo psychiatryczne” są dodatkowe środki w wysokości 5 milionów zł. Ja o tym nie wspominałam. To mi umknęło. Powiem o tym teraz. Będzie możliwa podwyżka o 24%, gdyby całe 5 milionów zł przeznaczyć na wzrost wynagrodzeń. Ona jest przeznaczona dla regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej. Posłowie wnioskowali o tę zmianę, ponieważ akurat regionalne ośrodki psychiatrii sądowej w całości są finansowane z budżetu państwa. Są to specyficzne jednostki, które zajmują się leczeniem osób psychicznie chorych, często wielokrotnych morderców posiadających wyrok sądowy zobowiązujący do leczenia w tych ośrodkach pod specjalnym wzmocnionym nadzorem. Pracownicy tychże szpitali – ROPS, sąsiadujących ze szpitalami psychiatrycznymi, często dosłownie w sąsiednim terenie, byłiby bardzo niekorzystnie potraktowani. Stąd 5 milionów zł umożliwi zatrzymanie tych osób do pracy w regionalnych ośrodkach.

Kolejna podwyżka, o której mówiłam, w zakładach leczniczo-opiekuńczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych – ośrodek readaptacyjny w Konstancinie Jeziornej, o 470 tysięcy zł. Da to możliwość wzrostu wynagrodzeń średnio o 23,6%. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w ramach kwoty 7 milionów zł może przeznaczyć 4 miliony

200 tysięcy zł na wzrost wynagrodzeń. Pozostałe środki są na inne cele. Da to podwyżkę wynagrodzeń o 20%. Inaczej mówiąc z kwoty zwiększenia w Sejmie środków o 90 milionów 500 tysięcy zł – 5,5 miliona zł przeznaczono na podniesienie wynagrodzeń pracownikom zakładów opieki zdrowotnej będących jednocześnie jednostkami budżetowymi. Oprócz tego w publicznej służbie krwi, gdzie nie można dać na wynagrodzenia, i w lotniczym pogotowiu – kolejne 18 milionów zł.

Poza możliwościami dokonania podwyżek wciąż pozostają wojewódzkie ośrodki medycyny pracy. Są to zakłady opieki zdrowotnej, będące jednocześnie jednostkami budżetowymi, ale dla których organem założycielskim są samorządy województw. Tutaj nie ma żadnej podstawy prawnej do zapewnienia w ustawie budżetowej środków. Stąd podwyżka w żaden sposób nie będzie możliwa. Oczywiście jest mnóstwo w tej sprawie pism proszących o uwzględnienie tej grupy pracowników. Poza podwyżkami pozostaje Dom Lekarza Seniora i Dom Pracownika Służby Zdrowia. Niezbędne środki, które by umożliwiły podwyżkę – mówię o maksymalnej wysokości 30% – to jest kwota 715 tysięcy zł. Dla wojewódzkich ośrodków medycyny pracy – prawie 16 milionów zł.

I jeszcze jedna grupa nie otrzymała podwyżki. To są rezydenci. Rezydenci są finansowani przez ministra zdrowia w ramach kształcenia podyplomowego, a nie z tytułu umowy o pracę czy z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych. Dlatego nie było podstawy do objęcia tej grupy podwyżką wynagrodzeń. Wyliczyliśmy natomiast skutki finansowe. Trzydziestoprocentowa podwyżka wymagałaby zwiększenia środków w wysokości 44 milionów 234 tysięcy zł. Nie mamy takich możliwości finansowych, ponieważ musimy zwiększyć liczbę nowych rezydentur. Stąd jest tutaj duża liczba interpelacji, zapytań poselskich, a także i wniosków samego środowiska. Widzę pana prezesa Radziwiłła, potwierdzi na pewno, że jest tutaj wołanie o podwyżkę.

I już prawie na koniec dwa programy wieloletnie. To jest zadanie wydzielone w ustawie budżetowej, aczkolwiek ja już o nich mówiłam – program wymiany śmigłowców oraz program zwalczania chorób nowotworowych. W związku z tym nie będę zabierała państwu czasu, z wyjątkiem jednej informacji, że na zwiększenie środków na realizację „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych” Sejm przyznał dodatkowe środki w wysokości 21 milionów 900 tysięcy zł. A zatem w załączniku do ustawy budżetowej już nie jest 250 milionów zł – minimalna kwota zawarta w ustawie – ale 279 milionów 900 tysięcy zł.

Przy tym te zwiększenia były dokonane w wyniku głosowania indywidualnych wniosków poselskich. Przytoczę z wniosków posłów ich przeznaczenie: 8 milionów 400 tysięcy zł na wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu; 5 milionów zł na zakup rezonansu magnetycznego dla Szpitala Wojewódzkiego w Jeleniej Górze; 4,5 miliona zł na zakup akceleratora oraz modernizację Centrum Onkologii w Białymstoku oraz 4 miliony zł na zakup aparatury do wczesnego wykrywania nowotworów dla szpitala „Latawiec” w Świdnicy.

Tutaj jedno słowo komentarza. Propozycje te mogą być uwzględnione przez ministra zdrowia, o ile wyniki konkursu potwierdzą takie rozdysponowanie. Realizatorzy programu są bowiem wybierani w drodze konkursu ofert. Chciałabym jednak podkreślić, że w chwili obecnej Rada do spraw Zwalczania Chorób Nowotworowych nie przewiduje finansowania w ramach programu zakupu rezonansów magnetycznych. Przez to celowe przeznaczenie środków przez posłów na zakup rezonansu dla Szpitala

Wojewódzkiego w Jeleniej Górze może nie być zrealizowane. Czuję się w obowiązku taki komentarz państwu przedstawić.

I już absolutnie na koniec odniosę się do samej ustawy budżetowej. W treści ustawy w art. 8 jest zapis, który upoważnia ministra finansów do udzielenia ze środków budżetowych wypłat z tytułu pożyczek udzielanych samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej oraz jednostkom badawczo-rozwojowym na podstawie art. 35 ustawy o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej do kwoty 700 milionów zł. Oczywiście z zastrzeżeniem, że cała wartość pożyczki nie może przekroczyć w latach 2005–2007 kwoty 2 miliardów 200 milionów zł. Myślę, że to upoważnienie jest ważne. Umożliwi ono wykorzystanie całej puli środków przeznaczonych na ten cel. W senackiej Komisji Zdrowia była niedawno dyskusja na ten temat, w związku z tym nie będę rozszerzała tego wątku.

Co nam się nie udało zawrzeć w ustawie budżetowej w stosunku do uzasadnionych potrzeb kierowanych do Ministerstwa Finansów w ramach prac nad ustawą budżetową? Oczywiście poziom finansowania jest mniejszy aniżeli nasze potrzeby, ale musimy zrealizować zadania ustawowe i utrzymać się w tym reżimie ustawowym. Nie ma natomiast w ogóle pieniędzy na przejęcie zobowiązań wymagalnych zakładów opieki zdrowotnej w ramach prowadzonego procesu restrukturyzacji. Ustawa daje taką możliwość. Do ministra zdrowia w ramach programów restrukturyzacyjnych złożono wnioski o przejęcie zobowiązań na kwotę 248 milionów zł i o taką sumę wystąpiliśmy do ministra finansów. Jednak tych środków nie ma w ustawie budżetowej i po prostu nie możemy realizować tego zadania. Z jednym wyjątkiem, o czym czuję się w obowiązku państwa poinformować.

Otóż w końcu ubiegłego roku, w wyniku oszczędności na innych zadaniach, udało się przeznaczyć 2 miliony 700 tysięcy zł na przejęcie zobowiązań Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Ten instytut jest bardzo ważny dla polityki zdrowotnej. On był prowadzony przez dłuższy okres przez poprzednie kierownictwo w bardzo złej kondycji finansowej. Minister Religa zaraz po objęciu urzędu ministra zmienił dyrektora. Jest wprowadzony bardzo intensywny program naprawczy i tutaj te uwolnione w ostatniej chwili środki zostały skierowane na zapłatę wierzytelności kilku wierzycielom. Z tym wyjątkiem nie realizujemy po prostu możliwości zawartej w ustawie z 15 kwietnia 2005 r. o restrukturyzacji i pomocy publicznej.

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, na tym zakończę omówienie ustawy budżetowej. Bardzo dziękuję za cierpliwość i wysłuchanie w skupieniu. Chcę powiedzieć, że jest obecnych na sali bardzo dużo dyrektorów departamentów Ministerstwa Zdrowia, które są kluczowe dla realizacji budżetu. Nie będę przedstawiała – jeśli państwo wybaczą – wszystkich państwa. Jest również dyrektor generalny. Gdyby były szczegółowe pytania, to po prostu będziemy mogli odpowiedzieć bardzo wyczerpująco, mam nadzieję, na państwa pytania. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Pani Minister, za obszerne i wyczerpujące przedstawienie budżetu.

Bardzo proszę państwa o pytania.

Pan senator Okła, bardzo proszę.

Senator Michał Okła:

W zasadzie mam dwa pytania. Jakie gospodarstwa pomocnicze zostały zlikwidowane w ministerstwie i dlaczego te środki pozostały w dziale „Administracja”, a nie przeniesiono ich do innych działów? I drugie pytanie. W rozdziale 85111 „Szpitale ogólne” jest wzrost środków aż o 64%. Ja wiem, że nie są to w sumie duże kwoty, ale nie zostało to omówione. Na co są one przeznaczone? Prosiłbym o uszczegółowienie tego. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, Pani Minister. Chyba, że pani minister życzy sobie zebranie większej liczby pytań i później na nie odpowie. Ale myślę, że chyba będzie wygodniej na bieżąco odpowiadać na pytania.

Bardzo proszę.

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

Dziękuję bardzo.

Skorzystam z tego, że są licznie reprezentowani dyrektorzy. Najpierw więc udzielię głosu panu dyrektorowi generalnemu, żeby odpowiedział na pytanie dotyczące likwidacji gospodarstwa pomocniczego, i panią dyrektor Jazgarską odnośnie wzrostu wydatków w rozdziale szpitale ogólne o 64%.

Proszę uprzejmie.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji
w Ministerstwie Zdrowia Jerzy Bójko:**

Dziękuję, Pani Minister.

Szanowny Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Jeżeli chodzi o likwidację gospodarstwa pomocniczego, to w definicji samego gospodarstwa pomocniczego jako jednostki jest, że jest to wydzielona działalność urzędu ministra. Wydzielona działalność. Ona więc była uprzednio wydzielona. Jeżeli powraca, to tym samym, i środki, i personel wracają do urzędu ministra. Tak to było również robione w innych resortach, na przykład około dwóch lat temu bodajże w Ministerstwie Finansów. Stąd też te środki i te osoby zostają w ministerstwie. Oczywiście, to pociąga za sobą pewną restrukturyzację zatrudnienia. Nie ma bowiem na przykład całej administracji samego gospodarstwa jako takiego, czyli pracowników związanych z księgowością gospodarstwa, z kadrami, z jego wewnętrzną, tak to można nazwać, obsługą. Sama więc likwidacja gospodarstwa niesie oszczędności. Całość jednak jest oczywiście w dalszym ciągu działalnością administracyjną. To jest obsługa wewnętrzna urzędu ministra. Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję.

Jeżeli chodzi o szpitale ogólne i kwotę, którą zapisaliśmy w tym rozdziale – w wysokości 13 milionów 440 tysięcy zł, to dotyczy ona jednej jednostki i tylko wydatków majątkowych. W tym rozdziale finansujemy wydatki majątkowe – budownictwo i zakupy dla Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze. Tam jest rozpoczęte zadanie inwestycyjne, które się nazywa „Budowa obiektu medyczno-administracyjnego, przychodni, oddziału transplantologii płuc, serca, niewydolności krążeniowo-oddechowej, kardiologii i angiologii oraz części administracyjnej dla potrzeb Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze”.

Na kontynuowanie tej inwestycji, która tak naprawdę w sensie realizacyjnym ruszyła już w zeszłym roku, zabezpieczamy kwotę 13 milionów zł. W zeszłym roku inwestycja ta była na etapie opracowywania dokumentacji inwestycyjnej oraz rozpoczęcia prac budowlanych. To były przygotowania do budowy. Tam były tylko wykopy. Nawet jeździliśmy oglądać tę inwestycję. Ona w tej chwili bardzo szybko już ruszyła. Zależy nam na tym, żeby jak najszybciej ukończyć tę inwestycję. W tej chwili Śląskie Centrum Chorób Serca mieści się oczywiście w utrzymywanych w odpowiednim stanie obiektach, obiekty te natomiast są bardzo już stare, pawilonowe, budowane jeszcze w starym systemie. Tak że po prostu jest to kwota, która pozwoli na realizację i planowe zakończenie tej inwestycji. Zakładamy, że nastąpi to w ciągu trzech lat.

Planuje się w tej kwocie również środki na zakupy. Ze szpitali ogólnych jedynie Śląskie Centrum Chorób Serca podlega ministrowi zdrowia, a więc być może będzie to kwota dla tej jednostki. To wcale jeszcze nie jest przesądzone. Minister jeszcze nie zdecydował dla kogo będzie można przeznaczyć te środki na zakupy. Wstępnie są zaplanowane dla tego szpitala.

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

Dodam jeszcze kilka słów, tak żeby była to jednoznaczna informacja. Zawsze po uchwaleniu ustawy budżetowej minister zdrowia przystępuje do wykonywania układu wykonawczego i wówczas już tak bardzo dokładnie określa kwoty. Przedstawione państwu podziały na poszczególne zadania mają jeszcze charakter planowany, wstępny. Potem będzie decyzja kolegium, którą będą te środki zatwierdzane, oczywiście w ramach uchwalonych przez ustawę budżetową środków.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.
Pani senator Budner, bardzo proszę.

Senator Margareta Budner:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Pani Minister! Szanowni Państwo! Ja rozumiem, że w tym roku nie udało się wywalczyć podwyżek dla rezydentów. Czy pani minister przewiduje taką możliwość w przyszłym roku? Jeśli nie, to bardzo bym o to prosiła. Spotkałam się z grupą rezydentów i oni, niestety, bądź stety, dadzą sobie radę. Inwestują natomiast w naukę języków i wiadomo, z czym to jest związane. To jest bardzo prosty bilans. Jeżeli policzy-

my, ile wydajemy na szkolenie lekarza przez pięć, sześć lat, to jest to dla nas czysta strata. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.
Proszę, Pani Minister.

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

Dziękuję.

Pani Senator, zgadzam się z panią. Byłaby strata, gdyby wyjechał za granicę. Tak rozumiem tę myśl. Rzeczywiście, nie chcemy do tego w żaden sposób dopuścić. Jak powiedziałam, kwota środków na rezydentury nie pozwoliła na podniesienie wynagrodzeń. Przy tym wysokość wynagrodzenia określa minister zdrowia co roku na podstawie przepisów rozporządzenia. Nie może to być chyba mniej niż 70%, mówię z pamięci, przeciętnego wynagrodzenia w roku poprzednim. Czyli teoretycznie jest możliwość ustalenia środków na jeden etat na poziomie wyższym. Nie łączymy tego natomiast z podwyżką wynagrodzeń, realizowaną w ramach ustawy o wypłacie wynagrodzeń dla pracowników ochrony zdrowia, z tego względu, że jest to jednak w naszym ujęciu, jak wspomniałam, kształcenie podyplomowe. Jeśli tylko środki finansowe, które otrzymamy jak rozumiem w limicie na przyszły 2008 r, pozwoliłyby na odpowiednie zwiększenie liczby nowych rezydentur i na sfinansowanie podwyżki, to na pewno takie działania będą podjęte. Wszystko będzie zależało od limitu, jaki uzyska minister zdrowia w pracach nad budżetem. Na pewno będziemy wnioskowali o podniesienie wysokości tego wynagrodzenia. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Pani Minister.
Pan prezes Radziwiłł, bardzo proszę.

**Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Konstanty Radziwiłł:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.
Szanowni Państwo!

Muszę powiedzieć, że mam w ogóle mieszane uczucia, jeżeli chodzi o to, co chciałbym powiedzieć. Mam bowiem wrażenie, że poruszamy się w jakimś maleńkim kawałku tego, co nazywamy ochroną zdrowia. Przede wszystkim trzeba, żeby w tym miejscu, kiedy się mówi o wydatkach na ochronę zdrowia w przyszłym roku, podkreślić, iż podstawowe nakłady na Narodowy Fundusz Zdrowia z tytułu składki wzrastają o wiele za mało. I to jest rzecz podstawowa.

Druga rzecz. Niestety, w budżecie – nie w tej części, o której dzisiaj tu jest mowa – mimo bardzo wyraźnych deklaracji w tym zakresie składanych przez panią minister Gilowską w lutym ubiegłego roku nie ma wzrostu nakładów w tych częściach,

gdzie budżet płaci składkę za osoby, do których płacenia jest zobowiązany. Mam na myśli rolników i mam na myśli osoby bezrobotne bez prawa do zasiłku. Konstatuję to z ogromnym rozczarowaniem, ponieważ to są ogromne kwoty. One nie wzrastają w tym roku, podkreślam, mimo bardzo jednoznacznej deklaracji złożonej konkretnie 11 lutego 2006 r. przez panią minister Gilowską, że tak powiem, w swoim pierwszym wcieleniu jako ministra zdrowia.

(*Głos z sali: Finansów.*)

Finansów, przepraszam. No, ale tak naprawdę to, proszę państwa, minister finansów jest ministrem zdrowia i w tym sensie...

Niestety, również – i to też konstatuję z ogromnym rozczarowaniem – praktycznie rzecz biorąc nie wzrastają nakłady na świadczenia wysokospecjalistyczne. Proszę państwa, my jesteśmy cały czas, mimo że pani minister wspomniała, że tam o jedną pozycję się coś zmienia, to, praktycznie rzecz biorąc, jesteśmy w obszarze mniej więcej połowy tego, co budżet państwa finansował w 1999 r., wtedy gdy wprowadzono kasy chorych. To jest mniej więcej połowa tych zadań, które wtedy... Te zadania powoli, z roku na rok, przechodziły najpierw na kasy chorych, a potem na Narodowy Fundusz Zdrowia. A zatem ta kwota niespełna 400 milionów zł jest po prostu o wiele, o wiele za mała w stosunku do potrzeb. To takie uwagi ogólne, dotyczące setek milionów bądź nawet więcej niż 1 miliarda zł.

Z punktu widzenia już tego, co dzieje się na tym posiedzeniu komisji, proszę państwa, myślę, że skwitowanie sprawy wydatków na staże i specjalizacje medyczne, czyli pozycji 85157, tak jak to zrobiła pani minister, bardzo rozczarowuje. Pani Minister, rezydenci specjalizanci, lekarze i lekarze dentyści, to nie są uczniowie. To są pełni pracownicy. Oni, owszem, kształcą się, ale nie tylko, również pracują, również wypracowują kontrakty. I to trzeba jasno i wyraźnie powiedzieć. Oni są zatrudnieni w szpitalach. I to są umowy o pracę, Pani Minister, a nie jakieś, nazwijmy to, szkolenia. To są umowy o pracę.

Proszę też zwrócić uwagę, o jakich my ludziach mówimy. Dziękuję pani senator Budner za to, że wspomniała o tym, że w ogóle jest ten problem. Ale, proszę państwa, to są ludzie, którzy mają od dwudziestu siedmiu do trzydziestu jeden lat. Ich koledzy, którzy skończyli studia prawnicze, inżynierskie i każde inne, zarabiają normalnie. A oni przez te cztery, pięć lat zarabiają 1 tysiąc 700 zł brutto. To jest absolutny skandal.

Tutaj są dwa problemy. Otóż na ten cel przeznaczono obecnie 186 milionów zł. Pani minister wspomniała, że 9 milionów zł jest na kształcenie pielęgniarek, a pozostała część jest na lekarzy i lekarzy dentyistów. Ta kwota wiąże się z dwoma problemami. Po pierwsze, o czym pewnie wszyscy państwo dobrze wiedzą, wydawało się, że odchodzimy od trendu, który miał miejsce dotychczas. To znaczy w ostatnich dwóch latach liczba rezydentur nowo rozpoczynanych była powyżej tysiąca siedmiuset, a w tym roku jest zaplanowanych tysiąc sto czterdzieści dwa. To jest absolutny skandal!

Proszę państwa, dzisiaj lekarz po stażu podyplomowym jest w systemie ochrony zdrowia po prostu nikim. Państwo senatorowie lekarze, których tu jest sporo, wiedzą dobrze, że to jest dopiero materiał na lekarza. Oferta dla osób, które mają dwadzieścia sześć, dwadzieścia siedem lat, zgodnie z którą przez najbliższe pięć lat będą zarabiać 1 tysiąc 700 zł, i w dodatku to jest niepewne, jest po prostu zaproszeniem do tego, żeby ci ludzie myśleli o emigracji. Niestety, obawiam się, że ten problem to jest problem zasadniczy.

Dodatkowo to się wiąże jeszcze z rozporządzeniem, które minister co roku wydaje, w sprawie priorytetowych dziedzin medycyny. Dzisiaj to rozporządzenie prowa-

dza się do tego, że zapewnia się w tych dziedzinach rezydentury. Już dzisiaj wiadomo, że przynajmniej niektóre z tych dziedzin zaliczone do priorytetów nadal nie mają żadnych kandydatów, ponieważ nikt nie chce po prostu studiować czy uczyć się, pracując w dziedzinach medycyny, gdzie będzie zarabiał 1 tysiąc 700 zł. Wobec tego ci ludzie po prostu rezygnują. Albo szukają bardziej intratnych z punktu widzenia rynkowego specjalizacji, albo po prostu decydują się na wyjazd. Ja myślę, że to nie może tak zostać, bo naprawdę my w tej chwili, jeżeli chodzi o perspektywę siły roboczej w Polsce, igramy z ogniem.

Przy okazji chcę powiedzieć, przede wszystkim dla wiadomości państwa senatorów – mówi się, że zastąpimy jakimiś innymi lekarzami skądinąd tych, którzy wyjeżdżają – że liczba lekarzy zza granicy, którzy starają się o osiedlenie w Polsce, spada systematycznie. W tej chwili rocznie jest to poniżej stu osób. Tak że w ogóle proszę przestać mówić na ten temat. To są głównie lekarze polskiego pochodzenia w ramach repatriacji z Ukrainy, Białorusi, Rosji, Kazachstanu. To nie jest żadne uzupełnienie w porównaniu do na przykład kilku tysięcy lekarzy, którzy wyjeżdżają rocznie do krajów zachodniej Europy. Tak że ja po prostu apeluję o to, żeby z tych stosunkowo niewielkich pieniędzy, które są na to potrzebne, zapewnić z jednej strony wzrost liczby rezydentur, a poza tym możliwość udzielenia tym osobom przynajmniej trzydziesto-procentowej podwyżki. Dodatkowo uważam, że rozporządzenie o specjalnościach priorytetowych powinno skutkować dodatkowymi wynagrodzeniami, które spowodują, że te uznane za priorytetowe specjalności zostaną po prostu również lepiej wynagradzane.

I, proszę państwa – przepraszam, że tyle mówię – jest jeszcze, można powiedzieć, drobiazg. Chociaż z punktu widzenia instytucji, którą reprezentuję, która zgodnie z prawem realizuje także pewne zadania przejęte od administracji państwowej, samorząd lekarski ma całą listę takich wydatków, tak jak zresztą inne samorządy... Chcę więc powiedzieć, że zaprojektowanie na 2007 r. dla izb lekarskich, to się mieści w pozycji 85195 – dla państwa nie jest to czytelne, bo to się mieści w pozostałej działalności – kwoty 2 milionów 410 tysięcy zł na sfinansowanie zadań przejętych od administracji państwowej to jest kwota mniej więcej o połowę mniejsza niż my wydajemy na te zadania. Jest to od bardzo wielu lat przedmiot sporu. Był tylko jeden rok w historii samorządu, kiedy Ministerstwo Zdrowia zapłaciło tyle, ile wydaliśmy na te zadania. To są małe pieniądze. Podkreślam, że chodzi tutaj na przykład o odpowiedzialność zawodową, co finansujemy w tej chwili mniej więcej w pięćdziesięciu procentach, a w niektórych izbach nawet więcej, z własnych środków składkowych lekarzy. To jest po prostu sprzeczne z ustawą o izbach lekarskich, gdzie jest bardzo wyraźny zapis, że koszty tej działalności powinny być sfinansowane przez budżet. No i rozumiem, że jest już z góry założone, że budżet sfinansuje tylko połowę tych kosztów. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Prezesie.

**Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Konstanty Radziwiłł:**

Przepraszam, zapomniałem o jednej rzeczy. Pani minister wspomniała jeszcze o szansach na wzrost wynagrodzeń w państwowej Inspekcji Sanitarnej, w regionalnych

centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa, w psychiatrii sądowej, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym w Konstancinie, w pogotowiu ratunkowym. Wszędzie one są poniżej tego, co wynika z ustawy podwyżkowej. Nie rozumiem tego. Ustawa podwyżkowa została uchwalona w odpowiedzi na postulaty środowiska lekarskiego czy środowisk medycznych adresowanych nie do jakichś konkretnych zakładów opieki zdrowotnej czy konkretnych miejsc, tylko po prostu w ochronie zdrowia. Rzeczywiście, może się zdarzyć tak, że ci pracownicy medyczni, którzy mają alternatywę, a już o tym pani minister wspominała, zatrudnienia w różnych miejscach, po prostu będą opuszczać te istotne z punktu widzenia funkcjonowania państwa obszary. Nie rozumiem, dlaczego minister zdrowia akceptuje wydzielenie pieniędzy z Narodowego Funduszu Zdrowia na podwyżki, a jednocześnie nie przewiduje takiej możliwości, jeżeli chodzi o te obszary ochrony zdrowia, które są jemu bezpośrednio lub pośrednio podległe, wynagradzane z budżetu. Uważam, że tu powinno się zastosować dokładnie taki sam mechanizm. Jeśli na podwyżki w tych placówkach, które realizują kontrakty z NFZ, przewidziano średnio 30%, to tak samo powinno się przewidzieć na podwyżki we wszystkich tych obszarach, gdzie w tej chwili pani minister mówi 10%, 10%, 24%, 23,6%, 20%. To bowiem jest zupełnie niczym nieuzasadnione. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.
Proszę bardzo, Pani Minister.

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

Dziękuję bardzo.

Na część kwestii odpowiem sama, na część poproszę pana dyrektora Danielewicza, dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Przede wszystkim odnośnie priorytetowych dziedzin medycyny. Pan dyrektor bowiem będzie lepiej umiał się odnieść do tej kwestii. Dziękuję za wszystkie sprawy, które podniósł pan prezes w swojej wypowiedzi. Szczerze mówiąc, nie mamy odrębnego stanowiska, Panie Prezesie. Mamy jedynie tylko ograniczenie środków, które uniemożliwiają realizację słusznych postulatów. Tak bym to nazwała.

Ale konkretnie. Jeśli chodzi o urealnienie składek z budżetu państwa za pewne grupy ubezpieczonych, to jest rzeczywiście trudna sprawa i konsekwencja zmian wprowadzonych w 2001 r. do ustaw okołobudżetowych w 2002 r., kiedy zmniejszono ten udział budżetu państwa bardzo drastycznie. I do tej pory nie możemy wyjść na prostą. Postulaty Ministerstwa Zdrowia były takie, żeby to było finansowane tak jak w przypadku pozostałych grup. Jednak możliwości budżetowe nie pozwoliły na uwzględnienie wniosku ministra zdrowia.

W nowelizowanej obecnie ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Rada Ministrów przyjęła etapowe dochodzenie do urealnienia tych składek. Na rok 2008 przewidziano w tym dokumencie 493 miliony zł, a na 2009 r. – 416 milionów zł. Z tego, co ja pamiętam, pani premier Gilowska w debacie sejmowej, która była 7 czerwca 2006 r. – Informacja ministra zdrowia o sytuacji finansowej w ochronie zdrowia, zapowiadała urealnienie składek właśnie od 2008 r.

Konsultowaliśmy z panią premier szacunki nakładów i już wtedy nie było zgody na wprowadzenie tego urealnienia od 2007 r. Po powrocie do rządu pani premier po prostu konsekwentnie dotrzymała słowa, ale w niekorzystną dla nas stronę. Jest jednak już przedłożenie rządowe, w którym ta sprawa ma realny wymiar.

Jeśli chodzi o procedury wysokospecjalistyczne, to, Panie Prezesie, trochę bym się nie zgodziła z konkluzją, aczkolwiek zgadzam się, że to są bardzo ważne świadczenia, które są finansowane z budżetu państwa. Nie można porównania środków w roku bieżącym czy w ubiegłym odnieść do stanu sprzed kilku lat, znaczna bowiem część tych zadań, która była finansowana w ramach tych procedur, jest realizowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Wspomnę tylko leczenie immunosupresyjne – było finansowane ze środków ministerstwa, teraz z NFZ. Najwyższa Izba Kontroli zabroniła nam finansowania wielu procedur kardiologicznych jako procedur niespełniających definicji procedury wysokospecjalistycznej. One są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Czyli tutaj nie ma mniej realnego leczenia, przepraszam za slogan, tylko po prostu jest mniejsza kwota ze środków z budżetu państwa. Te procedury są natomiast wykonywane. Podobnie też nie możemy zakupywać żadnych leczniczych środków technicznych. W mojej ocenie, ale proszę pana dyrektora Adamczewskiego, żeby mnie skorygował, następuje wzrost finansowania tych procedur, które są utrzymane jako procedury finansowane z budżetu państwa, czyli przeszczepy serca, wątroby, nerek, szpiku. To wszystko ma tendencję wzrostową.

Chcę jeszcze powiedzieć, że od kilku lat, co najmniej od trzech lat, z roku na rok – w ramach oszczędności, które były w budżecie – minister zdrowia dokonywał przesunięć środków na rzecz procedur. Ja osobiście podpisywałam decyzje budżetowe w tej sprawie. W 2006 r., który minął, nie zdarzyło się, żeby szpital wykonał procedury i nie miał finansowania. Proszę, żeby pan dyrektor ewentualnie skorygował, bo wie to na bieżąco, ponieważ on rozlicza realizację tych procedur. W mojej świadomości jest takie działanie ministra zdrowia, żeby wszystkie możliwe środki, oszczędności, jakie pojawiają się w budżecie, były ewentualnie kierowane na procedury. I tak to było realizowane przez ostatnie trzy lata.

Jeśli chodzi o kolejną sprawę – różne podwyżki dla poszczególnych grup pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w różnych jednostkach – to słusznie pan zauważył, że jest różna dynamika. Ja to przekazałam państwu senatorom jako podsumowanie. To są fakty, prawda? Z faktami się nie dyskutuje. Tak one wyglądają. Ale chcę powiedzieć, dlaczego nie było w ustawie budżetowej środków. Minister zdrowia występował do Ministerstwa Finansów o objęcie podwyżką pracowników zakładów opieki zdrowotnej, które są jednocześnie jednostkami budżetowymi. To zadanie nie zostało spełnione w ramach ogólnego podziału środków w budżecie państwa. My więc widzimy potrzebę, musimy natomiast godzić się z sytuacją finansów państwa.

Ta różnica jest efektem zwiększenia środków dzięki działalności posłów. To jest w różnych rozdziałach różnie zrealizowane. Wydawało mi się ważne poinformowanie państwa o tym. To jest jednak sfera budżetowa. Nie ma żadnych podwyżek dla pracowników w sferze budżetowej w żadnych innych działach gospodarki narodowej. W budżecie państwa jest 100% środków 2006 r. na wynagrodzenia, czyli zero podwyżki. Dlatego, zgodnie z takim rozumowaniem, nie było środków na podwyżki wynagrodzeń w jednostkach budżetowych. Inna sprawa, że jednocześnie one są zakładami opieki zdrowotnej i pracownicy tychże zakładów nie rozróżniają podległości, że tak powiem,

formalnej. Z tego punktu widzenia rozumiem roszczenia pracowników czy dążenia do podwyżki wynagrodzeń. Mogę odpowiedzieć, tak bardzo formalnie, że dla żadnych pracowników w sferze budżetowej na 2007 r. nie założono wzrostu wynagrodzeń. W limitach, które dostał minister zdrowia, podwyżki na wynagrodzenia wynosiły zero, czyli poziom 2006 r. I tak samo na wydatki pozapłacowe wzrost limitu też był zerowy.

Odniosę się do dotacji na zadania związane z izbami lekarskimi, zadania wykonywane przez izby w imieniu ministra zdrowia. W limicie mieliśmy po prostu 0% wzrostu. Jest zapewnione 100% w stosunku do 2006 r. Czyli żeby tu zwiększyć środki, trzeba by było zmniejszyć w innych miejscach. Pole manewru jest ogromnie małe przy tym niskim limicie. Wprawdzie mamy w tej chwili 4 miliardy zł, ale kilka lat temu było 2,5 miliarda zł na zadania realizowane przez ministra zdrowia. Oczywiście zwiększyły się zadania ustawowe. W międzyczasie „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” wprowadził sztywne wydatki. W tym więc sensie nie chcę powiedzieć, że jest duża dynamika. Ona jest względna w różnych zadaniach. Z roku na rok nie ma podwyżki środków, które dostaje minister zdrowia, na zadania pozapłacowe. A jeszcze dwa lata wstecz było 75% poprzedniego poziomu. Utrzymaliśmy więc dla państwa poziom stu procentowy kosztem zmniejszenia finansowania w innych miejscach. To jest dylemat, z którym minister zdrowia musi się zetknąć i podjąć decyzje przy konstruowaniu budżetu. To jest jedyne moje, bardzo uczciwe, postawienie sprawy.

Teraz jeśli chodzi o rezydentury, to poproszę pana dyrektora o odniesienie się do tych priorytetowych dziedzin, które są uwzględniane przy nowych rezydenturach. Przy tym chcę sprostować. Tysiąc sto czterdzieści dwa nowe etaty rezydenckie były założone w przedłożeniu rządowym. W wyniku zwiększenia środków o 3 miliony zł, które dostaliśmy od Sejmu w prezencie, w prezencie w cudzysłowie, możliwe będzie zwiększenie nowych rezydentur przy utrzymaniu tego niskiego wynagrodzenia, o którym mówił pan prezes, do poziomu tysiąc trzysta nowych rezydentur. Jest to za mało w stosunku do potrzeb. Mamy tego świadomość. Niemniej jednak realia finansowe zmuszają do takich decyzji.

Poproszę pana dyrektora Danielewicza, jeśli można. Dziękuję.

**Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego
w Ministerstwie Zdrowia Roman Danielewicz:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Dokonując podziału rezydentur pomiędzy specjalizacje, co do których zgłaszane są zapotrzebowania z wojewódzkich ośrodków doskonalenia kadr medycznych – te ośrodki różnie się nazywają – minister posiłkuje się kilkoma kryteriami. Jednym z nich – najważniejszym, bo osadzonym również w ustawie o zawodzie lekarza i w rozporządzeniu – jest właśnie to rozporządzenie o priorytetowych dziedzinach medycyny. Rozporządzenie to w tej chwili już troszkę się zestarzało. Ono jest z roku 2003. Przypomnę tylko państwu, że na liście znajduje się w tej chwili medycyna rodzinna, onkologia kliniczna, patomorfologia, rehabilitacja medyczna, epidemiologia i geriatryka. Czyli wybrane specjalności, które mają niezwykle istotne znaczenie dla systemu ochrony zdrowia, jak na przykład medycyna rodzinna. Myślę, że nie muszę nikogo przekonywać, jakie znaczenie ma ta specjalizacja w tej chwili.

Ale są również specjalizacje, które nazwałbym – bez wskazywania, że tak powiem, palcem, gdyż nie chcę nikogo urazić – jako niszowe, takie, które może nie są aż

tak ważne z punktu widzenia ochrony zdrowia jako całości, ale niewątpliwie nabierają znaczenia w związku z trendami demograficznymi czy też z dużymi niedoborami, jakie są w tych specjalizacjach. To jest, tak jak powiedziałem, jednym z kryteriów przyznawania miejsc rezydentur. Zwykle bowiem – przy tej liście, jaka była – zostawało rezydentur na inne specjalizacje. I tu wchodziły inne kryteria, takie jak nasilenie migracji w konkretnych specjalizacjach czy też właśnie jakieś wyraźne niedobory specjalistów w różnych województwach w konkretnych specjalizacjach. Tymi właśnie kryteriami kierował się minister, przyznając rezydentury również w innych specjalizacjach, które nie są na priorytetowej liście.

Widząc te trudności, minister zdecydował o podjęciu nowelizacji tego rozporządzenia. Bardzo szybko okazało się, że ta nowelizacja jest szalenie trudna. Otóż w ramach uzgodnień zewnętrznych i uzgodnień z partnerami społecznymi, lista, która została... Inaczej – nowy kształt rozporządzenia, który zaproponował minister w ramach uzgodnień, mówił o dwudziestu priorytetowych dziedzinach. Pozwolę sobie tylko państwu przypomnieć, że w tej chwili jest siedemdziesiąt siedem dziedzin specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych. W ramach uzgodnień zgłoszono bardzo liczne postulaty, zwykle ze strony konsultantów krajowych, ale również ze strony chociażby samorządu. Efekt byłby taki – żeby nikogo nie urazić i biorąc pod uwagę bardzo ważne różne argumenty zgłaszane przez wszystkie strony, które zgłaszały uwagi do rozporządzenia – że powinniśmy mieć pięćdziesiąt dwie priorytetowe dziedziny medycyny.

Wydanie takiego rozporządzenia, z tym tytułem, no samo w sobie nosi jednak pewną wewnętrzną sprzeczność. Wydaje się, że podjęcie decyzji wydania tego rozporządzenia w takim kształcie, który zaspokajałby potrzeby wszystkich stron... Szalenie trudno jest dyskutować na temat, czy urologia nie może być priorytetowa, czy ginekologia nie powinna być priorytetowa, czy okulistyka itd. itd. Nie chcę, że tak powiem, wchodzić w to głębiej, ale niektóre z chociażby przeze mnie wymienionych, nie są tymi dziedzinami, gdzie obserwujemy niedobory specjalistów. Przynajmniej do niedawna. Tak że chyba jednak trzeba będzie poszukać innego rozwiązania, jak na przykład przyjęcie, że minister może finansować rezydentury we wszystkich specjalizacjach, bez wskazywania, bez tworzenia problematycznej, powiedziałbym, listy, co niosłoby ze sobą nowe rozporządzenie. Tak że jest poważna trudność w wydaniu tego typu rozporządzenia. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Pani senator Fetlińska, bardzo proszę.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Pani Minister, chciałam zapytać w sprawach właściwie pielęgniarek, To bowiem środowisko najbardziej mnie w tym momencie interesuje. Otóż czytam w dziale 803 „Szkolnictwo wyższe”, że są przeznaczone środki na zwiększenie limitu przyjęć na studia lekarskie i ratownictwo medyczne. Nie wspomina się o pielęgniarstwie, o kierunku pielęgniarstwie, a wiadomo, że ta kadra jest niezwykle potrzebna. Wiadomo jest, że kształcenie odbywa się także w wyższych szkołach zawodowych, także niepublicznych, niemniej wydaje się, że w akademiach i uniwersytetach medycznych też powin-

no to być uwzględnione. Mówię o studiach licencjanckich, a jest jeszcze druga część studiów magisterskich, gdzie maksymalnie tylko 15%, 20% studentów akademii medycznych ma szansę na studia magisterskie uzupełniające. Absolwenci wyższych szkół zawodowych czy niepublicznych szkół właściwie takiej szansy nie mają, ponieważ najczęściej dostają się na te studia absolwenci rodzimych uczelni. To szalenie utrudnia pełne magisterskie kształcenie osobom, które są tym zainteresowane. Ja rozumiem, że należy poczynić oszczędności, ale jednocześnie dyscyplina, jaką jest pielęgniarstwo, rozwija się i potrzeba większej liczby magistrów, tak żeby mogli się doktoryzować, żeby mogli tę dziedzinę rozwijać. Chciałabym więc zapytać, czy państwo widzą szansę zwiększenia chociażby limitu na studia magisterskie.

Druga sprawa to też kwestia specjalizacji pielęgniarek. Środki są przewidziane, ale wydaje mi się, że ciągle jednak specjalizacja dla pielęgniarek jest mało dostępna, a jest ona w tej chwili niezbędnym warunkiem do rozwoju zawodowego. Następuje szybki rozwój medycyny i pielęgniarstwa i dostęp do specjalizacji powinna mieć większa liczba pielęgniarek. W medycynie jest tak, że prawie wszyscy, czekając, mając różne trudności, jednak tę specjalizację realizują. W przypadku natomiast pielęgniarstwa jest tutaj zabezpieczony tylko czubek góry lodowej. Myślę więc, że tutaj należałoby też to jeszcze przewidzieć. Chciałabym zapytać, czy ministerstwo przygotowuje jakieś w tym zakresie przemyślenia i koncepcje.

Kolejna rzecz, która mnie zaniepokoiła. Czy nie będzie zagrożenia dla budżetu w przypadku realizacji – no jeszcze w tej chwili to jest wyrok nieprawomocny – wyroku dotyczącego zaliczenia czasu dyżurów lekarskich do czasu pracy i przekroczenia tego limitu? To są skutki wielomiliardowe dla naszego budżetu. Jak widzi ministerstwo tą sytuację w świetle naszej ustawy budżetowej? Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.
Proszę bardzo, Pani Minister.

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

Dziękuję bardzo.

Jeżeli państwo pozwolicie, poproszę o wypowiedź ekspertów. W pierwszej części, odnośnie liczby przyjęć na studia dla pielęgniarek, licencjackie i magisterskie, pana dyrektora Danielewicza. Jeżeli pan dyrektor może, również odnośnie kształcenia specjalizacyjnego. W mojej ocenie nie ma tu żadnego problemu. Wszystkie pieniądze, które możemy na to przeznaczyć, nie są nawet wykorzystywane. Tak że tutaj nie widzę zagrożenia. W części dotyczącej ostatniego pytania, w zakresie dyżurów lekarskich, poproszę pana dyrektora Bydłonia z Departamentu Dialogu Społecznego.

Bardzo proszę.

**Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego
w Ministerstwie Zdrowia Roman Danielewicz:**

Panie Przewodniczący! Pani Senator!

Jeżeli chodzi o limity przyjęć, to corocznie, w związku z delegacją z ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym minister zdrowia corocznie określa limity przyjęć w uczelniach medycznych, które jemu podlegają, ale również w uczelniach, które prowadzą kształcenie i działalność naukową w obszarze medycyny. A więc dotyczy to również kierunku pielęgniarstwa i położniczego. I tutaj minister w uczelniach, które nadzoruje, zaproponował już na rok 2006/2007, czyli w ubiegłym roku, wzrost liczby miejsc licencjackich o blisko pięćset. To dotyczy akademii medycznych, uczelni, które podlegają ministrowi zdrowia. Również, w porozumieniu z ministrem nauki, wyraził zgodę na wzrost limitów w tych uczelniach, które podlegają ministrowi nauki. W uczelniach medycznych jest w tej chwili ponad pięć tysięcy pielęgniarek na studiach licencjackich i kilkaset na studiach magisterskich. Te limity są ustalane w porozumieniu z uczelniami, a więc uwzględniając możliwości kadrowe, lokalowe i finansowe, jakie mają uczelnie. W miarę swoich możliwości minister nie ogranicza tych propozycji, które są zgłaszane przez uczelnie, zwłaszcza na tych dwóch kierunkach.

Tradycyjnie było przyjmowane, że studia magisterskie powinny stanowić około 20% ogólnego stanu. Niemniej jednak, jeżeli są proponowane przez uczelnie limity wyższe, to jest to również przyjmowane. Te dwa kierunki – położnictwo i pielęgniarstwo, są przez ministra traktowane priorytetowo. To nie jest blokowane, jeśli odpowiada możliwościom uczelni.

Nieco inna natomiast jest sytuacja, jeżeli chodzi o studia niestacjonarne. Tutaj też nie ma miejsca blokowanie czy obniżanie tych limitów, niemniej jednak trzeba pamiętać o tym, że te studia nie są finansowane i nie mogą być, zgodnie z ustawą, finansowane przez ministra zdrowia. Trudno więc jest też oczekiwać ze strony ministra zachęty w tym kierunku, żeby zwiększać limity na studia niestacjonarne. To głównie uczelnie muszą na to zapotrzebowanie odpowiedzieć.

Co do kształcenia podyplomowego, jestem w pewnym kłopotcie, bo już od kilkunastu miesięcy nie zajmuję się bezpośrednio tym problemem. Ale z tego, co obserwuję, to wszystkie pieniądze, które są sukcesywnie zwiększane i przeznaczone na to kształcenie, są wykorzystywane. Jest to dokonywane zgodnie z prawem o zamówieniach publicznych. Musi być rozstrzygnięcie konkursu, a więc uwzględnienie w tym systemie zarówno zapotrzebowania w danym województwie na konkretne specjalizacje, ale również możliwości ze strony organizatorów kształcenia, którzy się zgłaszają do prowadzenia tych kursów i aplikują o pozyskanie środków z budżetu państwa. Tak że jest oczywiście pytanie o wysokość tych środków, one natomiast są wykorzystywane. Jest tysiąc osiemset nowych miejsc. Myślę, że w dużym stopniu zaspokoi to zapotrzebowanie w przyszłym roku. Dziękuję bardzo.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wacława Wojtala: Dyrektor Bydłóż z Departamentu Dialogu Społecznego odnośnie do trudnego problemu dyżurów lekarskich.)

**Zastępca Dyrektora Departamentu Dialogu Społecznego
w Ministerstwie Zdrowia Jakub Bydłóż:**

Pani Senator! Szanowni Państwo!

Jeżeli chodzi o wyrok, który ostatnio zapadł w krakowskim sądzie w sprawie pana doktora Misia z Nowego Sącza, to nie pociąga on za sobą bezpośrednich skutków finansowych. Tam bowiem generalnie chodziło o to, iż temu lekarzowi należy zwrócić

czas wolny. Tak że on będzie mógł skorzystać w tej chwili z urlopu. Czyli będą skutki pośrednie, nie będzie bezpośredniego skutku finansowego.

Jednakże Ministerstwo Zdrowia, dostrzegając ten problem, przystąpiło do nowelizacji przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W chwili obecnej projekt ustawy, który został opracowany przez ministerstwo, przewiduje uznanie czasu pełnienia dyżuru za czas pracy. Nie będzie więc już tego problemu, jaki w tej chwili występuje. Dodatkowo należy również wskazać na fakt, że w chwili obecnej, jeżeli lekarz dyżuruje, to jemu się należy w każdej dobie przynajmniej jedenaście godzin odpoczynku dobowego. Ten odpoczynek dobowy może być co prawda zwrócony mu bezpośrednio po zakończeniu dyżuru, jednak praktyka, jaka występuje w szpitalach, jest różna. Tak że to nie tylko jest problem po stronie niedostosowania przepisów, ale również po stronie praktyki, jaka występuje.

Można również wspomnieć o tym, że do tej pory naruszenie, które zostało wskazane przez sąd krakowski, przepisów unijnych przez polskich pracodawców nie było podnoszone przez Komisję Europejską. Komisja Europejska – według informacji, które posiadamy – wskazuje, że dwadzieścia trzy państwa na dwadzieścia pięć, które do 1 stycznia tego roku były w Unii Europejskiej, są niedostosowane w tym zakresie do dyrektyw unijnych. Tak że w tej chwili pewne jest tylko, że dostosowany jest Luksemburg. Z tym, że to jest skala bardzo mała. Pozostałe państwa również mają ten problem i z tym problemem będą się borykać. My próbujemy tę sprawę prostować w drodze tej nowelizacji. Ona w tej chwili już jest po uzgodnieniach zewnętrznych. Są zbierane uwagi. Wydaje się, że jeżeli ta nowelizacja doszłaby do skutku w tym zakresie, to ten problem byłby, przynajmniej w tej chwili, już na przyszłość załatwiony. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Pani przewodnicząca chciała zadać pytanie.

Proszę bardzo.

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

Panie Przewodniczący! Pani Minister!

Ja mam cztery sprawy. Po pierwsze, jest wiadomą rzeczą dlaczego na studia stacjonarne nie idą pielęgniarki, dlaczego nie ma zapotrzebowania. Jeżeli natomiast chodzi o studia pomostowe, to nie wiem czy ja źle usłyszałam, czy państwo podaliście dane, że tylko tysiąc pięćset miejsc będzie finansowanych przez ministra zdrowia. I jeżeli tak, to skąd taki klucz? I jeżeli tak, to jakim kluczem będą przekazywane te pieniądze uczelniom? I jak one będą trafiać do pielęgniarek? Wiemy bowiem, że największy jest problem z tym, że uczelnie nie są zainteresowane żadnymi dotacjami tylko dlatego, iż pielęgniarki płacą z własnych kieszeni. Tak samo mamy problem, że uczelnia, gdzie pielęgniarka się zgłasza na miejsce limitowane, nie będzie występowała o środki unijne, ponieważ i tak ta pielęgniarka przyniesie pieniądze ze sobą.

Państwo o tym wiedzą, tutaj na tej sali w tym miejscu przedstawiałam sprawę nieuznanych kwalifikacji polskich pielęgniarek. I nie jest winą polskich pielęgniarek,

że nie mają uznanych kwalifikacji. Jakkolwiek z Brukselą sobie łatwiej radzimy niż z naszym polskim rządem i naszym Ministerstwem Zdrowia.

Jeżeli to jest prawda, że jest tysiąc pięćset miejsc limitowanych, to będzie ogromne oburzenie środowiska, dlatego że, proszę państwa, to tylko z winy urzędników w Ministerstwie Zdrowia – jak wiemy dzisiaj z Brukseli, z Komisji Europejskiej przez poprzednie dwie kadencje rządów przechodziły złe informacje. I ja będę pisała do pana przewodniczącego o debatę w tej sprawie i o ujawnienie spraw, o których dowiedziałyśmy się w Brukseli. Mamy teraz informacje w sprawie winnych naszych kwalifikacji pielęgniarskich. I stąd mój niepokój o tysiąc pięćset miejsc. I, żeby była pełna jasność, proszę powiedzieć według jakiego klucza będą przekazane. Pewnie pan dyrektor departamentu, pan Danielewicz, wie, bo od samego początku sprawę dobrze zna i wie dokładnie, jak to jest załatwione.

Następna sprawa. Interesuje mnie ustawa o ratownictwie. Nie dosłyszałam albo po prostu nie mam tej wiedzy i proszę w takim razie o wyjaśnienie, jak będą opłacane pielęgniarki, przekształcanie ich. One muszą mieć zrobione kursy kwalifikacyjne lub specjalizacje z pielęgniarstwa anestezjologicznego lub ratownictwa. Nie wszystkie izby w Polsce mają na to pieniądze, w związku z tym, jak Ministerstwo Zdrowia widzi sprawę przekazania środków na przeszkolenie tych pielęgniarek, które dwadzieścia lat pracują w pogotowiu ratunkowym.

Następna sprawa – RCKiK. Czy możemy dowiedzieć się, w jaki sposób, z jakimi uwarunkowaniami i jakim aktem prawnym będą przekazane dotacje do pracodawców w RCKiK? Jakie będzie obwarowanie i jak będzie to zapisane? My bowiem wiemy, że pracownicy nie dostaną tych pieniędzy, ponieważ RCKiK są zadłużone. Jeżeli nie zostanie wskazane dokładnie, jak ma to być przekazane dla pracowników, pracownicy tych 10% nie otrzymają, podwyżek też. W związku z tym chciałabym znać drogę prawną.

I teraz, też nie wiem, czy dobrze usłyszałam, że tylko sto dziesięć pielęgniarek ma dotacje na kształcenie podyplomowe. Dlaczego tylko sto dziesięć? Jak widzę, że sto dziesięć, to znaczy, że to jest tylko kontynuacja. W takim razie nie widzę pielęgniarek dla ustawy o ratownictwie, szkoleń w okresie 2007–2010. W związku z tym jak państwo to zamierzacie zrobić? Czy pielęgniarki będą stamtąd zwalniane? Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Pani Minister, bardzo proszę.

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

Dziękuję.

Skorzystam jeszcze raz z przekazania głosu ekspertom. Proszę pana dyrektora Danielewicza, żeby się odniósł w każdym wymiarze do wypowiedzi dotyczących pielęgniarek. Jeśli natomiast chodzi o RCKiK, o pieniądze na dofinansowanie tych podwyżek, to, Pani Przewodnicząca, nie mamy do tego podstawy prawnej. Proszę tylko potraktować jako naszą dobrą wolę uzgodnienia między nami a dyrektorami RCKiK, żeby tę zwiększoną dotację przeznaczyci na wzrost wynagrodzeń. SP ZOZ jest...

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

Nie przeznaczają na wzrost wynagrodzeń... Pani Minister, przepraszam, że przeszkadzam, ale ja muszę to wyjaśnić. Gdyby nie było wskazane i prośba – cały departament prawny się dziwił, że ja wnoszę i proszę o to – aby było napisane: „negocjowane ze związkami”. Pomimo ustawy o związkach i pomimo kodeksu pracy, które przez pracodawców w placówkach medycznych w ogóle nie są przestrzegane... Od paru miesięcy widzę, że w żaden sposób nie możemy przekazać pieniędzy nawet w międzyresortowym zespole. Trzy dni byliśmy i mamy ogromne problemy. Jest tak rozdrobniona sytuacja w ochronie zdrowia, że nie ma i nie można stworzyć takiego prawa w Polsce. No to prawo wyjdzie na ulice. Bo, Pani Minister, my na razie chcemy rozmawiać uczciwie i prowadzimy dialog. Półtora roku jestem przewodniczącą. Nie wyprowadziliśmy ludzi na ulice i wszystko robimy, żeby tego nie było i chcemy dialogu. Ale my z każdej strony słyszymy, że się nie da. Oświadczam pani minister i wszystkim tu państwu, że jeżeli w krwiodawstwie nie będą celowane pieniądze i nie znajdzie się taka droga prawna, że one mają być na podwyżki, to dyrektorzy prześlą to na spłatę zadłużenia, na kupno sprzętu. Nie ma możliwości, żeby zostały przekazane na wynagrodzenia. Dyrektor decyduje sam. I tego obawiają się pracownicy. Stąd strajk w kwietniu staje się coraz bardziej realny. Jestem przerażona. Jestem przeciwna rozwiązywaniu spraw na ulicy. W związku z tym bardzo prosiłabym o zastanowienie się i poszukanie drogi prawnej, aby przekazać dotację ze wskazaniem, że ona jest na podwyżkę wynagrodzeń. Już nie mówię, że to jest tylko 10%, ale jakiegokolwiek pieniądze, Pani Minister, żeby była taka możliwość. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.
Proszę, Pani Minister.

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

No, jestem w ogromnym kłopotcie. Nie mogę pani zapewnić, Pani Przewodnicząca. Podstawy prawnej w tym momencie nie ma. My musimy przestrzegać legalności, minister nie może przekazywać środków nielegalnie...

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

Ja jeszcze raz przepraszam.
(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wacława Wojtala: Mówię, że w tym momencie.*)

Przepraszam, Pani Minister. Przepraszam za tę polemikę. Tu na tej sali byliśmy świadkami przygotowania ustawy dla jednej osoby. Dwieście pięćdziesiąt tysięcy pie-

lęgniarek, tyle tysięcy ludzi i my nie możemy zrobić ustawy? Nie możemy ustawowo, prawnie przekazać środków? Dla jednej osoby była robiona w tamtym roku ustawa. Wszyscy byliśmy tego świadkami. Stąd nasze zdziwienie.

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

Nie będę polemizowała. Rozumiem pani argumenty. Chodzi o pewność, że te pieniądze pójdą na wynagrodzenia. Na pewno poświęcimy wiele uwagi tej sprawie. Ja mówię o stanie na dzisiaj. Dotacje będziemy dzielili zaraz po uchwaleniu ustawy budżetowej. Ustawa o publicznej służbie krwi daje tylko podstawę do przekazania środków na dotacje i ona nie ma żadnego związku z podwyżką wynagrodzeń. Dlatego ja, nie analizując sprawy dogłębnie, w tym momencie tylko tak mogę odpowiedzieć. Będziemy natomiast na pewno rozmawiali z dyrektorami, aby te pieniądze, które Sejm przeznaczył – dodatkowe 11 milionów zł – były wykorzystane na ten cel zgodnie z wolą posłów.

Jeśli chodzi o kwestie pozostałe, poproszę o wypowiedź pana dyrektora Danielewicza.

**Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego
w Ministerstwie Zdrowia Roman Danielewicz:**

Może zacznę od tego kształcenia podyplomowego. Nie wiem, co pani przewodnicząca ma na myśli mówiąc o stu dziesięciu miejscach. Tak jak pani minister powiedziała, przeznaczona w tym roku kwota na nowe miejsca specjalizacyjne dla pielęgniarek i położnych to są pieniądze rzędu 9 milionów zł, które wystarczą na uruchomienie tysiąca ośmiuset nowych miejsc specjalizacyjnych w tym roku i kontynuację specjalizacji podjętych w roku poprzednim. Czyli to jest pula kilku tysięcy – nie potrafię podać dokładnej liczby w tej chwili – pielęgniarek, które w ramach systemu dofinansowanego przez ministra zdrowia mogą otwierać i kontynuować specjalizacje.

Co do limitów przyjęć w uczelniach medycznych. Może na początek pierwsza uwaga dotycząca dotacji. Zgodnie z określonymi przez siebie limitami, minister zdrowia dokonuje podziału dotacji dydaktycznej, czyli tej kwoty, o której pani minister mówiła, rzędu 1 miliarda 80 tysięcy zł na przyszły rok, tak jak bywało w latach poprzednich. Sytuacja może się nieco zmienić w tym roku, dlatego że zmienia się, zgodnie z prawem o szkolnictwie wyższym, algorytm podziału dotacji. Minister zdrowia stosował przez ostatnie lata algorytm podziału dotacji, uwzględniając – tak jak powiedziałem w nawiązaniu do limitów przyjęć liczby studentów na poszczególnych kierunkach studiów – konkretne wagi. Na przykład pielęgniarstwo, położnictwo miało bardzo wysoką wagę, gdyż te kierunki były traktowane priorytetowo. Ale również algorytm uwzględniał inne uwarunkowania, takie jak liczebność kadry w danej uczelni.

Nowy algorytm, o którym mówię, który ma zostać wydany rozporządzeniem ministra nauki i szkolnictwa wyższego, będzie w dużym stopniu bardzo zbliżony do tego, jaki był przez nas stosowany i również będzie uwzględniał liczby studentów na poszczególnych kierunkach studiów, liczebność kadry, jakoś, że tak powiem, uczelni. Takie wskaźniki są tam przewidywane. To rozporządzenie albo już jest, albo lada chwila będzie – jest już w uzgodnieniach zewnętrznych – i ono będzie służyło do po-

działu dotacji. Dotacja przekazywana przez ministra zdrowia do uczelni medycznych może być przekazywana jedynie na studia stacjonarne, czy inaczej mówiąc, według starego nazewnictwa, na studia dzienne.

Przechodząc do limitów, o których pani przewodnicząca mówiła, w tej chwili w uczelniach medycznych – tylko w akademiach medycznych, które podlegają ministrowi zdrowia – na studiach licencjackich jest ponad pięć tysięcy pielęgniarek, tysiąc pięćset sześćdziesiąt położnych, studentów położnictwa w 2006 r. To są studia stacjonarne. Na studiach...

(Przewodnicząca Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Dorota Gardias: Ja pytałam, Panie Dyrektorze, o te tysiąc pięćset miejsc na studia pomostowe. Czy ja dobrze usłyszałam? Bo ja może źle usłyszałam.)

Taki był limit określony w ubiegłym roku i będzie zaproponowany również w tym. W tej chwili pracujemy nad rozporządzeniem. Za chwilę będzie ono w uzgodnieniach zewnętrznych. Co roku bowiem, tak jak powiedziałem, minister to rozporządzenie wydaje. I ten limit będzie uwzględniał... Nie potrafię podać w tej chwili zaproponowanej przez uczelnie medyczne liczby, niemniej jednak wiemy, że ten limit, o którym pani była uprzejma powiedzieć, nie został wyczerpany w ubiegłym roku, ponieważ, niestety, nie ma zainteresowania w środowisku.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale również limit nie był wykorzystany, ponieważ nie było chętnych na studia stacjonarne.

(Przewodnicząca Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Dorota Gardias: Ja mówię o pomostowych...)

Jeżeli mówimy o studiach pomostowych stacjonarnych, no to jest pewien problem, gdyż osoby pracujące nie są w stanie takich studiów realizować. Stąd też jest nieduża na nie zgłaszalność. Jeżeli natomiast chodzi o studia niestacjonarne, to my nie mamy możliwości prawnych finansowania tego trybu studiów.

(Przewodnicząca Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Dorota Gardias: Jak rząd zamierza w takim razie wyjść z tego problemu? To nam zgotowały nasze kolejne rządy. W związku z tym ja się bardzo cieszę, że mogą teraz być pielęgniarskie studia, bo pielęgniarki są inaczej wykształcone, tylko ja się pytam, co z tą rzeszą ludzi?)

W obecnym porządku prawnym jedynym instrumentem, jaki miałby minister zdrowia w tej sprawie, jest przyznawanie limitu na studia stacjonarne.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Kraska, a później pani senator.

Senator Waldemar Kraska:

Panie Przewodniczący, na razie jesteśmy chyba jeszcze w punkcie – pytania, prawda? Tutaj bowiem przeszliśmy już prawie do dyskusji. Mam króciutkie pytanie w sprawie działu „Ratownictwo medyczne”. Są zwiększone o 7 milionów zł wydatki na bieżącą działalność Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Ta kwota została zdjęta z programu wieloletniego na zakup śmigłowców. Jak pani minister powiedziała, kwota

ta da około dwudziestoprocentowy wzrost wynagrodzeń. Czy ministerstwo robiło jakąś symulację? Czy jest to odpowiedni wzrost, żeby zatrzymać tych pilotów? Wydaje mi się bowiem, że przerzucenie tych pieniędzy z tego programu spowoduje tylko tyle, że nie będzie ani pilotów, ani śmigłowców. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.
Pani Minister, bardzo proszę.

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

Dziękuję.

W tym zakresie mam dobrą wiadomość. Jest to symulacja zrobiona razem z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym i zapewnia to potrzeby w całości. Czyli można domniemywać, że wzrost wynagrodzeń zatrzyma pilotów.

(Senator Waldemar Kraska: A jak to wpłynie na program zakupu śmigłowców?)

Nie wpłynie ujemnie. Przetarg nie został jeszcze zakończony. Trwają procedury przetargowe. A jak wszyscy pamiętamy, w ustawie o tym programie jest powiedziane, że harmonogram dostaw i finansowania będzie określony w umowie. Te pieniądze, które są w ustawie budżetowej na 2007 r. zapewniają dosyć sporą partię dostaw i na pewno nie będzie możliwe większe wykonanie w ciągu jednego roku. Wydaje mi się więc, że tu nie ma żadnego zagrożenia dla realizacji programu. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję.

Pani senator Fetlińska. Może nim pani senator zada pytanie, to ja bym chciał zapytać, jak dużo osób chce jeszcze zadać pytanie? Dobrze. Chodziło mi bowiem o ewentualną przerwę. Nie robimy jej.

Bardzo proszę, Pani Senator.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Chcę tylko dodać, że chyba za mało korzystamy ze środków unijnych dla kształcenia pomostowego pielęgniarek. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie realizuje w tej chwili program dla stu pielęgniarek Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie właśnie ze środków unijnych. Pielęgniarki nie płacą nic. My te pieniądze pozyskaliśmy. Może tutaj Ministerstwo Zdrowia przekazałoby informację czy zachętę do akademii medycznych, ażeby akademie występowały z takimi programami do urzędów marszałkowskich i po prostu je realizowało. To bowiem, myślę, znacznie przyspieszyłoby kształcenie właśnie za pieniądze unijne pielęgniarek. To wymaga oczywiście dużo pracy i wkładu pracowników akademii medycznych, ale to jest jakieś rozwiązanie dla naszego budżetu. I na to chcę zwrócić państwu uwagę, że to też jest szansa. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję. Ale to nie było pytanie?

(*Senator Janina Fetlińska:* To właściwie był tylko głos w ramach ad vocem. Głos w dyskusji.)

Dobrze. Czy macie państwo jeszcze jakieś pytania? Może w takim razie udzielię sobie głosu.

Pani Minister, tutaj najbardziej niepokoi to, o czym mówił pan prezes Radziwiłł – sprawa z rezydentami. Nie wiem, czy ministerstwo prowadzi obserwacje wyjazdu młodych lekarzy i w ogóle lekarzy za granicę. Mnie jednak wydaje się, nie mając twardych danych, że liczba lekarzy ubiegająca się, myśląca o wyjeździe, a wreszcie liczba lekarzy wyjeżdżających jest w tendencji wzrostowej. Ja mam takie wrażenie ze swoich osobistych obserwacji. Stąd pytanie, czy pan prezes, ministerstwo mają takie dane? Możemy bowiem faktycznie w wieloletnich programach inwestycyjnych robić wspaniałe inwestycje, a w przyszłości nie będzie miał kto tam pracować. Jest to poważny problem.

Ja jeszcze powtórzę pytanie, bo tu, na tej sali, przed 22 lipca, przed ustawą tą podwyżkową, rozmawialiśmy i o służbie krwi, i o sanepidach, ale i o rezydentach. I właściwie tylko ci rezydenci zostali zupełnie niezafatwieni. Bo ta służba krwi... W tej ustawie, Pani Przewodnicząca, jest napisane, że to jest dotacja na podwyżki. Właściwie dyrektorzy muszą to wykorzystać na podwyżki. Nie ma innej możliwości. To jest wyraźnie napisane: dotacja. Oni więc nie mają innej możliwości. Z rezydentami natomiast jest niedobrze. Znam osobiście kilku rezydentów, którzy zaprzestali szkolenia w Polsce. W tej chwili poza granicami Polski szkolenie staje się dla tych młodych lekarzy coraz bardziej atrakcyjne. To jest dla nas na pewno bardzo niedobra wiadomość. A w połączeniu z informacją, którą przekazał pan prezes, o liczbie stu lekarzy ubiegających się o pracę w Polsce, jest to na pewno bardzo niedobre zestawienie.

To jest problem do dyskusji, nie tylko do zadania pytania. To jest kwestia nie tylko finansowa, ale również i organizacyjna. Podczas spotkań z konsultantami krajowymi, wojewódzkimi często słyszę opinie, że ta jednostopniowa forma specjalizacji nie bardzo się sprawdza. Chyba coraz głośniej zaczynają się podnosić głosy na temat powrotu jednak do dwustopniowej specjalizacji. Przynajmniej ja mam pewne takie informacje i takie są moje wrażenia. Ale zostawmy już rezydentów.

Następne pytanie. Dosyć duże wątpliwości i niepokój wzbudzają poprawki w pkt 21 przedstawione przez Sejm, a mianowicie te, które... No i bardzo dobrze, bo one zwiększają kwoty programu zwalczania chorób nowotworowych, ale są to kwoty już tak ściśle określone, o czym pani minister tutaj była uprzejma powiedzieć. Ja z panią senator Rudnicką jestem obserwatorem prac rady programowej. To oni decydują o tym jakie będą zakupy i jak będą te środki rozdysponowane. I tutaj mam pewne wątpliwości, i to duże, co do możliwości zrealizowania tych pomysłów.

Następne pytanie o LPR, czyli Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, chociaż już pan senator Kraska pytał się. Ale ja może jeszcze dodam swoje pytanie. Na jakim etapie jest ten przetarg? Od ubiegłego bowiem roku słyszymy o przetargu. Chciałbym wiedzieć, na jakim jest etapie i kiedy on zostanie rozstrzygnięty. To też jest ważna informacja. Czy ten przetarg będzie dokonywany z przetargiem na śmigłowce dla policji i wojska, czy osobno? Były bowiem informacje mówiące o różnych formach przetargu.

Następne pytanie dotyczy wieloletnich programów inwestycyjnych. Tutaj pani minister była uprzejma dosyć dużo powiedzieć o Gdańsku i o Bydgoszczy. Moje pyta-

nie jest następujące: jaki jest całkowity koszt inwestycji w Gdańsku? Pani minister chyba tego nie powiedziała, albo ja nie usłyszałem.

(Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Wacława Wojtala: Mówiłam, mówiłam.)

Całkowity przewidywany koszt. Oczywiście nie chciałbym poddawać w wątpliwość tej inwestycji, ale nie wiem, czy w budynkach z 1911 r. można tanio zrobić tę inwestycję, czy nie lepiej wybudować czegoś nowego. To tylko takie moje wątpliwości na gorąco i chciałbym, żeby pani minister w jakiś sposób rozwiązała moje wątpliwości.

Pani minister powiedziała też o tym, że w Łodzi nie została zrealizowana inwestycja o wartości 30 milionów zł i że te środki zostały wydane na inny cel. Moje pytanie: na jaki cel zostały wydane te środki – 30 milionów zł? Pani minister powiedziała, że zostały wydane na inne cele inwestycyjne. Bardzo proszę o informację. To są spore środki.

Następne pytanie dotyczy 20 milionów zł na remont bloku operacyjnego przy ulicy Banacha. Czy to już definitywnie zakończy remont w tym roku? Tam bowiem są olbrzymie kłopoty. Z tych informacji, jakie ja posiadam, wynika, że są olbrzymie kłopoty organizacyjne i w pracy lekarzy, całego personelu.

Mam jeszcze wątpliwości, które też sformułuję w pytaniu. Czy warto jest rozszerzać programy zdrowotne, a nie lepiej realizować te, które są? Mam też sygnały o jednak nie w pełni satysfakcjonujących efektach działań programów zdrowotnych. Czy tutaj rozszerzanie... No pewno, że to są dobre programy... zwalczanie otyłości. Wiele by można było tych projektów jeszcze wymyślić. Tylko czy nie lepiej skupić się na tych, które są i dobrze, skutecznie je realizować? No, to są może wszystkie pytania. Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję.

Tym razem też poproszę ekspertów: pana dyrektora Danielewicza co do rezydentur... Konsultanci krajowi. Pytanie było, czy właściwie realizujemy rezydentury i – to jest raczej, jak rozumiem, dyskusja – czy nie wrócić do dwustopniowego trybu zdobywania specjalizacji. Poproszę, żeby pan za chwilę odniósł się do tego.

Jeśli natomiast chodzi o programy zwalczania chorób nowotworowych i zwiększania liczby programów, to dam szansę, żeby się wypowiedział, panu dyrektorowi Adamczewskiemu, skoro jest obecny. Chciałabym, żeby też inni mogli się wypowiedzieć.

Jeśli chodzi o Lotnicze Pogotowie Ratunkowe i realizację programu wieloletniego – zakup śmigłowców. Myślę, że przetarg rozstrzygnie się nie wcześniej niż w pierwszym półroczu. To przesunięcie w czasie wynikało z debaty w rządzie, gdyż ustawa była już w 2005 r. podjęta. Czy minister zdrowia ma realizować samodzielnie, czy razem z innymi wojskowymi na przykład...

(Wypowiedź poza nagraniem)

Siłowymi – tak, to jest lepsze słowo.

Po konsultacjach z resortami siłowymi, w cudzysłowie, najpierw byliśmy skłonni zorganizować to wspólnie. Jednak po dyskusji, później już w łonie rządu, zdecydowano o oddzielnej realizacji. I minister zdrowia to realizuje. Jest to dialog konkurencyjny – taki tryb zamówień publicznych. Myślę, że nie wcześniej niż w pierwszym półroczu będzie rozstrzygnięty. Mam nadzieję, że w pierwszym półroczu.

Jeśli chodzi o Gdańsk – inwestycja wieloletnia o wartości kosztorysowej 474 miliony zł. Ja nie podawałam tych kwot. Żeby moja wypowiedź nie była za długa, zrezygnowałam z tego. Zdecydowałam, że ewentualnie doprecyzuję to w wyniku pytań.. Inwestycja będzie realizowana w latach 2007–2011. Bydgoszcz – 309 milionów 776 tysięcy zł. Jest to wstępna wartość. W jednym i w drugim przypadku nie ma jeszcze zbiorczego zestawienia kosztów. Jest to wstępna wartość kosztorysowa, wyliczona na podstawie wskaźników. Czas realizacji o rok dłuższy – od 2007 do 2012 r.

Czy nie lepiej byłoby wybudować nowego obiektu? Jeśli chodzi o obydwa obiekty, wydaje się nam, że nie. Dlatego, że w Gdańsku – pomimo że te budynki są z 1911 r. – to jednak są one w dosyć dobrym stanie technicznym. Mówię o Gdańsku. Dużo pieniędzy włożonych w modernizację i one mogą wypełniać swoje zadania. Częściowo. Oczywiście nie mogą wszystkich. Gdyby zdecydować się tylko na modernizację, to wydawało nam się, że musielibyśmy wydać dużo więcej środków. Będzie więc wybudowany pawilon połączony z istniejącymi budynkami. Wydaje nam się, że jest to wariant najbardziej optymalny. W Bydgoszczy natomiast będzie rezygnacja z dwóch obiektów. Ze względu na stan techniczny modernizowanie nie jest celowe.

Jeśli chodzi o Banacha, to wydaje nam się, że będą środki umożliwiające wykonanie planu modernizacji do końca tego roku. Nie chcemy tego przedłużyć. Chyba, żeby szpital uznał, że warunki, w których dokonywana jest ta modernizacja... Pan przewodniczący wspominał, że to jest duża uciążliwość prowadzić jednocześnie inwestycję i wykonywać operacje. No to wtedy się dostosujemy do harmonogramu przedstawionego przez szpital. Ale na razie planujemy, że w 2007 r. ta modernizacja byłaby zakończona.

Jeśli chodzi o zakupy i modernizacje, które zostały wykonane w ramach zmiany przeznaczenia środków z budowy Centrum Kliniczno-Diagnostycznego w Łodzi, to poproszę panią dyrektor Elżbietę Jazgarską, dyrektora Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji, bo jest najbardziej tutaj właściwą osobą. W takiej więc kolejności bym proponowała: pani dyrektor Jazgarska, pan dyrektor Danielewicz i pan dyrektor Adamczewski, jeśli chodzi o odniesienie się do programów polityki zdrowotnej. Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję.

W 2006 r. w związku z brakiem realizacji możliwości wydatkowania środków na łódzką inwestycję, minister zdrowia wnioskował o zmianę ich przeznaczenia. Łączna kwota, która była przesunięta na inne zadania, wyniosła 43 miliony 782 tysiące zł. Została przeznaczona, zgodnie zresztą z ustawą o finansach publicznych, wyłącznie na zadania kontynuowane, ujęte już w planie na ten rok w budżecie ministra zdrowia. Są to zadania zarówno budowlane, jak i zakupy inwestycyjne. Dotyczą różnych zadań.

Na przykład są to trzy zadania budowlane w szkolnictwie wyższym na łączną kwotę ponad 8 milionów zł: Akademii Medycznej w Poznaniu, gdzie jest inwestycja budowlana – Centrum Medyczne Informacji Naukowej, rozpoczęta w zeszłym roku; Akademia Medyczna we Wrocławiu na zadanie realizowane w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej; również Zakład Medycyny Sądowej, drugi etap, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. To są zadania w szkolnictwie wyższym.

Następnie dofinansowano zadania realizowane w ochronie zdrowia. I tutaj mamy na przykład... Nie wiem, czy wymieniać, bo jest bardzo dużo tych zadań. Mogę powiedzieć, że jest to na przykład dla Śląskiej Akademii Medycznej – adaptacja budynku oddziału intensywnej opieki medycznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 w Zabrze; następnie Klinika Chorób Zakaźnych w szpitalu w Lublinie, Akademia Medyczna w Szczecinie, Centrum Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Dziedzicznych w Szpitalu nr 1 oraz kolejne inwestycje, które można było dofinansować po to, aby przyspieszyć ich realizację, umożliwić wcześniejsze zakończenie. Te pieniądze pozwoliły właśnie na przyspieszenie realizacji innych inwestycji, na które wcześniej nie można było przeznaczyć wystarczających środków.

Te środki przeznaczono również na zakupy, głównie aparatów rentgenowskich. Jest to kontynuowane zadanie, dofinansowywane corocznie w związku z koniecznością dostosowania aparatów do aktualnych wymogów ustawy – Prawo atomowe. Dofinansowano również jeden z realizowanych programów polityki zdrowotnej – program Polcard – na kwotę 8 milionów zł na zakup trzech angiokardiografów w trzech szpitalach: Krakowski Szpital Specjalistyczny, Szpital Specjalistyczny świętego Wojciecha w Gdańsku i Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny przy ulicy Banacha w Warszawie oraz jeszcze czwarty szpital – we Wrocławiu. Cztery szpitale, 8 milionów zł. Jest jeszcze dosyć duża kwota dla Centrum Zdrowia Dziecka na dofinansowanie wyposażenia oddziału intensywnej opieki noworodków. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.
Jeszcze pan dyrektor.

**Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego
w Ministerstwie Zdrowia Roman Danielewicz:**

Rezydentury. Ja tylko przypomnę o tym, o czym pani minister wcześniej mówiła, że ta potencjalnie trzydziestoprocentowa podwyżka uposażeń rezydentów musiałaby ponieść za sobą skutki. Przy obecnej liczbie, która zbliża się do siedmiu tysięcy rezydentur kontynuowanych na bieżąco oraz umów, które mamy, podwyżka musiałaby skutkować kwotą około 44 milionów zł. Wydaje się to w tej chwili dość problematyczne.

Nawiązując natomiast do tego, o czym powiedział pan przewodniczący, w kwestii kontaktów i z młodymi lekarzami, i z konsultantami krajowymi, podobne obserwacje i nawet decyzje dotyczące ułatwienia systemu specjalizacji są w kierownictwie ministerstwa i, co do udroźnienia, w ministerstwie. Obecny jednostopniowy system specjalizacji, obowiązujący od 2000 r., zakłada podział na specjalizacje podstawowe i szczegółowe. Szczegółowe – właśnie takie, jak chociażby kardiologia, czy chirurgia plastyczna, czy chirurgia naczyniowa – wymagają ukończenia pełnego cyklu specjalizacji szczegółowej. Efekt tego jest taki, że przy dobrym systemie kształcenia, jaki mamy – co jest również podkreślane – opartym na akredytacji jednostek, w których można się specjalizować, na jednolitych programach, uzyskanie specjalizacji szczegółowej zajmuje zwykle osiem, dziewięć lat lub nawet więcej. Jest to w niektórych przypadkach nawet dwukrotnie dłużej niż zakładają wytyczne wynikające z dyrektyw unijnych.

W związku z tym, a również po to, żeby udroźnić nasz system i ułatwić specjalizację lekarzom, planowana jest – i taka decyzja jest podjęta przez kierownictwo – nowelizacja rozporządzenia o specjalizacjach. Ona pójdzie najpewniej w kierunku tego, co roboczo pozwalam sobie nazywać systemem modułowym. Czyli chodziłoby w pewnym sensie o powrót do podziału na pierwszy, drugi stopień, ale jednak bez pierwszego stopnia, ponieważ lekarz z pierwszym stopniem specjalizacji nie do końca w tej chwili może znaleźć dla siebie miejsce w systemie ochrony zdrowia, gdyż – tak jak to wcześniej było powiedziane – nie jest jakby widzialny, brzydko mówiąc, dla Funduszu. To więc powinna być specjalizacja jednostopniowa, niemniej jednak taka, która zakłada docelowo uzyskanie specjalizacji w ciągu pięciu, sześciu lat po odbyciu, powiedzmy, dwuletniego podstawowego modułu, czy to z chorób wewnętrznych, czy z chirurgii ogólnej i potem bezpośrednio przechodzenie do drugiego etapu specjalizacji szczegółowej.

Taka więc nowelizacja jest planowana. Optymalnym momentem wejścia nowelizacji w życie, która powinna objąć również inne elementy ułatwiające działanie systemu specjalizacji, wydaje się być połowa tego roku, kiedy to wygasa z mocy ustawy o zawodzie lekarza tak zwany stary, właśnie dwustopniowy system specjalizacji. W ten sposób nie będzie trzech systemów specjalizacji, ale już tylko dwa. Tak chcielibyśmy skoordynować te prace, żeby nowe rozporządzenie mogło w połowie roku wejść w życie. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję.

Pan dyrektor, proszę bardzo.

**Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej
w Ministerstwie Zdrowia Dariusz Adamczewski:**

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Krótko na temat wątpliwości pana senatora. Jeśli chodzi o poprawki wprowadzone przez Sejm w pktcie 21 w rozdziale „Programy polityki zdrowotnej”, rzeczywiście, takie przyporządkowanie tych zadań powoduje, że będą one w praktyce w większości niemożliwe do realizacji. Po pierwsze, prawo zakłada procedurę konkursową wyboru realizatorów we wszystkich konkursach na realizację programów polityki zdrowotnej. Po drugie, część zadań, które zostały wskazane, w ogóle nie wchodzi w skład programu i w ogóle nie były proponowane przez radę programów. W związku z tym będą to zadania niemożliwe do zrealizowania przez ministra zdrowia.

(Głos z sali: Ale środki będą wydatkowane na te cele...)

To znaczy mogą być wydatkowane na program, ale nie na cele precyzyjnie wskazane w poprawkach.

Jeśli chodzi o zwiększanie liczby programów polityki zdrowotnej, to w ich przypadku, czy generalnie programów realizowanych w zakresie zdrowia publicznego, o efektach możemy mówić dopiero po co najmniej kilkuletnim okresie realizacji. I tak na przykład w programie badań przesiewowych noworodków czy w programie Polcard efekty w populacji już widać. Te programy znakomicie się sprawdzają, bo jest to

i zwiększenie dostępności do pewnych rodzajów terapii czy diagnostyki, i poprawa stanu zdrowia bądź opieki nad określonymi grupami populacji. W części programów, które zaczęły być realizowane rok czy dwa lata temu, tych efektów jeszcze nie widać w takiej skali, w jakiej one są oczekiwane po kilkuletniej realizacji tych programów.

Dwa programy przyjęte do realizacji na rok bieżący dotyczą bardzo istotnych populacyjnych problemów zdrowotnych. Po pierwsze, program profilaktyki próchnicy u dzieci. Mamy nadzieję, że przy zwiększeniu środków na realizację tego programu w kolejnych latach uda go się z monitorowania stanu jamy ustnej przekształcić właśnie w taki aktywny program profilaktyki. To bowiem dopiero przyniesie efekt populacyjny. Na razie zdobędziemy wiedzę, jaki jest stan uzębienia u dzieci i młodzieży.

Drugi program – zwalczania otyłości poprzez zmianę sposobu odżywiania i wzrost aktywności fizycznej społeczeństwa – jest programem w takim kierunku, w jakim idą nowoczesne programy zdrowia publicznego. Chodzi więc o profilaktykę pierwotną, a nie inwestycję w terapię. On nie służy realizacji zwiększenia dostępności do medycyny klinicznej, ale rzeczywiście dotyka przyczyny powstawania większości chorób cywilizacyjnych. W związku z tym wydaje się, że jest to również niezwykle istotny program. Przy zwiększaniu w kolejnych latach środków na realizację tego programu i jego zasięgu, wydaje się, że on będzie w stanie zastąpić również część programów profilaktyki pierwotnej w programach klinicznych, to znaczy chorób nowotworowych, chorób układu krążenia i cukrzycy. Tak naprawdę jest to program horyzontalny, który dotyka wszelkich pojawiających się we współczesnym społeczeństwie problemów. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Nie mamy już chyba więcej pytań? Jednak są jeszcze?

Proszę bardzo, Pani Senator.

Senator Jadwiga Rudnicka:

Pani Minister, była sprawa związana z inwestycją w Katowicach. Cofnięto 2 miliony zł. Nie bardzo zrozumiałam, jakiego to dotyczy obiektu. Czy to jest rozpoczęta praca i w tej chwili niekończona? Czy to jest nowy projekt, z którego zrezygnowano? Jaka jest tego lokalizacja? To jest mój teren i po prostu zupełnie nie zrozumiałam, o co tam poszło. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Proszę bardzo, Pani Minister.

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

Dziękuję bardzo.

Rzeczywiście, starając się bardzo krótko przedstawiać budżet, nie mogłam rozwinąć wszystkich wątków. Tutaj tylko zasygnalizowałam. Dziękuję za to pytanie. Ślę-

ska Akademia Medyczna w Katowicach realizowała jakiś czas temu inwestycję wieloletnią, która to inwestycja została wykreślona z wykazu inwestycji wieloletnich.

(Senator Jadwiga Rudnicka: Gdzie to jest?)

W Zabrze. Akademickie Centrum Medyczne w Zabrze. Tak zwany ACMed w Zabrze. ACMed to była powołana przez senat uczelni medycznej spółka, która to realizowała. I tam, wracam do historii, przez kilka lat przekazywano z budżetu państwa po 1 milionie zł na realizację tej inwestycji. W sumie nie było realizacji jako takiej, tylko zabezpieczenie stanu technicznego tego obiektu oraz drobne prace. Śląska Akademia Medyczna cały czas bowiem szukała finansowania ze środków pozabudżetowych. Nie było przyzwolenia rządu na gwarancje rządowe, na wzięcie kredytu, w sytuacji, gdy była to inwestycja wieloletnia. W tamtych latach – 2001–2004 – były problemy budżetowe i nie było możliwości przeznaczenia środków w wysokości, o którą zabiegała uczelnia – po 120 milionów zł rocznie na jedną inwestycję. W związku z tym dopóki nie przedłożono koncepcji współfinansowania, nie było tak naprawdę finansowania tej inwestycji. W 2005 r. wykreślono ją z inwestycji wieloletnich. W 2006 r. nie było już żadnej inwestycji w tym zakresie.

Teraz Śląska Akademia Medyczna w 2006 r. zwróciła się do rządu z prośbą o budowę centrum klinicznego w Zabrze. Nie mieliśmy sprecyzowanej koncepcji tej budowy i przyjęliśmy ją warunkowo, zobowiązując władze uczelni do przedstawienia szczegółów. A ponieważ nie mogliśmy się ich za bardzo doczekać, profesor Zbigniew Religa osobiście z państwem z Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji wizytowali ten obiekt, domagając się też wskazania, w którym miejscu ta inwestycja będzie realizowana. Senat uczelni zdecydował, że nie będzie to kontynuacja tamtej budowy. Kilkunastopiętrowy obiekt, który był wybudowany jeszcze przez samorząd województwa, nie nadaje się do posadowienia szpitala. Zbyt dużo bowiem kosztowałyby tutaj prace modernizacyjne, nie wiem jak to nazwać, nazwijmy to: struktury szpitala. Uczelnia skłaniała się do tego, żeby jednak zbudować mniejszy i tańszy obiekt na nowym terenie. Minister zdrowia wskazywał jednak, że ta nieruchomość jest obciążona hipoteką na kredyt, który akademia wzięła na jego budowę – o czym wspominałam na początku – bez uzgodnienia z ministrem zdrowia. Uczelnia może samodzielnie zaciągnąć kredyt, jednak my nie ocenialiśmy tego pozytywnie. Stąd te perturbacje w realizacji poprzedniej inwestycji. To nowe zadanie miało być finansowane z budżetu państwa w całości, na nowym obiekcie, na nowym terenie, ale też w tym samym celu: żeby był szpital kliniczny, który przeniósłby rozrzucone po całej aglomeracji śląskiej...
Dziękuję, Pani Senator.

Senator Jadwiga Rudnicka:

Bardzo dziękuję.

Ta przed laty rozpoczęta inwestycja to jest olbrzym, który miał skupić wszystkie stare szpitale, które są w stanie opłakanym i nienadającym się już w ogóle do niczego. Żaden sanepid nie może dać pozwolenia na funkcjonowanie szpitali akademickich, które są w Zabrze. I to miało być przeniesione do tego budynku. No i właśnie stało się tak. Chwała Bogu, Centrum Onkologii wyrosło. Tam natomiast pan minister jakoś dziwnie nie miał szczęścia do ludzi, którzy by naprawdę się temu poświęcili. I stoi w polu takie olbrzymie straszdyło. No ale potrzeby są, bo po prostu szpitale kliniczne padają. W związku z tym ja, Pani Minister, bardzo dziękuję za tę informację. A pana

przewodniczącego chcę, bo może będziemy na Śląsku, poprosić, może odwiedzilibyśmy panią rektor, bo naprawdę coś trzeba z tym zrobić. Bardzo chcę się tym zająć. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Pani Senator.
Bardzo proszę, Pani Minister.

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

Chcę podziękować pani za podjęcie tego wątku i za wolę poświęcenia większej uwagi komisji. Zdaniem ministra zdrowia potrzeby Śląska, ale szczególnie w Zabrze, akademii, są w tym zakresie zasadne. Dlatego zdecydowaliśmy się na warunkowe włączenie inwestycji, aczkolwiek wiedzieliśmy, że jest to ryzyko, bo dopóki nie ma programu, nie należy tego czynić. Pani rektor wykazała natomiast bardzo dużą chęć uporządkowania sprawy i, jak powiedziałam, odłożyła problem na dwa, trzy lata. Tak uzasadniła, że wrócą do tematu, w uchwale Śląska Akademia Medyczna. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Nie widzę już więcej zgłoszeń do zadawania pytań. Czy są jakieś głosy w dyskusji? Nie ma. Wniosków też nie słyszę i nie widzę zgłoszeń. Nie mamy wniosków? Nie mamy żadnych wniosków, poprawek. To ja zgłoszę wniosek o przyjęcie... Tak?

Proszę bardzo.

Senator Janina Fetlińska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Może nie mam wniosków dotyczących zmiany budżetu, ale myślę, że należałoby się zastanowić nad wnioskiem spowodowania debaty w Senacie na temat kształcenia kadr medycznych, lekarzy, pielęgniarek, innych zawodów. Tu bowiem jest wiele pytań, wiele spraw, które należałoby przemyśleć od nowa. Może też byłoby to pomocne rządowi, żeby przeprowadzić taką szeroką debatę i uzyskać wnioski do zmian w koncepcji kształcenia przed i podyplomowego. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję, Pani Senator.

Myślę, że to jest bardzo dobry pomysł. Myślę, że w ramach prac komisji zrobilibyśmy to, prawda? Na pewno uwzględnimy to w programie prac w tym roku.

Formalnie chcę zgłosić wniosek o przyjęcie bez poprawek ustawy budżetowej w zakresie służby zdrowia. Musimy przeprowadzić głosowanie.

Kto jest za przyjęciem tej ustawy bez poprawek? Proszę o podniesienie ręki. (7).

Kto jest przeciw? Proszę o podniesienie ręki. (0)

Kto się wstrzymał? (1)

Dziękuję bardzo.

Rozumiem, że ustawa została przyjęta. Dziękuję bardzo.

Zrobimy techniczną, dwuminutową przerwę. Mamy jeszcze sprawy różne. Chciałbym jeszcze porozmawiać na temat naszego ewentualnego wyjazdu do Katowic.

(Przerwa w obradach)

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Wracamy do obrad.

Porozmawiamy na tematy różne. W sprawach różnych mamy zaplanowane omówienie wyjazdowego posiedzenia Komisji Zdrowia u pani senator Rudnickiej. Z tym, że my jeszcze nie mamy stuprocentowej pewności, czy do takiego posiedzenia dojdzie. Pan przewodniczący Sidorowicz i pani senator robią wszystko, żeby doszło do takiego posiedzenia. Mamy więc nadzieję, że tak będzie. Posiedzenie miałyby miejsce z 17 na 18 stycznia. I pytanie do państwa, czy państwo chcielibyście zarezerwować transport tu z Warszawy, czy będziecie dostawać się do Katowic, do Gliwic własnymi środkami?

(Brak nagrania)

Senator Jadwiga Rudnicka:

Pan minister Religa już odpisał nam, że przyjedzie. My już dawno planowaliśmy takie posiedzenie i poszły zaproszenia do wojewody, do trzech ministrów, do czterech prezydentów z okolicznych większych miast. Wszyscy przyjadą. W międzyczasie komisja sportowa nie popisała się w Zakopanem...

(Głos z sali: Dziennikarze się nie popisali.)

Czy dziennikarze... W każdym razie już post factum zaistniała zakopiańska sprawa, która nam komplikuje rzecz. Z tym, że ja byłam z panem przewodniczącym na rozmowie z panem marszałkiem, który powiedział, że trzeba napisać pismo i prezydium podejmie decyzję. On nie bardzo chce, zgadza się natomiast na wyjazd seminaryjny. Jak więc my to nazwiemy, tak nazwiemy, ale...

(Głos z sali: Wyjazd seminaryjny, czyli nie będzie to formalnie posiedzenie komisji?)

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Mnie się wydaje, że obojętnie jak to się nazwie, to proszę państwa, ja bardzo proszę przyjechać do Gliwic, bo może się to skończyć na spotkaniu naszej dyrekcji z panem Religą na przykład i wojewodą.

(Brak nagrania)

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 10)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851