

VII kadencja



# **KANCELARIA SEJMU**

## **Biuro Komisji Sejmowych**

### **PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA**

■ **KOMISJI EDUKACJI, NAUKI  
I MŁODZIEŻY**  
(NR 173)

■ **KOMISJI ZDROWIA**  
(NR 153)

z dnia 8 października 2014 r.



---

## Pełny zapis przebiegu posiedzenia

### Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży (nr 173)

### Komisji Zdrowia (nr 153)

8 października 2014 r.

Komisje: Edukacji, Nauki i Młodzieży oraz Zdrowia, obradujące pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji Zdrowia, rozpatrzyły:

**– informację Ministra Zdrowia oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie uwarunkowań prawnych i finansowych prowadzenia przez szpitale kliniczne działalności dydaktycznej i badawczej.**

W posiedzeniu udział wzięli: **Igor Radziewicz-Winnicki** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jacek Guliński** podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego, **Julita Jaśkiewicz** zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, prof. **Paweł Górski** wiceprzewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, **Andrzej Włodarczyk** członek Naczelnej Rady Lekarskiej, prof. **Piotr Kuna** dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, członek KRAUM oraz prof. **Paweł Lampe** kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego Śląskiej Akademii Medycznej, członek Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Ewa Muszyńska**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Maria Taurogińska-Kopec** i **Paweł Witecki** – z sekretariatów Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

#### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Otwieram wspólne posiedzenie Komisji Zdrowia oraz Komisji Edukacji, Nauki i Młodzieży. Witam serdecznie państwa posłów. Witam panów ministrów wraz z zaproszonymi gośćmi i współpracownikami.

Szanowni państwo, w dniu dzisiejszym mamy do rozpatrzenia jeden punkt – informację ministra zdrowia oraz ministra nauki i szkolnictwa wyższego w sprawie uwarunkowań prawnych i finansowych prowadzenia przez szpitale kliniczne działalności dydaktycznej i badawczej. Czy są uwagi do porządku obrad? Nie słyszę. Stwierdzam, że porządek obrad został przyjęty. Oddaję głos panu ministrowi Igorowi Radziewiczowi-Winnickiemu. Bardzo proszę, panie ministrze.

#### **Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki:**

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący. Dziękuję pięknie za zaproszenie. Państwo wybaczą, jestem w zastępstwie mojego znakomitego kolegi pana ministra Sopińskiego, który jest w delegacji służbowej. Wiem, że otrzymali państwo materiał przygotowany przez pana ministra. Pozwolę sobie ograniczyć się do skrótowego przedstawienia kluczowych elementów, które minister zdrowia zawarł w dokumencie przesłanym Komisjom. Kwestie związane z prowadzeniem przez szpitale kliniczne działalności dydaktycznej i badawczej reguluje kilka aktów prawnych, w tym ustawa o działalności leczniczej. Największej dyskusji spodziewamy się w związku z tym, że ustawa o działalności leczniczej nie wyróżnia odrębnej kategorii szpitali klinicznych, nadając przymiot kliniczności wyłącznie jednostkom, których organem założycielskim jest uczelnia wyższa medyczna.

Kolejne akty prawne to Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawa o zasadach finansowania nauki i szereg rozporządzeń, przede wszystkim ministra nauki i szkolnictwa wyższego w sprawie sposobu podziału dotacji z budżetu państwa na uczelnie publiczne i niepubliczne, co implikuje alokację środków przeznaczonych na edukację młodzieży akademickiej.

Szpitaly kliniczne są podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami, dla których funkcję podmiotu tworzącego pełnią uczelnie medyczne albo publiczne uczelnie prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych. Obecnie w takiej formie funkcjonują w Polsce 42 szpitale, spośród których 40 posiada bazę łóżkową, a pozostałe 2 podmioty to kliniki stomatologiczne.

Zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej uczelnie medyczne mogą tworzyć i prowadzić podmioty lecznicze w formie spółki kapitałowej. Proces przekształcania niektórych podmiotów jest obserwowany. Niedawno Warszawski Uniwersytet Medyczny przekształcił jedną ze swoich jednostek do postaci uniwersyteckiego centrum zdrowia kobiety i noworodka. Ta jednostka jest także realizatorem rządowego programu *in vitro*.

Szpitaly kliniczne od pozostałych podmiotów leczniczych wyróżnia realizacja zadań w zakresie kształcenia przed- i podyplomowego w zawodach medycznych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz promocja zdrowia. Istotne jest przyczynianie się do rozwoju nauki, prowadzenie działalności badawczej oraz pełnienie funkcji doradczej, eksperckiej w zakresie systemu ochrony zdrowia. Jest to związane z tym, że akademickie ośrodki kliniczne gromadzą najbardziej wykształconą kadrę naukową i medyczną, która stanowi zaplecze intelektualne dla systemu ochrony zdrowia.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, którymi są szpitale kliniczne, z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów pokrywają koszty swojej działalności, regulują swoje zobowiązania. Podstawą gospodarki samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej jest, stosownie do art. 53 ustawy, plan finansowy ustalany przez kierownika zakładu.

Działalność dydaktyczna, będąca jednym z podstawowych działań w zakresie odbudowy kadr systemu opieki zdrowotnej, jest realizowana poprzez kształcenie przed- i podyplomowe w zawodach medycznych. W związku z realizacją tych świadczeń, zgodnie z przepisami ustawy, szpitale są zobowiązane do udostępniania uczelniom medycznych jednostek organizacyjnych, które są niezbędne do realizacji zadań. Udostępnienie następuje na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej pomiędzy uczelnią medyczną a podmiotem wykonującym działalność leczniczą. Jest to związane z faktem, że formalnie są one odrębnymi podmiotami prawnymi w stosunku do uczelni medycznych, które otrzymują środki finansowe na kształcenie studentów. Umowy te określają m.in. czas trwania umowy, wysokość środków finansowych przekazywanych przez uczelnie szpitalom, wykaz ruchomości i nieruchomości udostępnianych w celu realizacji działań dydaktycznych, kwestie ubezpieczenia, odpowiedzialności cywilnej i okoliczności, w których może nastąpić zmiana umowy.

Za udostępnianie jednostek organizacyjnych szpitale, zgodnie z art. 90 ustawy o działalności leczniczej, otrzymują od uczelni środki finansowe na realizację wyznaczonych zadań dydaktycznych i badawczych. Uzyskują dotacje na zadania związane ze świadczeniami zdrowotnymi, które są wykonywane w ramach kształcenia studentów studiów stacjonarnych w podstawowej jednostce organizacyjnej uczelni medycznej albo innej uczelni publicznej, w której prowadzone jest kształcenie na kierunkach medycznych pod bezpośrednim nadzorem nauczycieli akademickich posiadających kwalifikacje do wykonywania zawodu medycznego właściwego w danym kierunku kształcenia.

Jeśli chodzi o wysokość środków, to w 2014 r. środki przekazane na działania z zakresu dydaktyki studentów na kierunkach medycznych zostały wydzielone z ogólnej kwoty dotacji budżetowej na prowadzenie działalności dydaktycznej przez uczelnie medyczne i wyniosły 44.760 tys. zł. W materiale przekazanym Komisjom rozpisano wielkości dotacji przypadających na poszczególne uczelnie.

Spodziewam się, że w toku dyskusji Komisje zechcą poświęcić najwięcej uwagi działalności badawczej prowadzonej przez jednostki akademickie szpitali akademickich. Zasady finansowania nauki ze środków ustalanych na ten cel w budżecie państwa okre-

śla ustawa o zasadach finansowania nauki. Środki są ujmowane w wyodrębnionej części budżetu państwa – Nauka. Zgodnie z art. 5 ustawy o zasadach finansowania nauki, środki finansowe na naukę przeznaczają się na działalność jednostek naukowych uczelni polegającą na prowadzeniu badań naukowych i prac rozwojowych oraz zadań z nimi związanych służących rozwojowi młodych naukowców oraz uczestników studiów doktorskich, finansowanych w wewnętrznym trybie konkursowym.

Niezależnie od tego, że uczelnie medyczne wraz z ich jednostkami klinicznymi, które zwykle immanentnie związane są z bazą szpitali klinicznych, mają prawo dostępu do określonych środków specjalnie dedykowanych przez ministra nauki oraz środków dystrybuowanych przez Narodowe Centrum Nauki i Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, to uczelnie medyczne mogą również samodzielnie prowadzić badania kliniczne związane z prowadzeniem eksperymentów medycznych służących przetestowaniu nowych technologii lekowych czy nielekowej technologii medycznej.

Ustawa – Prawo farmaceutyczne w art. 37k wyróżnia dwa rodzaje badań klinicznych – badania komercyjne i niekomercyjne. Biorąc pod uwagę liczbę prowadzonych w Polsce badań klinicznych mających na celu rozwój działalności naukowej, trzeba zwrócić uwagę na fakt, że zwiększa się sukcesywnie liczba badań klinicznych komercyjnych, za którymi stoi potężny podmiot, zwykle koncern farmaceutyczny. Liczba zarejestrowanych badań wzrasta od 364 w 2005 r. do 422 w 2013 r. Dane za rok 2014 nie są pełne. Warto zauważyć, że liczba zarejestrowanych badań zgłoszonych przez sponsorów niekomercyjnych, czyli przez uczelnie medyczne, jest niestety bardzo skromna. W 2011 r. były 3 takie badania, w 2012 r. – 8, w 2013 r. – 2, w 2014 r. – 1. Sześć jest w trakcie rejestracji.

Mówię o tym dlatego, że Minister Zdrowia podjął się popularyzacji i zachęcania uczelni medycznych do prowadzenia i obejmowania funkcji sponsora badania klinicznego niekomercyjnego. Tego typu badania mają kluczowe znaczenie dla rozwoju nauki w obszarach, jakie są szczególnie istotne dla odkrycia zjawisk ważnych dla zdrowia publicznego, które – być może – nie mają przełożenia komercyjnego. Zainteresowanie komercyjnych podmiotów rozwojem wiedzy w tej dziedzinie jest nikłe. Z drugiej strony nierzadko stanowią one istotny element rozwoju wiedzy w określonej subdyscyplinie naukowej.

Przykładem takiego działania, które nie tylko wzbudza dyskusję w sferze publicznej, ale także zapoczątkowało silną współpracę wielu instytucji publicznych, jest prowadzenie badania klinicznego w zakresie stosowania eksperymentalnego przeciwciała anty-GD2 w leczeniu nerwiaka zarodkowego współczulnego (neuroblastoma). Ośrodkiem koordynującym międzynarodowe badania w Polsce został wyznaczony 10 lat temu ośrodek krakowski. Minister zdrowia bardzo intensywnie wspierał Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, czego efektem jest zarejestrowanie badania klinicznego niekomercyjnego w Polsce.

Dopingujemy działalność uczelni w zakresie rozpoczęcia rekrutowania pacjentów do tego badania. Ma to fundamentalne znaczenie z punktu widzenia potrzeb i oczekiwań społecznych, przede wszystkim zapewnienie dostępu do terapii, która wedle wiedzy naukowej, aczkolwiek niezwyfikowanej praktyką, czyli niepotwierdzonej zarejestrowaniem produktu leczniczego, może przynosić daleko idące korzyści zdrowotne dla pacjentów objętych tym leczeniem. Mowa jest nawet o 30% poprawy rokowania u pacjentów w zaawansowanym stanie choroby nowotworowej.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, na tym zakończę swoją wypowiedź, zostawiając czas dla pana ministra Gulińskiego. Spodziewam się dyskusji, w której chętnie wezmę udział. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję uprzejmie, panie ministrze.

Proszę o zabranie głosu pana ministra Gulińskiego.

**Podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego Jacek Guliński:**

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni goście. Mam przedstawić informację na temat uwarunkowań prawnych i finansowych prowadzenia przez szpitale

kliniczne działalności dydaktycznej i badawczej. Materiał dotyczący tej problematyki został państwu dostarczony.

Chciałbym rozpocząć od definicji. Otóż szpital kliniczny to jednostka leczenia stacjonarnego, której podstawowym celem działania jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia w powiązaniu z uczestnictwem w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych. Szpital stanowi bazę do przed- i podyplomowego nauczania w zakresie przedmiotów klinicznych oraz do prowadzenia badań naukowych. Prowadzone w szpitalach klinicznych badania oraz wdrażane nowoczesne metody i procedury wysoko-specjalistyczne i innowacyjne przyczyniają się do rozwoju badań naukowych i postępu w medycynie, co z kolei ma przełożenie na wdrożenie innowacyjnych metod w diagnostyce i terapii pacjentów.

Minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego nadzoruje 3 uczelnie publiczne, które są założycielami szpitali klinicznych. Mam na myśli Uniwersytet Jagielloński (4 szpitale uniwersyteckie), Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika (2 szpitale) oraz Uniwersytet Warmińsko-Mazurski (uniwersytecki szpital kliniczny w Olsztynie). Realizacja kształcenia na kierunkach medycznych, w tym lekarskim i lekarsko-dentystycznym odbywa się w szczególnych uwarunkowaniach prawnych. Obowiązują nie tylko przepisy ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym, ale również inne regulacje, o których wspominał mój przedmówca.

Warunki dydaktyczne są ustalane zgodnie z przepisami ustaw regulujących funkcjonowanie obszaru ochrony zdrowia i przepisami wydawanymi na ich podstawie, pozostającymi w kompetencji ministra właściwego do spraw zdrowia. Dotyczy to przede wszystkim wymagań odnoszących się do obiektów odpowiednio przygotowanych do nauczania przedmiotów klinicznych. Przepisy z zakresu szkolnictwa wyższego określają warunki prowadzenia kształcenia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, stawiają ogólne wymagania dotyczące infrastruktury, obsady kadrowej, wyposażenia biblioteki czy dorobku naukowego uczelni w zakresie nauk medycznych, niezbędnych do prowadzenia kierunków medycznych.

Ponadto minister nauki w rozporządzeniach w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa określa standardy oraz zasady kształcenia, w tym efekty kształcenia, które powinien osiągnąć przyszły lekarz, warunki kształcenia praktycznego i sposoby oceny osiągnięcia założonych efektów kształcenia. Jednocześnie z art. 13 ust. 3 ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym wynika, że zadaniem uczelni medycznej, zdefiniowanej jako uczelnia publiczna nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub podstawowej jednostki organizacyjnej uczelni działającej w dziedzinie nauk medycznej, może być także uczestniczenie w sprawowaniu opieki medycznej, w zakresie i formach określonych w przepisach o działalności leczniczej.

Ustawodawca wyraźnie rozróżnia uczelnię medyczną oraz podstawową jednostkę organizacyjną uczelni, innej niż medyczna, działającej w dziedzinie nauk medycznych. Tym samym dopuszcza uczestniczenie uczelni innej niż medyczna w sprawowaniu opieki medycznej. W art. 87 przywołanej ustawy odniesiono się do kwestii do kwestii szpitali będących bazą dydaktyczną i naukowo-badawczą wyżej wymienionych podmiotów. Stosownie do tego przepisu, status szpitali będących bazą dydaktyczną i naukowo-badawczą uczelni medycznych lub innych uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinach medycznych regulują przepisy o działalności leczniczej. O tych przepisach mówił pan minister.

Pragnę nadmienić, że konsekwencją stanu prawnego jest niemożliwość realizacji przez uczelnie niepubliczne zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, choć inne przepisy ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym nie dają podstaw prawnych do wykluczenia uczelni niepublicznych z grona jednostek mogących prowadzić kierunek lekarski, po spełnieniu wymagań określonych w przepisach dotyczących warunków prowadzenia studiów. Dotyczy to również paragrafu 89 ustawy, odnoszącego się do braku możliwości oznaczenia podmiotów leczniczych wyrazami klinika, kliniczny oraz uniwersytecki.

Wynikające z powyższych przepisów ograniczenia uniemożliwiają zatem prowadzenie przez uczelnie niepubliczne działalności leczniczej, obejmującej realizację zadań dydaktycznych i badawczych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Stanowisko w tym zakresie zajęła także Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, wskazując, że uczelnie niemedyczne nie są w stanie zapewnić studentom wyspecjalizowanej kadry i zaplecza klinicznego, a tym samym przygotować absolwenta do prowadzenia profesjonalnej opieki medycznej, udzielania pomocy w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, postępowania klinicznego opartego na naukowych podstawach, prowadzenia badań i upowszechniania ich wyników oraz nauczania wykonywania zawodu. Jednocześnie Konferencja Rektorów zajęła zdecydowanie negatywne stanowisko wobec możliwości kształcenia na kierunkach medycznych, a zwłaszcza lekarskim i lekarsko-dentystycznym przez niepubliczne szkoły wyższe.

Jeśli chodzi o uwarunkowania finansowe, zgodnie z ustawą – Prawo o szkolnictwie wyższym, dotacje dla uczelni medycznych lub innej uczelni publicznej będącej podmiotem, który utworzył lub prowadzi podmiot leczniczy prowadzący szpital, w części dotyczącej jednostek organizacyjnych tej uczelni prowadzących działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, udzielane są z części budżetu państwa będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. Z brzmienia tego przepisu wyraźnie wynika, że w przypadku innej uczelni publicznej warunkiem otrzymania dotacji z budżetu Ministra Zdrowia jest, oprócz prowadzenia działalności dydaktycznej i badawczej w dziedzinie nauk medycznych, utworzenie przez nią szpitala klinicznego.

W związku z powyższym działalność dydaktyczna szpitali, dla których założycielami są nadzorowane przez ministra nauki i szkolnictwa wyższego uczelnie publiczne (UJ, Uniwersytet im. M. Kopernika, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski), nie jest finansowana z budżetu ministra nauki, lecz z budżetu Ministra Zdrowia.

Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego nie finansuje także bezpośrednio działalności badawczej prowadzonej przez samodzielne szpitale kliniczne. Zgodnie z ustawą o zasadach finansowania nauki, szpitale kliniczne nie są jednostkami, którym przekazuje się tego typu środki. Szpitale kliniczne, które nie są podmiotami uprawnionymi do występowania o środki finansowe, o ile prowadzą badania naukowe, mogą otrzymywać środki finansowe na ich prowadzenie, jednak wyłącznie za pośrednictwem jednostek naukowych, a więc instytutów badawczych, uczelni medycznych, w których strukturze działają.

Jednostki naukowe, w tym te, w ramach których funkcjonują szpitale kliniczne, mogą i występują do ministra nauki i szkolnictwa wyższego z wnioskami o finansowanie w kilku strumieniach finansowych. Mówię o działalności statutowej, inwestycjach w zakresie dużej infrastruktury badawczej, inwestycjach budowlanych służących badaniom naukowym, współpracy naukowej z zagranicą, programach przedsięwzięciach ustanawianych przez ministra oraz nagrodach za wybitne osiągnięcia naukowe lub naukowo-techniczne oraz stypendiach naukowych dla wybitnych młodych naukowców.

Przekazałem państwu materiały, z których wynika, że w 2014 r. uczelniom oraz instytutom medycznym, w ramach których funkcjonują szpitale kliniczne, przyznana została kwota ponad 225 mln zł. Szczegółowe dane zawiera tabela, która pokazuje, na jakie cele kwoty te zostały przeznaczone.

Równolegle szpitale kliniczne mogą występować za pośrednictwem prowadzących je jednostek naukowych – uczelni medycznych albo instytutów badawczych – o środki finansowe na badania, którymi dysponują dwie agencje wykonawcze Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego – Narodowe Centrum Nauki, w zakresie tzw. badań podstawowych, oraz Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, w zakresie tzw. badań stosowanych. Środki uzyskane z NCN i NCBiR za rok 2014 zostały ujęte w załączniku nr 2, z którego wynika, że tego typu jednostki zdobyły z grantów konkursowych NCN ponad 26 mln zł, a z NCBiR 8 mln zł. Mogę służyć bardziej dokładnymi zestawieniami finansowymi. Na ten moment to wszystko z mojej strony. Dziękuję za uwagę.

### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Korzystając z obecności przewodniczącego Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, pana rektora Górskiego, prosiłbym go o zabranie głosu.

### **Wiceprzewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych prof. Paweł Górski:**

Paweł Górski. Jestem wiceprzewodniczącym Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych i rektorem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Oczywiście zapoznałem się z materiałem i wysłuchałem wypowiedzi panów ministrów. Chciałbym skoncentrować się na najważniejszej sferze, w jakiej oczekujemy od państwa pomocy. Mam na myśli szare życie szpitali klinicznych, które jest coraz bardziej szare. Propozycja przekształcania w spółki jest bardzo niebezpieczna dla uczelni medycznych. Jest to propozycja ekstrahowania działalności szpitali klinicznych z działalności uczelni. W cywilizowanym świecie muszą funkcjonować szpitale uniwersyteckie. Jest to nie tylko tradycja, ale bardzo sensowne usytuowanie tego typu działalności wokół rektora, senatu i władz uczelni medycznych. Chyba nie musimy tego uzasadniać.

Owszem, pewne formy spółek, jakieś drobne komercyjne zachowania mogą nawet uzupełniać budżet uczelni, ale propozycja, żeby to się działo in gremio, jest bezzasadna. W wielu miastach szpitale kliniczne są poważnie zadłużone. Ta propozycja spowoduje upadek działalności naukowo-dydaktycznej w tych jednostkach. Mam podstawy, żeby tak twierdzić. Entuzjazm związany z tym, co udało się uzyskać dzięki spółkom, czyli np. z wychodzeniem pojedynczych szpitali na prostą finansowo, odzwierciedla – moim zdaniem – bardzo wąskie spojrzenie.

Tak naprawdę wszystkie spółki powinny być oceniane w kontekście tego, jak wygląda opieka medyczna na danym terenie. Jeśli spółka prawa handlowego zaczyna funkcjonować wyłącznie na podstawie zasad komercyjnych, to zaczyna się odsyłanie chorych do szpitali klinicznych albo do innych dużych szpitali, niebędących spółkami. Co prawda dany szpital wychodzi na prostą pod względem finansowym i decydenci w sprawach finansowych są zadowoleni, ale ogólnie koszty opieki medycznej na danym terenie wcale nie ulegają obniżeniu. Mogą być nawet dramatycznie wyższe.

W całej Polsce procedura jest następująca. Jeśli konsultant wojewódzki jest w szpitalu klinicznym, to ma moralny, a nawet prawny obowiązek przyjmowania krytycznie chorych pacjentów na swój oddział. Ma kadre, wykształconą często za granicą, przygotowaną lepiej niż gdziekolwiek, odpowiednie oprzyrządowanie, dysponuje aparaturą diagnostyczną na najwyższym poziomie. Jeśli ktoś choruje na zapalenie wyrostka robaczkowego, to operację przeprowadza się na miejscu. Jeśli ma zapalenie trzustki, którego leczenie kosztuje 3-krotnie więcej, niż NFZ za to zapłaci, to pacjenta odsyła się do szpitala klinicznego, co natychmiast generuje olbrzymie długi. Tak działają spółki. Szpital kliniczny ponosi określone koszty.

Tak powinno być, tylko wycena za 1 punkt w szpitalach klinicznych nie odpowiada rzeczywistości. Długi szpitali klinicznych pochodzą z różnych źródeł. Być może na pewnym etapie były nie najlepiej zarządzane. Obecnie te szpitale nie zwiększają zadłużenia. Wręcz przeciwnie, wszystkie są wyprowadzone na prostą. Balastem jest dług z poprzednich lat. Poza tym nie wszystkie szpitale kliniczne są zadłużone.

Kluczową sprawą jest dla nas stworzenie systemu, w którym albo będziemy otrzymywać odpowiednio zwiększoną dotację ze strony ministerstwa, albo wycena punktu w szpitalu klinicznym będzie zupełnie inna. Rektorzy proponowali kiedyś wskaźnik 1,2, który wynikał z wycen, nie z sufitu. Można powiedzieć, że tu i ówdzie byłoby to nieco przesadzone, ale mówimy o generaliach. Dzięki temu rozwiązalibyśmy problem szpitali klinicznych. Szpitale powinny być bezwzględnie podporządkowane władzom uczelni. Obecnie jedyna rzecz, jaką może zrobić rektor z prawnego punktu widzenia, to zwolnić dyrektora szpitala. To jest ostateczność. Źle się dzieje, gdyż szpitale są całkowicie samodzielne. Nie może być tak, że ma być odpowiedzialność finansowa uczelni za działanie szpitali, a jednocześnie jedyny sposób regulowania pracy szpitala to presja na dyrektora. Powinien zostać stworzony ogólny mechanizm. Obecnie nie mamy narzędzi wpływu.



Szpital kliniczny powinien zostać jednostką wzorcową. Do szpitala klinicznego w dalszym ciągu trafiają najlepsze kadry, najlepsi studenci, najlepsi absolwenci szkół medycznych. To ma swoje konsekwencje. Pracuje tam kadra wysokiej klasy. Ci ludzie często kształcili się za granicą. Mają stały kontakt ze światowymi najlepszymi ośrodkami medycznymi. Chodzi nie tylko o formalne wyspecjalizowanie. Kadra jest ciągle w orbicie światowych nowości medycznych. Jest oczywiste, że oczekuje się od niej odpowiedniego poziomu dydaktyki. Tę potrzebę zaspokajają szpitale kliniczne. Gorzej będzie, gdy do poziomu nauczania praktycznego dojdzie rocznik studentów, który w 2016 r. będzie pozbawiony możliwości wykonywania stażu.

Uczelnie medyczne mogą przejąć nauczanie praktyczne. Kiedy likwidowano staż, obiecywano nam, że 168 mln zł, które państwo zaoszczędziło, zostanie przekazane do uczelni wyższych na uprzątnienie studiów. Potem była wersja, że nie 168 mln zł, tylko 4,5 mln zł. Dokonałiśmy prostego wyliczenia. Jeśli dotychczas grupa dziekańska liczyła 6 studentów, to żeby doszło do uprzątnienia studiów, na 1 asystenta musi przypadać 2-3 studentów. Powoduje to zwiększenie obciążeń kadrowych i finansowych. Co więcej, to co wykonywali absolwenci w ramach stażu, czyli szereg czynności medycznych – nakłucie opłucnej, pobieranie materiału biologicznego itd., muszą wykonać wcześniej. Za to też trzeba zapłacić. Gdybyśmy chcieli utrzymać właściwy poziom dydaktyki na studiach, uprzątniając studia, żeby zniwelować straty wynikające z braku stażu, to zamiast 168 mln zł, które państwo rzekomo zaoszczędziło, trzeba by wydać 450 mln zł. Te dane zostały przekazane Ministerstwu Zdrowia, ale bez odzewu.

Próbowano zrobić manewr w postaci centrów symulacji w celach dydaktycznych. Oczywiście te centra są bardzo potrzebne. Wiele spraw technicznych w zakresie uprzątnienia by rozwiązały. Znowu słyszymy, że finansowanie centrów symulacji będzie na poziomie 15-20% naszego faktycznego zapotrzebowania. To jest kwadratura koła.

Podsumowując, obecny stan prawny jest naszym zdaniem zadowalający i wymaga niewielkich poprawek. Świetnie byśmy sobie poradzili, gdyby udało się rozwiązać najważniejszy problem, czyli obciążenie finansowe, którego nie jesteśmy w stanie udźwignąć. Szkoły medyczne nie są w stanie zlikwidować oddziału, który nie przynosi dochodu, a spółki handlowe tak postępują. Nie przynosi i nigdy nie będzie przynosił z powodu wyceny NFZ. Musimy utrzymać taki oddział, ze względu na realizację zadań dydaktycznych. Poza tym wykonujemy jako jedyni pewne czynności medyczne na danym terenie. Nikt nie chce ich wykonywać, bo to się nie opłaca. Trzeba by dokonać weryfikacji wycen naszej działalności dokonywanej przez NFZ.

Na spotkaniu z Konferencją Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych pan minister Arłukowicz powiedział, cytując: „Rozumiem wyjątkową rolę szpitali klinicznych. Dlatego należy zadbać o to, aby szpitale uczestniczące w procedurze konkursowej NFZ były zabezpieczone przed sytuacją, w której nie otrzymują kontraktu lub kontrakt jest niewystarczający”. Niestety, nie jesteśmy zabezpieczeni. Zdarzają się sytuacje, kiedy na skutek różnicy w cenie rzędu 5 groszy od punktu, nie zawiera się kontraktu ze szpitalem klinicznym.

Do czego się to sprowadza? W moim odczuciu w większym stopniu służbą zdrowia zarządza NFZ niż odpowiednie instytucje do tego powołane. To się musi zmienić generalnie, a w szczególności w odniesieniu do szpitali klinicznych. Tak dalej być nie może. Nie poradzimy sobie na rynku, jeśli zadania naukowo-dydaktyczne będą realizowane przez kliniki w danym miejscu pracy. Tradycja wymaga od ośrodków klinicznych działalności na najwyższym poziomie, nieulegania presji komercyjnej, tylko działania na rzecz mieszkańców. Jednocześnie nie zapewnia nam się minimum przyzwoitego finansowania. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo za ten ważny głos. Proszę pana dyrektora Kunę o zabranie głosu.

**Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, członek KRAUM prof. Piotr Kuna:**

Panie przewodniczący, Wysokie Komisje. Nazywam się Piotr Kuna. Jestem profesorem medycyny, dyrektorem Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Barlickiego w Łodzi. Oczekiwania społeczne wobec medycyny są niezwykle wysokie. Wysoki poziom medycyny zależy tylko i wyłącznie od poziomu leczenia i kształcenia w szpitalach klinicznych. Podam prosty przykład. Moim zdaniem oderwanie onkologii od uniwersytetów 40 lat temu jest przyczyną zapaści onkologii w Polsce. Decyzje, które są dziś podejmowane, będą skutkowały za 10-20 lat.

Chciałbym powiedzieć o głównych problemach, z jakimi się borykamy. Pan minister nauki i szkolnictwa wyższego powiedział, że poprzez uczelnie płyną duże środki (ok. 250 mln zł) na naukę w szpitalach. Te środki nie służą rozwojowi szpitali, lecz wydawane na badania naukowe prowadzone w szpitalach. Co jest głównym źródłem finansowania? Oczywiście dotacja na dydaktykę, która jest niska. W naszym szpitalu kształcą się 7 tys. studentów, codziennie ponad 1 tys. studentów. Szpital udziela ponad 400 tys. świadczeń zdrowotnych. Ma kontrakt z NFZ na 120 mln zł. Dotacja na dydaktykę wynosi 300 tys. zł. To po prostu nic. Drugie źródło finansowania to kontrakt z NFZ. To jest największy problem. Minister zdrowia powiedział, że NFZ będzie przyznawał kontrakty jednostkom, w których prowadzona jest dydaktyka. Oddział regionalny NFZ w Łodzi tego nie realizuje. Podam przykład. Po 10 latach trwania kontraktu mamy odbierany kontrakt na oddziale chirurgii naczyniowej, gdyż nasza cena 52 zł za punkt jest za wysoka. Cena okazuje się jedynym kryterium.

Szpital kliniczny nie jest w stanie taniej leczyć. Kieruję szpitalem, który nie ma długu i nigdy nie miał ujemnego wyniku finansowego. Jest to szpital w 100% publiczny. Istnieje obawa, że polityka NFZ doprowadzi do tego, że szpitale kliniczne zaczną tracić kontrakty na różne rodzaje działalności. Nie ma działalności, nie ma dydaktyki, nie ma nauki. To jest ściśle powiązane i nie możemy o tym zapominać. Obecnie NFZ kreuje politykę rozwoju kadry medycznej poprzez dawanie lub zabieranie kontraktów. To jest sytuacja paranoiczna. Chyba nie o to chodziło ustawodawcy.

Szpital kliniczny działa ponadregionalnie, zatem są odcięte od środków europejskich na rozwój. W skali kraju wszyscy mogą korzystać z pieniędzy na zdrowie, ale my nie możemy otrzymać środków z zintegrowanych środków operacyjnych rozwoju województw. Uczelnie medyczne są za słabe ekonomicznie, żeby utrzymywać szpitale kliniczne. Jednocześnie marszałek województwa, który dysponuje środkami, może przeznaczyć kilkaset milionów na szpitale niemające kadry, aby wykorzystać środki. To jest wielkie marnotrawstwo. Te kwestie powinny być uwzględnione w przyszłych pracach Komisji. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo, szczególnie za te dwa ostatnie wystąpienia. Otwieram dyskusję. Najpierw oddaję głos posłom, a później zaproszonym gościom. Nie widzę zgłoszeń, zatem pozwolę sobie zabrać głos.

Chciałbym kontynuować wątki, które poruszyli pan rektor i pan dyrektor. Mamy do czynienia z kilkoma szczególnymi problemami. Pierwszy to poziom finansowania dydaktyki. Niedawno usłyszałem od jednego z dyrektorów szpitala uniwersyteckiego, że gdyby musiał przekształcić szpital uniwersytecki w niepubliczny na skutek ustawy o działalności leczniczej, to rachunek, który wystawiłby uczelni byłby 3-krotnie wyższy od tego, który jest obecnie. Mówię to, żeby pokazać, iż pieniądze przekazywane na dydaktykę nie są do końca realne. W wyniku współpracy z uczelnią są dodatkowe etaty, które bierze na siebie szpital. Wynika to ze swoistego dualizmu w codziennej działalności. Przyjęcie mechanizmów rynkowych spowodowałoby konieczność urealnienia rachunków za dydaktykę.

Za 2 lata pierwsze roczniki skończą studia według nowego systemu. Kiedy system był wprowadzany, wszyscy wyrażali negatywną opinię – Konferencja Rektorów, studenci, pracownicy, izby, nawet posłowie. Później nastąpiły określone dyspozycje i przepchnięto

ustawę mimo ogromnego oporu. Za 2 lata staniemy przed dylematem. Oprócz kwestii finansowych jest to również kwestia czysto logistyczna. Częściowo wspominał o tym pan dyrektor. Pamiętajmy, że staże podyplomowe były wykonywane w różnych szpitalach, nie tylko uniwersyteckich. Teraz wdrożenie praktycznych aspektów zawodu spadnie wyłącznie na uczelnie wyższe i szpitale kliniczne. Trzeba to będzie w jakiś sposób zorganizować. To oznacza określoną liczbę etatów, określone finansowanie, wcale nie mniej niż kwota przeznaczona na staże.

Kolejna sprawa dotyczy zadłużenia szpitali. Chcę wierzyć, że nie są wykonywane zabiegi księgowo, aby nie musieć wejść na ścieżkę przekształceń i komercjalizacji albo zapłaćenia przez uczelnię, która nie ma z czego. Mamy szczególną sytuację. Mówiliśmy o tym wielokrotnie, ponad podziałami politycznymi, na posiedzeniach Komisji. Potrzebna jest ustawa o szpitalach klinicznych, obiecana przez ministra Arłukowicza rektorom półtora roku temu i do dzisiaj niezrealizowana.

Panie ministrze, powiedzmy jasno, jeśli szpital powiatowy z powodu zadłużenia musi się komercjalizować, to starosta czy marszałek z bólem serca, ale może wyłożyć pewne środki finansowe. Uczelnia nie ma pieniędzy. Co się wówczas stanie? Czy szpitale stracą status uniwersyteckich? Jeśli tak, to gdzie będzie prowadzona dydaktyka? Jak te problemy zostaną rozwiązane? Uchwalenie ustawy o szpitalach klinicznych jest bezwzględnym obowiązkiem państwa, ministerstwa, parlamentarzystów.

Jeśli mówimy o ewentualnej utracie szyldu, to pojawiają się problemy własnościowe. Czym stanie się szpital, który był uniwersytecki? Jeśli nie będzie uniwersytecki, to do kogo będzie należał? Kto go przejmie? Ogromne pieniądze zostały zainwestowane nie tylko w obiekty, ale w sprzęt i znakomicie wyszkoloną kadrę.

Istotna jest kwestia referencyjności szpitali. W moim przekonaniu musimy się na coś zdecydować. Kiedy zostanie wprowadzona referencyjność? Z punktu widzenia płatnika może być to sprawa drugorzędna. Operacja może być wykonywana w dowolnym szpitalu. Biorąc pod uwagę inne uwarunkowania – możliwości, koszty, nie jest to takie oczywiste. Pan rektor znakomicie pokazał, że są pewne procedury medyczne, których inny szpital nie chce wykonać, ale też niespecjalnie potrafi i może. Tego podejmują się szpitale uniwersyteckie. Niestety, mamy taką sytuację, że płatnika to nie obchodzi. Tak było zawsze. Problem pozostaje. Następuje generowanie kolejnego zadłużenia.

Kolejna sprawa dotyczy sieci szpitali. Mogę podać przykład działających dwóch szpitali uniwersyteckich, świetnie wyposażonych. Ministerstwo podejmuje w nich inwestycje, a marszałek chce wydać 800 mln zł i utworzyć jeszcze 400 miejsc szpitalnych, bo takie ma ambicje. Ktoś musi uporządkować ten system.

Ostatnia kwestia dotyczy dualizmu podległości. Czy państwo nie dostrzegacie pewnego niebezpieczeństwa? Dualizm podległości jest widoczny szczególnie w przypadkach uniwersytetu pełno profilowego, w ramach którego funkcjonuje collegium medicum. Czy jest to model idealny? Osobiście mam wątpliwości związane z dydaktyką, leczeniem. Różna podległość powoduje bałagan. Tyle z mojej strony. Pan przewodniczący Hoc, bardzo proszę.

#### **Poseł Czesław Hoc (PiS):**

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, pani prezes, będę prosił o konkretną odpowiedź. Nawiążę do wypowiedzi pana rektora i pana dyrektora w aspekcie codzienności szpitali klinicznych. Przywołując przykład szpitala klinicznego w Łodzi, mogę stwierdzić, że jest to okrutna rzeczywistość. Od 1 października ten szpital nie będzie świadczył usług w zakresie chirurgii naczyniowej. W 2013 r. szpital ten zajął 1. miejsce w rankingu najbezpieczniejszych szpitali. Był to ranking „Rzeczpospolitej” i Centrum Monitoringu Jakości Ochrony Zdrowia. Jako jedyny w Łodzi wykonuje skomplikowane operacje w zakresie malformacji naczyniowej u dzieci i skomplikowanych urazów. Ma przyznane przez Ministerstwo Zdrowia certyfikaty. Prowadzi przed- i podyplomowe kształcenie oraz odnowę kadr medycznych. Prowadzi badania naukowe oraz działalność naukowo-badawczą. Powinien być oczkiem w głowie.

Pan minister Arłukowicz powiedział, że szpitale kliniczne powinny być specjalnie traktowane. Oto wojewódzki oddział NFZ nie podpisuje kontraktu na chirurgię naczy-

niową z tym szpitalem. Dlaczego jest to tak istotne? Wśród kryteriów oceny ofert wymienia się: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość, cenę. Chcecie wmówić państwo Polakom, pacjentom, że tak naprawdę najważniejsza jest cena. Jeśli szpital kliniczny wycenia swoją działalność na 52 zł, a ktoś inny zaoferuje tę usługę w cenie 51,99 zł, to nawet gdyby tam był blaszak dysponujący fikcyjnymi dokumentami, wygra kontrakt.

Gdzie jest dbałość o jakość, dostępność, kompleksowość, ciągłość? Gdzie jest rozum i zdrowy rozsądek? Gdzie jest etyka? Jeśli tak ma być, to znaczy, że w Polsce w ogóle nie istnieje system ochrony zdrowia. Rządzi pieniądz, ekonomia. Zdrowie jest towarem. Być może chcecie państwo zdegradować szpitale wysokospecjalistyczne, aby przekształcały się w spółki prawa handlowego. Jeśli o chodzi, jeśli igracie ze zdrowiem Polaków, to trzeba od podstaw to wszystko organizować i naprawiać. Trzeba się opamiętać.

Proszę panią prezes i pana ministra o odpowiedź na piśmie, dlaczego tak się dzieje, skąd taka strategia antyzdrowotna. Pacjent może czuć się zagrożony, tylko dlatego, że jakiś urzędnik poczuje się ważny. Jeszcze raz zwracam uwagę na jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość. Tymczasem liczy się tylko cena niższa choćby o 2 grosze. Nie trudno przedstawić ofertę korzystniejszą. Jeśli punkt w szpitalu klinicznym zawsze wyceniany był na 52 zł, to wystarczy zaproponować cenę 51,9 zł i wygrać. Tak nie może być. Bardzo proszę o konkretną odpowiedź i wyjaśnienie, dlaczego oddział wojewódzki NFZ w Łodzi postępuje w sposób tak okrutny.

Nawiązując do wypowiedzi pana przewodniczącego Latosa, pragnę zapytać, czy dysponujecie państwo dokładną kwotą zadłużenia wszystkich szpitali klinicznych w Polsce. Jaka strategia naprawczą podejmujecie państwo? Jeśli te szpitale mają nadal się zadłużać i przekształcać w spółki prawa handlowego, proszę powiedzieć to wprost. Będziemy wiedzieć, jaka jest strategia i nie będziemy się oszukiwać oraz dokonywać manipulacji i mistyfikacji.

Sprawę można by rozpatrywać w kontekście przepisów Kodeksu karnego. Mam na myśli naruszenie art. 160 Kodeksu karnego, dotyczącego narażenia na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub poważnego uszczerbku na zdrowia. Jeśli płatnik nie bierze pod uwagę jakości, dostępności, kompleksowości, ciągłości, a tylko i wyłącznie cenę, to w sposób umyślny lub nieumyślny może narażać na niebezpieczeństwo. Dziękuję bardzo.

#### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję. Bardzo proszę, pani poseł Kłosin.

#### **Poseł Krystyna Kłosin (PO):**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Po wysłuchaniu wystąpień panów rektorów mam kilka pytań. Pierwsze dotyczy problemu zadłużenia. Obecnie obserwujemy, że proces zadłużania szpitali klinicznych zatrzymał się. Nie wszystkie szpitale kliniczne są zadłużone. Długi, które obecnie ciążyą na szpitalach, pochodzą z lat poprzednich. Część szpitali przeszła proces restrukturyzacji.

Mam pytanie do pana ministra, czy wiemy, jak wygląda struktura zadłużenia w poszczególnych szpitalach klinicznych? Który jest najbardziej zadłużony, a które dobrze sobie radzą, nie generują dalszego zadłużenia i osiągają wynik dodatni lub bliski zera? Myślę, że uczelnie same przygotowują analizy i dysponują materiałami, co jest główną przyczyną powstawania zadłużenia. Prosiłabym o informację na piśmie o zadłużeniu szpitali klinicznych w Polsce i strukturze zadłużenia. Domyślam się, że ani NFZ, ani pan minister nie dysponuje pełnymi danymi.

Moje drugie pytanie dotyczy weryfikacji wyceny punktowej. Państwo postulujecie i postulowaliście, żeby wycena punktowa w przypadku szpitali klinicznych była przeliczana wskaźnikiem 1,2. Czy przeprowadziliście państwo analizę uzasadniającą taki, a nie inny współczynnik? Czy współczynnik 1,2 ma być odnoszony do wszystkich procedur klinicznych, czy w zależności od rodzaju kliniki, procedury? W jaki sposób państwo to oszacowaliście?

Mam pytanie do NFZ – czy państwo zapoznawaliście się z tymi wnioskami? Jaki jest stosunek do tego rodzaju propozycji? Czy istnieje taka możliwość? Skoro przy istniejących wycenach niektóre szpitale osiągają dodatni wynik, nie wiem, czy przesłanka 1,2 jest w 100% zasadna. Może trzeba by to pomyśleć inaczej. Może do każdego rodzaju dzia-

łalności trzeba podejść inaczej. Jak podchodzi do tego NFZ? W jakim kierunku zamierzamy pójść?

Trzecie pytanie dotyczy badań klinicznych, które są zlecane szpitalom klinicznym. Chodzi mi o kliniczne badanie leków. Szpitale kliniczne prowadzą takie badania, otrzymując dość duże środki, zróżnicowane w zależności od rodzaju badań i zlecającego instytutu farmaceutycznego. Są to prace, które trwają dość długo. Środki przeznaczone na badania kliniczne i które otrzymuje zespół badający w wielu przypadkach są znaczne. Moje pytanie do pana ministra i do panów brzmi, jak wygląda podział środków. Jaka jest partycypacja w puli środków przeznaczonych na konkretne badanie kliniczne szefa zespołu badającego, zespół badający oraz szpital kliniczny, na terenie którego badanie się odbywa. Jeśli jest pula 100 mln zł na dane badanie kliniczne, to ile z tych środków otrzymuje uczelnia. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję. Pan poseł Chmielowski, bardzo proszę.

**Poseł Piotr Chmielowski (SLD):**

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, Wysokie Komisje. Nie będę powtarzał wątków poruszonych przez moich przedmówców. Pytania, które zostały zadane, są w pełni zasadne i podpisuję się pod nimi.

Chciałbym zasygnalizować dwa wątki, które do tej pory nie zostały poruszone. Kieruję je do pana ministra. Jednym z elementów sprawozdania jest tzw. działalność dydaktyczna. Skojarzyło mi się to z systemem punktowym, który nadal w Polsce obowiązuje, a którego prawie nikt nie dopełnia. W kontekście utyskiwania na brak środków na dydaktykę warto zauważyć, że system szkoleń punktowych dla lekarzy został praktycznie przejęty przez firmy komercyjne i prywatne. Im też przestało się to opłacać, bo nie mają chętnych. Nikt nie traktuje poważnie wymogu zebranie 400 punktów w ciągu 4 lat. Od bardzo dawna śledzę, w jaki sposób ośrodki akademickie podchodzą do możliwości edukowania zewnętrznego lekarzy. Przecież nie muszą to być tak horrendalne opłaty, jak w przypadku firm komercyjnych. Można dydaktykę w stosunku do lekarzy w sposób profesjonalny prowadzić.

Nie będę opowiadał, kto i dla kogo takie kursy prowadził. Wielokrotnie na ten temat pisałem. Za zaistniałą sytuację i brak egzekwowania wymogów oraz określenia, w jaki sposób zbierać punkty – czy przez izby lekarskie, czy przez szpitale kliniczne winię w 100% ministerstwo. To ośmiesza państwo, w tym urzędującego ministra. Jeśli jest przepis, to trzeba go egzekwować albo znieść. Pan Arłukowicz nie ma cywilnej odwagi zmodyfikować tego przepisu.

Kolejna kwestia to działalność badawcza. W tym kontekście również mam pytanie do ministerstwa. Czy zmieniła się kadra konsultantów krajowych po wprowadzeniu ustawy o konsultantach w medycynie i wynikającego z niej obowiązku publicznego wykazywania instytucji, z którymi dana osoba (konsultant) współpracuje i formuły tej współpracy? Można być stypendystą, mieć grant, pracować na etacie. Obawiam się, że ustawa doprowadzi do uszczuplenia puli środków, które przeznaczały firmy ogólnomedyczne promujące naukowców. Mam na myśli młodych naukowców, którzy potem współpracowali z Narodowym Centrum Badań i Rozwoju. Ci ludzie z pewnością nie będą zainteresowani tym, aby być konsultantami, bo musieliby ujawnić wszystkie szczegóły współpracy z tymi jednostkami. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Czy są następne zgłoszenia? Nikt z posłów się nie zgłasza, więc proszę zaproszonych gości. Bardzo proszę. Przypominam, żeby przedstawić się przed zabranie głosu.

**Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Przewodu Pokarmowego Samodzielnego Publicznego Centralnego Szpitala Klinicznego Śląskiej Akademii Medycznej, członek Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego prof. Paweł Lampe:**

Nazywam się Paweł Lampe. Jestem chirurgiem. Pracuję w Śląskim Uniwersytecie Medycznym. Jestem członkiem Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Od wielu

kadencji śledzę sytuację w służbie zdrowia. Jako aktywny chirurg mam wiele do powiedzenia. Otóż grzech pierworodny polega na nieprawidłowej wycenie procedur. Obecnie ten kto ma pieniądze, ma rację. Wycięcie trzustki od wycięcia tarczycy różni się 20 punktami. Operację wycięcia tarczycy można zrobić w godzinę, a wycięcie trzustki to 8 godzin ciężkiej pracy. Operacja trzustki zadłuża szpital na 6 tys. zł. Co robią dyrektorzy, żeby ten 6-tysięczny dług ukryć? Ograniczają dopuszczalną liczbę tych operacji. Kolejka pacjentów wydłuża się. Oczekują wiele tygodni, miesięcy. Pacjenci muszą umierać w związku z opóźnieniem diagnostyki i terapii.

Odnosząc się do sytuacji prawnej, pragnę powiedzieć, że wielokrotnie uczestniczyłem w konkursie na kierownika katedry i kliniki. Wiem, gdzie mam katedrę, ale gdzie mam klinikę? Kliniki zniknęły z naszego stanu prawnego, bo są oddziały szpitalne. W oddziałach szpitalnych kształcimy rezydentów. Rezydent musi odbyć rezydenturę w pełnym wymiarze czasu pracy, a zatrudnieni lekarze pracują na pół etatu, na  $\frac{3}{4}$  etatu, zatem kto szkoli rezydenta? Gdyby to wziąć pod lupę w aspekcie prawnym, mielibyśmy problem.

Odnosnie do badań klinicznych, chcę stwierdzić, że obecnie w klinikach, które nie testują leków, nie opłaca się robić badań klinicznych. Załóżmy, że testujemy proste urządzenie, które potaniłoby znacznie aparaturę, tzw. klincz kompresyjny, czyli coś do spinania kiszek. Wtedy badacz musi pokryć cały pobyt pacjenta w szpitalu. W przeciwnym wypadku wkroczy NIK, NFZ i zrobią szpitalowi krzywdę. Ci, którzy są zainteresowani testowaniem leków, mogą prowadzić badania. Ktoś, kto będzie chciał prowadzić badania w innym obszarze, będzie miał poważne trudności.

Tym, co utracą polską naukę i czyni ją niekonkurencyjną, jest zasada, że żaden sensowny projekt spoza onkologii nie przepchnie się ani przez NCN, ani przez NCBiR. Nie ma wyszkolonych kadr, które by się zajęły, a lekarz praktyk nie będzie układał programu. Musiałby mieć zatrudnionego statystyka. Polskim felerem jest brak statystyków. Od lat uczestniczę w spotkaniach amerykańskiego klubu trzustkowego. Siada koło mnie równie łysy, jak ja. Pytam, z której jest kliniki. Słyszę odpowiedź: „Jestem statystykiem”. „To po co tu jesteś?”. „Muszę słuchać, co mówicie, żeby potem wiedzieć, jak tę statystykę ułożyć”.

Proszę państwa, kiedy ktoś złamie małą kostkę w stopie, to oznacza 6 tygodni w gipsie i pół roku rehabilitacji. Kiedy wytnę przełyk, żołądek, trzustkę, pacjent nie ma gdzie iść na rehabilitację przewodu pokarmowego, bo coś takiego nie istnieje. Spróbujcie to zorganizować w ramach szpitala, który jest zadłużony, ledwo dyszy, tylko dlatego, że wycena procedur jest nieadekwatna.

Jedno z pytań dotyczyło rentowności szpitali. Kiedy w szpitalu działa endokrynologia, ginekologiczna, kardiologia, kiedy wykonuje procedury wewnątrznaczyniowe, to szpital będzie w świetnej kondycji finansowej. Dlatego szpitale wydzierają sobie te procedury. Kiedy szpital leczy powikłania, generuje długi. Nie ma referencyjności. Kiedy pojawiają się powikłania, pacjent przekazywany jest do szpitala klinicznego. Mam powiedzieć, że nie przyjmę? Na boku słyszę brzydkie słowa od mojego dyrektora. Wychowamy pokolenie bezdusznych zmerkantyzowanych urzędników, a nie lekarzy. Mordujemy to, co przez dziesięciolecia osiągnęliśmy. Dziękuję.

#### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Widziałem, że zgłaszał się pan prezes Włodarczyk, bardzo proszę.

#### **Członek Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Włodarczyk:**

Andrzej Włodarczyk – Naczelna Rada Lekarska. Panie przewodniczący, panowie ministrowie, panie i panowie posłowie. Naczelna Rada Lekarska popiera postulaty, które przedstawił pan rektor Górski, z pewnymi wyjątkami. Uważamy za niezasadne różnicowanie punktu w sytuacji, kiedy od lat obiecuje się, że wreszcie wycena będzie odzwierciedlała prawdziwe koszty procedur medycznych. W takiej sytuacji uczelnie spokojnie dałyby sobie radę. Nie potrzebowałyby specjalnego traktowania.

Chciałbym przypomnieć, że od wielu lat obiecuje się polskim uczelniom, które niczym nie różnią się od tego typu jednostek w innych krajach, specjalne warunki traktowania i specjalną ustawę. Od lat mowa jest o ustawie o szpitalach klinicznych. Szpitale kliniczne zostały potraktowane w obowiązującym prawie w czterech paragrafach, pod-

czas kiedy wymagają odrębnej ustawy. Korzystając z obecności ministra nauki i szkolnictwa wyższego, chciałbym przypomnieć postulat rektorów uczelni wyższych. Jako podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia również podnosiłem ten problem. Od lat uczelnie medyczne, w których proces uczenia jest najdroższy, otrzymują mniejsze środki finansowe niż uczelnie niemedyczne. Tak być nie powinno. Apeluję do państwa posłów, żebyście wymogli na decydentach, aby te środki były adekwatne do kosztów kształcenia przyszłych lekarzy, lekarzy-dentystów, farmaceutów oraz innych przedstawicieli zawodów medycznych.

Pan poseł Chmielowski mówił, że fikcją jest szkolenie podyplomowe. Uczelnie szkołą podyplomowo, w większości przypadków nie pobierając za to żadnych opłat. Często współpracują z samorządem lekarskim. Co do kwestii egzekwowania przepisu, nastąpi to w nieodległej przyszłości, ponieważ obowiązuje dyrektywa unijna i minister będzie musiał raportować do Komisji Europejskiej sytuację w zakresie kształcenia ustawicznego. To będzie się musiało zmienić w kierunku, którego pan poseł oczekuje. To będzie egzekwowane. Na to też potrzebne są pieniądze.

Reasumując, sytuacja szpitali klinicznych jest nie najlepsza. Jak nie wiadomo, o co chodzi, to chodzi o pieniądze. Bez tych środków uczelnie sobie nie poradzą. Trzeba tak zmienić system, żeby nie było przypadków, o których mówili pan rektor Górski i pan dyrektor Kuna.

Chciałbym poruszyć jeszcze jedną kwestię, jako były dyrektor Instytutu Reumatologii, gdyż oczekują tego pracownicy instytutu. Otóż źle dzieje się od momentu wyboru nowego dyrektora. Apeluję do państwa, żebyście zajęli się tą sprawą, bo organ założycielski nie chce tego robić. Kiedy wyrzucano mnie z instytutu, zadłużenie wynosiło 40 mln zł. Obecnie wynosi 68 mln zł. Mój następcą w ciągu roku wygenerował dług równy kwocie, na którą przez 10 lat zadłużali instytut ci moi poprzednicy. Ludzie są wyrzucani z pracy. Profesorom zabrania się zabierania głosu na forum publicznym. Jeden z profesorów, który poszedł ze mną do pani marszałek, obecnie pani premier, Ewy Kopacz, jest do dziś szykanowany, ponieważ odważył się prosić o interwencję. Dopuszczono do zlikwidowania największej w Polsce kliniki reumoortopedii. Prawdopodobnie ulegnie likwidacji jedyna w Polsce klinika reumatologii dziecięcej. Apeluję do państwa o zajęcie się tą sprawą. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. To pokazuje, jak dużo zależy od poszczególnych ludzi. Mamy dwa problemy. Pierwszy to niewątpliwie zbyt małe finansowanie i nastawienie na ekonomię. Drugi to błędy w zarządzaniu, z którymi cały czas się spotykamy.

Czy są inne zgłoszenia do dyskusji? Ponownie prosi o głos pan przewodniczący Hoc. Proszę bardzo.

**Poseł Czesław Hoc (PiS):**

Panie ministrze, w toku dyskusji pojawiły się zatrważające informacje, więc będę prosił o pisemną odpowiedź na wypowiedź pana profesora w sprawie leczenia trzustki. Jeśli ktoś oczekuje z guzem trzustki czy zapaleniem trzustki w kolejce na operację, to jest informacja do weryfikacji. To coś niebywałego, żeby w sytuacji niezbędnej operacji pacjent musiał oczekiwać. Poproszę o konkretne informacje. Czy jest to zjawisko nagminne tylko dlatego, że wycena jest niedoszacowana? Jeśli tak, byłoby to coś niewiarygodnego.

Drugie pytanie kieruję do pana ministra Włodarczyka. Jeśli Instytut Reumatologii jest tak zarządzany i panuje atmosfera zastraszania, jeśli taka polityka jest oficjalna, to zaczyna być groźnie. Bardzo proszę pana ministra o zbadanie i zweryfikowanie tych informacji oraz o udzielenie odpowiedzi na piśmie. Dziękuję.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, panie doktorze.

**Profesor Paweł Lampe:**

Problem tkwi w tym, że w Polsce nie ma ośrodków diagnostyki i terapii schorzeń trzustki, o co apeluję od lat. Niekiedy choroba objawia się tym, że pacjent żółknie.

Z reguły pacjent trafia na oddział zakaźny z podejrzeniem żółtaczki. Zwykle traci tam 3-4 tygodnie. Potem zlecane jest wykonanie tomografii komputerowej. Obecnie w trybie pilnym zapisy na tomografię są na styczeń 2015 r., a w trybie zwykłym na kwiecień 2015 r. Sprawdzalem.

Kiedy z wynikiem zapisze się do specjalisty, czeka jeszcze 2 miesiące. Wtedy nie mamy już co robić. Otwieramy brzuch lub analizujemy kolejną tomografię wykonaną w ośrodku szpitalnym i okazuje się, że jest naciek na naczynia. Sytuacja jest taka, jak w przypadku naszej wspaniałej aktorki. Skala zachorowań jest mała, wynosi 7 tysięcy osób w Polsce. Można by stworzyć laboratorium poprawnego postępowania. Co więcej, na tle innych krajów Europy mielibyśmy szansę zbudować swoją pozycję. Szkoci, Szwedzi, Holendrzy zmniejszyli liczbę ośrodków operujących trzustkę. Zostawili kilka, ale takich, gdzie diagnostyka i terapia jest prowadzona perfekcyjnie.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Przechodzimy do odpowiedzi na pytania.

Zanim oddam głos panu ministrowi, chcę zapytać pana rektora, czy zgłasza chęć zabrania głosu w dyskusji, czy udzielenia odpowiedzi na pytania. Jeśli chodzi o odpowiedź na pytania, to udzielię panu głosu po wypowiedziach panów ministrów. Zaczynamy od pana ministra. Bardzo proszę.

**Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:**

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni państwo, dziękuję za owocną dyskusję, która potwierdza słuszność reform podjętych w ostatnim okresie.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Mam wrażenie, że pan nie słuchał naszej dyskusji.

**Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:**

Bardzo wnikliwie słuchałem, panie przewodniczący. Jestem absolutnie przekonany co do słuszności tezy, którą państwo wielokrotnie formułowali, że alokacja środków zdrowotnych w Polsce opiera się na absolutnie irracjonalnych zasadach analizy podaży, a nie popytu. To właśnie dlatego Minister Zdrowia w pakiecie onkologicznym i kolejnym po raz pierwszy wprowadził instytucję analizy potrzeb zdrowotnych populacji, czyli stworzenie map zapotrzebowania zdrowotnego, które będą stanowiły podstawę do kontraktowania. To jest odpowiedź na pytanie, dlaczego jeszcze nie powstała ustawa o szpitalach klinicznych. Trudno jest w dzisiejszym systemie, nieopierającym się na zasadzie racjonalności kontraktowania (racjonalności w sensie dostępu do wiedzy, jakie jest zapotrzebowanie, stan zdrowia populacji na danym terenie), kontraktować świadczenia zdrowotne w sposób możliwie precyzyjny. Mało tego, lukę w przepisach wykorzystywały różnego rodzaju podmioty prywatne, publiczne, uczelniane, rozbudowując bazę akademicką w obszarach, które są najbardziej intratne.

Zwróćmy uwagę, że wprowadzamy pakiet onkologiczny. Postulatem międzynarodowych i krajowych towarzystw naukowych jest przeniesienie terapii pacjenta chorego onkologicznie możliwie, na ile pozwala jego stan zdrowia, do warunków ambulatoryjnych i leczenia w domu. Jednocześnie rozwija się akademicka, uczelniana baza łóżek chemioterapii czy radioterapii. Jesteśmy krajem, który ma największy w Europie odsetek pacjentów hospitalizowanych wyłącznie w celu udzielenia świadczeń w zakresie chemioterapii czy radioterapii.

Z tego powodu wprowadzono w drodze ustawy zasadę określania mapy potrzeb zdrowotnych. Od przyszłego roku ta rzeczywistość się zmieni, co spowoduje racjonalizację udzielania świadczeń. Jestem głęboko przekonany, że dojdziemy do etapu, kiedy będzie możliwe – jak państwo słusznie postulują – ucywilizowanie i wprowadzenie pewnej ochrony dla szpitali klinicznych jako instytucji, które pełnią kluczową rolę w odnawianiu kadr systemu opieki zdrowotnej. Ich znaczenie jest niepodważalne.

Czy tworzyć sieć szpitali? Należy raczej zdobywać wiedzę, jakie świadczenia są potrzebne i alokować środki publiczne na rzecz zapewnienia tych świadczeń.

Zgadzam się z tezą pana przewodniczącego, że rozszczępienie systemu właścicielskiego jednostek opieki zdrowotnej, które trwa od 1989 r., spowodowało daleko idące



trudności w zarządzaniu systemem. Nie ma w Polsce służby zdrowia. Jest system opieki zdrowotnej, który charakteryzuje się tym, że podmioty mają zróżnicowaną strukturę właścicielską. Część to szpitale samorządów, inne podlegają jednostkom akademickim, jeszcze inne są prywatnymi podmiotami. Często dzieje się tak, że baza kliniczna, także związana dydaktyką jest zlokalizowana w obszarze szpitali, których organem założycielskim nie jest uczelnia medyczna. Wprowadzenie prostej zasady, że współczynnik płacenia za punkt będzie większy w szpitalach akademickich, byłoby krzywdzące dla tych szpitali, które ulokowane są w obrębie jednostek nienależących do uczelni w sensie organu założycielskiego. W wielu rejonach kraju jest to norma. W przypadku powstających nowych uczelni baza akademicka jest w rękach właścicielskich marszałka.

Co do pytania o szpital w Łodzi i kwestię kontraktowania, jestem przekonany, że jakość opieki, kompleksowość, ciągłość to najistotniejsze elementy uchwalonych przez Wysoką Izbę ustaw. Ustawy zaczynają obowiązywać od 1 stycznia przyszłego roku. Trwa *vacatio legis*. Ponadto rzeczywistość zmienia się znacznie wolniej niż otoczenie prawne, ale jest to krok we właściwą stronę. Widać to szczególnie na przykładzie leczenia onkologicznego, gdzie wprowadzono zasadę tworzenia zespołów wielodyscyplinarnych, które kierują pacjentem, oraz tworzenia nadzoru nad procesem leczenia pacjenta w postaci koordynatorów. To są działania dążące do poprawy jakości i kompleksowości.

Zmiana w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz sukcesywne podnoszenie jakości, jako jednego z istotnych kryteriów wyceny świadczeń zdrowotnych, jest kolejnym etapem działań, które będą możliwe dzięki temu, że Wysoka Izba uchwaliła pakiet kolejkowy i onkologiczny. Było to wielokrotnie deklarowane na etapach legislacyjnych i znajdzie swój wyraz w produktach kontraktowych NFZ.

Co do pytania, dlaczego oddział chirurgii naczyniowej nie uzyskał kontraktu, proszę mi wybaczyć, ale nie wiem, jak wygląda zabezpieczenie świadczenia w zakresie chirurgii naczyniowej Łodzi. Oczywiście odpowiemy na piśmie na to pytanie.

Pani poseł Kłosin zapytała o zadłużenie szpitali. Zadłużenie szpitali klinicznych ustabilizowało się od roku 2012. Dynamika przyrostu jest na poziomie 4%. W 15 spośród 42 szpitali klinicznych nie występowały zobowiązania wymagalne na koniec II kwartału. Nie było zadłużonych 36% szpitali. Dziewięć najbardziej zadłużonych jednostek generuje 552 mln zł zobowiązań wymagalnych, czyli 88% zadłużenia wymagalnego. Nie jest tak, że wszystkie szpitale kliniczne można traktować jako podmioty w tej samej sytuacji stabilności finansów. Jest to czynnik w olbrzymiej mierze zależny od historycznych uwarunkowań, obciążeń, o których mówiła pani poseł, a z drugiej strony od sprawności zarządczej kadry zarządzającej szpitalem. Mamy akademickie ośrodki, które wychodzą z zadłużenia albo nie generują nowego, oraz takie, które ciągle pozostają z tym pokaznym balastem. Nie można ich traktować w ten sam sposób.

Dziękuję pani poseł za pytanie dotyczące badań klinicznych leków i podziału środków pomiędzy trzy strony. Szczerze odpowiem, że nie wiem, choć usiłuję się dowiedzieć. Jest to przedmiot umów cywilnoprawnych, w które Minister Zdrowia nie ma wglądu. Wydaliśmy dokument zachęcający rektorów uczelni i dyrektorów szpitali akademickich do podpisywania trójstronnych umów, które dają wgląd rektorom uczelni oraz dyrektorom szpitali klinicznych w przepływy finansowe. Jestem szczególnie poruszony tą dysproporcją. Ze zdumieniem obserwuję sytuację, iż uczelnie prowadzą po 60-80 badań klinicznych w tym samym czasie, których sponsorem jest podmiot prywatny, zwykle koncern farmaceutyczny, a jednocześnie twierdzą, że nie są w stanie w ramach środków publicznych otrzymywanych od ministra nauki na działalność podstawą, jaką jest prowadzenie badań naukowych, wygospodarować kwoty niezbędnej do zabezpieczenia potrzeb niekomercyjnego badania.

W moim przekonaniu jest to w znacznej mierze problem organizacyjny. W przypadku badania klinicznego prowadzonego przez podmiot komercyjny zwykle to podmiot komercyjny organizuje całość logistyki rejestracyjnej, ubezpieczenie. W przypadku badań niekomercyjnych ciężar procedury administracyjnej spada na strukturę administracji uczelni tudzież szpitala. Po doświadczeniach ostatnich kilku miesięcy, które oceniam jako trudne, ale dające nadzieję, że pacjenci w Polsce wreszcie będą włączani do bada-

nia przeciwciałami anti-GD2 w Krakowie, stwierdzam, że przy dużym zaangażowaniu i dobrej woli wszystkich interesariuszy można to przejść.

Jeden z uczestników dyskusji stwierdził, że kiedy przeprowadzane jest badania kliniczne, całkowity koszt leczenia szpitalnego ponosi sponsor badania. W przypadku badania niekomercyjnego byłaby to uczelnia. Jest to nieprawda. Prawo farmaceutyczne wyraźnie wskazuje, że płatnik publiczny – NFZ ponosi koszt leczenia chorych w zakresie, w jakim jest to niezbędne do leczenia danej jednostki chorobowej. Jeśli pacjent jest chory na określoną chorobę i w ramach hospitalizacji otrzymuje 10 świadczeń oraz jedenaste, które jest przedmiotem eksperymentu medycznego, to rzeczywiście NFZ zapłaci za 10, a za jedenaste nie.

Jest także zapis, że NFZ nie zapłaci za świadczenia, które są wprowadzone w koszyku świadczeń gwarantowanych, ale służą do zakwalifikowania pacjenta do badania klinicznego. Jeśli choremu wykonano świadczenie, które wprowadzone jest gwarantowane, ale wykonano je tylko po to, żeby chorego zakwalifikować do badania klinicznego, a nie żeby go leczyć, Fundusz za to świadczenie nie zapłaci.

Po analizie wielu kontrowersji wokół tej kwestii przychyliam się do stanowiska, że ten fragment Prawa farmaceutycznego być może jest niedoskonały i stwarza zbyt daleko idące możliwości interpretacyjne. Historia jego nowelizacji była taka, że po kontroli NIK, która wykazała nieprawidłowości w prowadzeniu badań klinicznych, Sejm rozbudował ten artykuł ustawy. Niekiedy trudna jest właściwa interpretacja tych przepisów. Nie znaleźliśmy przypadków, w których NFZ zakwestionowałby tego typu działania. Dlatego zachęcamy do rozwoju badań klinicznych, w tym niekomercyjnych. Narodowy Fundusz Zdrowia jest instytucją powołaną do tego, by płacić za leczenie osób chorych i potrzebujących. Jeśli chory równoległe z faktem przebywania w szpitalu jest uczestnikiem określonego badania klinicznego, to NFZ zapłaci za to wszystko, co się należy z tytułu leczenia choroby z koszyka świadczeń zdrowotnych, a nie zapłaci za to, co jest działaniem standardowym, przedmiotem eksperymentu. Powtarzam to po raz kolejny. Warto o tym mówić, żebyśmy mieli świadomość sytuacji. Jeśli dojdzie do sporów, będą je rozstrzygały sądy. Taki jest duch ustawy.

Kwestia badań klinicznych wymaga zmiany podstawy prawnej. Parlament Europejski przyjął nowe rozporządzenie w tym zakresie zaproponowane przez Komisję Europejską. Zmienia się koncepcja badań klinicznych. Znika pojęcie badań niekomercyjnych. Pojawiają się badania o różnym poziomie interwencji. Procedura implementacji oraz dostosowania rodzimego prawa, szczególnie rozdziału II a w ustawie – Prawo farmaceutyczne będzie okazją do rozbudowy określonych przepisów.

W pełni zgadzam się z tym, co powiedziała pani poseł Kłosin. Konieczna jest transparentność tych procedur. Dramatyczna jest dysproporcja pomiędzy liczbą badań niekomercyjnych i komercyjnych, które są źródłem przychodu dla osób wykonujących badania oraz dla szpitali. Wymaga to poprawy przepisów. Mam nadzieję, że Wysoka Izba podzieli ten pogląd, kiedy dojdzie do prac legislacyjnych.

Pan poseł Chmielowski wspominał o punktach szkoleniowych i udziale jednostek akademickich. Jest to obszar działania nadzorowany przez samorząd zawodowy. Widać pewne działania zapobiegawcze samorządu, które zachęcają lekarzy do pełniejszego wypełniania obowiązku samokształcenia. W pełni podzielam niepokój pana posła w zakresie niewielkiego odsetka lekarzy, którzy spełnili swój obowiązek szkoleniowy.

Co do ustawy o konsultantach, dyskusja jest trochę na marginesie głównego tematu dzisiejszego spotkania. Jestem głęboko przekonany, że zmiana ustawy o konsultantach miała na celu przede wszystkim zwiększenie transparentności, przejrzystości. Nie może tak być, że konsultant, który ma decydujące znaczenie w określeniu kształtu programu lekowego, przy doborze technologii lekowej, który wspiera Ministra Zdrowia w podejmowaniu decyzji alokujących olbrzymie środki finansowe, równocześnie jest finansowo związany z producentem jednej z technologii, a nie alternatywnej. To stawia konsultanta w fatalnej sytuacji konfliktu interesów. Ustawa uchwalona przez Wysoką Izbę, a zaproponowana przez Ministra Zdrowia, nie spowodowała ujawnienia wysokości przychodów, bo minister nie pyta nikogo, ile zarabia, tylko zadaje pytanie i podaje do wiadomości publicznej – gdzie.

To nie jest przeciwwskazanie, żeby być konsultantem, ale krok ułatwiający decydującym i konsultantowi wycofanie się z podejmowania określonej decyzji w danej sytuacji. Wielokrotnie mieliśmy do czynienia w historii polskiej medycyny ze zjawiskiem, że osoby, które decydowały o alokacji olbrzymich środków finansowych NFZ, w tym samym czasie pracowały w firmie komercyjnej, która dostarczała jedną z technologii.

Pan profesor Lampe poruszył kwestię wyceny procedur. Spieszę donieść, że pakiet onkologiczny i kolejkowy zmienił ustawę o świadczeniach. Agencja Wyceny Technologii Medycznych staje się Agencją Wyceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Tak długo postulowany wniosek urealnienia wyceny procedur medycznych będzie realizowany wraz z wejściem w życie nowych przepisów. Jest to niebywale potrzebne działanie. Wycena powiązana z płatnikiem jest błędem systemowym. Płatnik nie może kontrolować i wyceniać, bo to stawia go w sytuacji konfliktu interesów. Doświadczenia wielu państw wskazują, że oddzielenie instytucji taryfikującej jest kluczem do właściwej, realistycznej wyceny procedur medycznych.

Pan profesor zadał pytanie, kto szkoli rezydentów, jeśli lekarze są zatrudnieni na ¼ etatu. Jeśli ktoś nie jest zatrudniony w pełnym wymiarze pracy, to nie może być kierownikiem specjalizacji. Taki jest przepis ustawy. Przepisy prawa są jednoznaczne. Część kadry w klinice pana profesora, która pełni funkcję kierowników specjalizacji, zapewne jest zatrudniona w wymiarze godzin, które umożliwią prowadzenie specjalizacji medycznych.

Wskazał pan na kwestię, które dotyczą autonomii uczelni wyższych. Pan profesor sugerował, że nie ma statystyków, że trudno osiągnąć środki z NCN i NCBiR. To jest dyskusja adresowana raczej do rektora i senatu. Traktuję to jako kontynuację dyskusji o badaniach niekomercyjnych.

**Profesor Paweł Lampe:**

Zniknęło pojęcie kliniki.

**Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:**

Jest to kwestia ustawy o działalności leczniczej, która wprowadziła pojęcie oddziałów. Pan minister Włodarczyk wspominał o ustawie o działalności leczniczej. Traktuję słowa pana ministra jako asumpt zachęcający do zmiany ustawy, która powstawała, kiedy pan minister nadzorował działalność Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

**Członek NRL Andrzej Włodarczyk:**

Panie ministrze, myli się pan.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Prostuję. Wówczas nie było pana ministra Włodarczyka w resorcie.

**Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:**

Nie podzielam opinii pana ministra dotyczącej Instytutu Reumatologii. W grudniu 2013 r. zobowiązania wymagalne krótkoterminowe instytutu wynosiły 61 mln zł, na koniec sierpnia 2014 r. wynoszą 18 mln zł. Warto zauważyć, że ten wynik finansowy za 8 miesięcy 2014 r. w porównaniu z okresem 8 miesięcy w roku 2013 r. uległ poprawie o 70%, czyli o kwotę 7,6 mln zł. Zadłużenie wobec ZUS na koniec 2013 r. wynosiło ponad 24 mln zł, a od 2009 r. nie płacono składek na rzecz ZUS. Od stycznia 2014 r. składki są systematycznie opłacane i zawarto układ ratalny, który umożliwia wychozenie z zadłużenia.

Wydaje się zatem, że zmiany, które zaszły w Instytucie Reumatologii, wskazują na poprawę skuteczności zarządzania finansami instytutu. Co do jego restrukturyzacji i kwestii personalnych, mam doskonały kontakt z pracownikami instytutu aktualnymi i byłymi, niezwykle cenię sobie wsparcie merytoryczne ze strony pana profesora Małdyka, który faktycznie zmienił miejsce pracy. Nie chcę odnosić się do ocen pana ministra. Jeśli patrzy się na instytut z perspektywy liczb, widać poprawę stabilności jego finansów. Wydaje mi się, że z mojej strony to tyle. O ile dobrze pamiętam, sporo pytań było także do pana ministra Gulińskiego.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję. Pozwoli pan, panie ministrze, że to ja będę przekazywał głos. Za chwile udzielię głosu panu ministrowi. Mam wrażenie, że mało było pytań do pana ministra. Znaczna część skierowana była do pani prezes i pana rektora. Zanim to uczynię, chciałem pewne kwestie z panem wyjaśnić. Po pierwsze, w sprawie Instytutu Reumatologii poproszę o odpowiedź na piśmie. Poprosimy o konkretne dane liczbowe. O to proszę w imieniu Komisji.

Po drugie, pan minister chyba nie do końca zrozumiał nasze intencje i pytania, które zadawaliśmy. Nie mówiliśmy o pakiecie kolejkowo-onkologicznym. Nie wiemy, co z nim będzie. Na razie są to pewne prognozy – albo optymistyczne, jak pańska, albo być może przesadnie pesymistyczne, jak opozycji. Mówimy o czymś zupełnie innym – o konsekwencjach ustawy o działalności leczniczej. Pan minister Arłukowicz półtora roku temu deklarował ustawę o szpitalach klinicznych. Słuszne jest oszacowanie potrzeb zdrowotnych. Wielokrotnie mówiliśmy o tym na forum Komisji. W poprzedniej kadencji został zgłoszony projekt ustawy autorstwa PiS dotyczący sieci szpitali.

Kwestia, czy szpital powiatowy zajmie się leczeniem zapalenia bądź guza trzustki, czy zajmie się tym szpital uniwersytecki, nie ma nic wspólnego z oszacowaniem potrzeb na danym terenie. Chodzi o to, kto ma to robić, jaka jest wycena. Pan minister Włodarczyk miał rację, mówiąc, że gdyby wycena była realna, to pewnie nie byłoby dyskusji o referencyjności szpitali klinicznych. Skoro nie ma realnej wyceny, to róbmy coś w zamian. Jednym ze sposobów jest ustawa o szpitalach klinicznych. Podkreślam, że nie był to pomysł opozycji, Komisji Zdrowia, tylko ministra Arłukowicza. Myślę, że będę wyrazicielem nas wszystkich, pytając, czy i kiedy ustawa o szpitalach klinicznych będzie przygotowana. Obiecana była półtora roku temu.

Pan minister w ogóle nie odpowiedział na pytanie dotyczące poziomu finansowania dydaktyki, która jest niedoszacowana. Chcecie państwo coś w tej sprawie zrobić? Trzeba porozmawiać z rektorami i urealnić wydatki. Wiem, że Minister Finansów nie będzie chciał przeznaczyć na ten cel kolejnych milionów, ale czy państwo podejmiecie tę próbę?

Kwestia staży. Mamy 2 lata, ale nie czekajmy do ostatniej chwili. Pytałem, jakie państwo podejmiecie działania, ale nie dostałem odpowiedzi.

Co się stanie, kiedy szpital będzie musiał się przekształcić? Jakie państwo proponujecie rozwiązania dla zadłużonych szpitali uniwersyteckich? Jak to wpłynie na kondycję uczelni?

Jeśli pan minister nie jest w stanie teraz udzielić mi odpowiedzi, poproszę o odpowiedź na piśmie. Oddaję głos panu ministrowi Gulińskiemu. Bardzo proszę, panie ministrze.

**Członek NRL Andrzej Włodarczyk:**

Czy w trybie ad vocem można jedno zdanie, panie przewodniczący?

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Po odpowiedziach będzie taka możliwość. Bardzo proszę, panie ministrze.

**Podsekretarz stanu w MNiSW Jacek Guliński:**

Dziękuję, panie przewodniczący. Chciałbym przedstawić kilka refleksji w kontekście tego, co wysłuchaliśmy wszyscy. Jeśli mówimy o szarym życiu szpitali klinicznych, to zgadzam się z profesorem Górskim, że porządny uniwersytet europejski musi posiadać klinikę. Klinika to technologie, cytowania, indeksy, środki. Przypomniałem sobie moją wizytę na Uniwersytecie Stanforda i dyskusję, dlaczego tylko 30% przychodu rocznego uniwersytetu pochodzi z dwóch klinik. Mówimy o kwocie 1,5 mld USD, ponieważ budżet uniwersytetu wynosi 5 mld USD.

Szpital kliniczny ma 9 różnych źródeł finansowania. Leczy, bada i prowadzi dydaktykę. Konia z rzędem temu, kto umie dokładnie rozróżnić te strumienie i przypisać procesowi leczenia, badania i dydaktyki. Wśród strumieni finansowania liczy się jeden – NFZ. Strumienie badań, dydaktyki, usług zewnętrznych to marginalne wielkości – 10-15%. Przepraszam, mniej – 4-8%. Kłopoty finansowe kliniki nie wynikają ze zbyt małych nakładów na kształcenie, ze zbyt małej dostępności grantów badawczych, tylko skąd inąd. Muszę bronić resortu, który reprezentuję.

Zadaniem Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego jest dbałość o poziom badań naukowych i dydaktycznych. Wszyscy jesteśmy beneficjentami jakości w tym obszarze. O problemie staży, który jest bombą z opóźnionym zapłonem dowiedziałem się w ciągu trzech pierwszych miesięcy pracy w ministerstwie, na spotkaniu z rektorami w Gdańsku i z panem rektorem Górskim. Mówiliśmy, że to będzie problem, że trzeba rozmawiać z kierownictwem resortu. Z żalem stwierdzam, że jesteśmy w tym samym miejscu.

Jeśli chodzi o poziom dofinansowania dydaktyki, obecnie wydaje na studenta przeciętnie 3 tys. euro, co stanowi 50% średniej unijnej. To uwaga w kontekście dyskusji, czy należy podwyższać budżet na szkolnictwo wyższe i dydaktykę. Kształcimy za połowę ceny średniej unijnej. Pieniądze na dydaktykę są dystrybuowane na uczelnie medyczne z budżetu ministra zdrowia. Są to jego mniej lub bardziej autonomiczne decyzje. Patrz: uzgodnienia z Ministerstwem Finansów.

Jeśli chodzi o finansowanie poprzez agencje MNiSW, to Uniwersytet Łódzki otrzymał 13 mln zł na badania statutowe w 2014 r. i co najmniej 5 mln zł uzyskał na badania w ramach grantów. W jakimś sensie przekłada się to na klinikę. Jeśli chodzi o sumy przekazane na dydaktykę, to pozostaje w gestii mojego kolegi odpowiedź, jakie one są i dlaczego.

Pamiętajcie państwo, że chcemy rozwiązać problem występujący od lat. Nie wierzę, że przy tak wielu strumieniach dochodu i tak wielu interesach można wyprowadzić kliniki na prostą. Chylę czoła wobec tych dyrektorów, którym się to udaje. Dziękuję bardzo.

#### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Poproszę panią prezes o odpowiedź na pytania.

#### **Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Julita Jaśkiewicz:**

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Słucham podsumowania dotyczącego finansowania szpitali klinicznych i po raz kolejny wracamy do tematu zmienionej wyceny za punkt w rozliczeniach szpitalnych. Wydaje się, że takie podejście do tematu już dawno się zdezaktualizowało. Wiecie państwo doskonale, że wycena świadczenia to nie cena punktu, tylko wycena danego konkretnego świadczenia, które składa się z liczby punktów. Nieważne, ile kosztuje punkt, tylko jakie świadczenie, o jakiej skali trudności i jak wysoce specjalistyczne jest realizowane i rozliczane z NFZ.

Fundusz podejmował w ubiegłym roku działania związane ze zmianą wyceny świadczeń wysokospecjalistycznych w pediatrii, które są do wykonania w szpitalach klinicznych. Proszę państwa, to są pojedyncze procedury. Nie są to procedury, których wykonywanie powoduje tragiczną sytuację finansową szpitali klinicznych. Nie może to być prawdą. Znam szpitale kliniczne, które prowadzą rozległą działalność badawczą i medyczną, a przynoszą dodatnie wyniki finansowe. Obecnie sytuacja finansowa szpitali klinicznych poprawia się. Jeśli jest tak źle, to dlaczego jest tak dobrze? Dlaczego sytuacja poprawia się, jeśli wyceny są nieprawidłowe?

Jeśli chodzi o wycenę świadczeń, chciałabym państwu przekazać informację, że do końca tego roku sekcja wyceny świadczeń funkcjonuje przy NFZ, a od 1 stycznia wycenę przejmuje Agencja Oceny Technologii Medycznych. W pracach prowadzonych w ramach NFZ, a dotyczących wyceny, uczestniczą m.in. szpitale kliniczne. Odbywa się to następująco. Chcemy wycenić świadczenie w rzeczywistych kosztach. Zadajemy pytanie szpitalom klinicznym, czy są w stanie z nami współpracować, żeby uwzględnić proces diagnostyczno-terapeutyczny konieczny do wyceny świadczenia. Proszę państwa, często uzyskujemy odpowiedź negatywną. Partnerzy nie są zainteresowani.

Oczywiście współpracujemy z podmiotami, które wyrażą wolę i chęć współpracy. W odniesieniu do wielu procedur to się udało – i na plus, i na minus. Nie zawsze procedury wycenione przez NFZ są za słabo wycenione. Wiele przypadków wskazuje na to, że należało wycenę obniżyć. Inne są rzeczywiste koszty dzisiaj, inne były kilka lat temu, kiedy wprowadzano jednorodną grupę pacjentów. Klasycznym przykładem jest wycena zaćmy. Poprzez kalkulację kosztową doprowadziliśmy do tego, że już ponad 15 tys. pacjentów więcej ma udzielone świadczenie. Można wiele mówić o sytuacji finansowej szpitali klinicznych. Może wszystko zależy od pieniędzy, ale także od organizatora i dyrektora.

Jeśli chodzi o sytuację kontraktową w oddziale wojewódzkim w Łodzi, prześlemy na piśmie szczegółowe informacje. Zwracam uwagę na fakt, że pan dyrektor złożył wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy do dyrektora oddziału wojewódzkiego. Rozumiem, że nie ma decyzji w tej sprawie. Nakłady na chirurgię naczyniową w województwie łódzkim wzrosły. Kontrakty są realizowane przez placówki publiczne – szpital wojewódzki, szpital MSW.

Kryterium ceny stanowi 20% oceny oferty. Nie jest tak, że z powodu kilku groszy szpital traci kontrakt. Nie tylko o to chodzi. Wszystkie kryteria, o których mówił pan przewodniczący, dotyczące jakości, ciągłości, kompleksowości są uwzględniane. Brana jest pod uwagę zatrudniona kadra, sprzęt używany do zabiegów i w trakcie leczenia. Niewątpliwie nowelizacja ustawy w zakresie mapy potrzeb zdrowotnych zdefiniuje jednoznacznie sposób kontraktowania.

Jeśli chodzi o referencyjność, mamy kilka zakresów świadczeń, w których określamy poziom referencyjny – anestezjologia, ginekologia, neonatologia i chirurgia naczyniowa. Te zakresy świadczeń realizowane m.in. przez szpitale kliniczne podlegają referencyjności. W pozostałych przypadkach Fundusz kontaktuje, rozlicza i płaci za świadczenia określone w koszyku świadczeń gwarantowanych. Wszystkie obszary, które Fundusz może kontraktować i finansować, są finansowane. Czy to dużo, czy mało? Najważniejsze, że są szpitale, instytuty, szpitale kliniczne, które potrafią normalnie funkcjonować. Dziękuję.

#### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję, pani prezes. Powody są różne. Chciałbym przypomnieć, że problemem jest nie wycena punktowa, lecz mnożnik, czyli wycena procedury. Zgadzam się, że w niektórych przypadkach jest ona za wysoka, a w innych za niska. Mówiliśmy o przypadkach, gdzie ewidentnie jest za niska. Pacjenci są odsyłani do szpitali klinicznych. Skoro macie państwo świadomość, że wycena nie jest adekwatna, to ją skorygujcie. Jest grupa ekspertów. Można urealnić wycenę.

Z jednorodnymi grupami pacjentów bywa tak, że nie za wszystko się płaci. Nie jest tak, jak powiedział pan minister, że za 10 zabiegów się płaci. Jeśli występują różne choroby, to nie za wszystkich 10 zabiegów NFZ zapłaci. Bardzo proszę, pan rektor.

#### **Wiceprzewodniczący KRAUM prof. Paweł Górski:**

Byłbym szczęśliwy, gdyby realna była wycena kosztów procedur. Przyznam się pani prezes, że nie bardzo wierzę, żeby była pani w stanie to przeprowadzić. Historycznie rzecz biorąc, zaległości pod tym względem są katastrofalne. Występuje dysproporcja na plus i na minus. Klasycznym przykładem są procedury kardiologiczne. Jestem lekarzem praktykiem w internie bardzo długo. Na początku lat 90. 90% koronarografii dawało wynik dodatki, a dzisiaj daje wynik ujemny. To jest materiał do przemyślenia.

Jako rektor, ordynator oddziału, jako lekarz, byłbym szczęśliwy, gdyby była realna wycena kosztów procedur. Zgadzam się z tym, co mówił pan profesor Włodarczyk. Myślę, że wszyscy rektorzy wycofali się z postulatu wskaźnika 1,2, który traktujemy jako alternatywny. Chętnie urealnimy ceny świadczeń. To jest pierwszorzędny postulat. Były już podejmowane takie próby, ale bez efektu.

Pani poseł zapytała, skąd wziął się wskaźnik 1,2. Oczywiście nie z sufitu. Konferencja Rektorów powołała komisję, w skład której wchodziło 3 wicedyrektorów do spraw finansów z różnych ośrodków. Chodzi o szpitale w Białymstoku, we Wrocławiu i w Szczecinie. Część procedur mogła być przyjęta. 1,2 to uśredniona wartość według obecnych kontraktów. Gdyby nastąpiło urealnienie cen procedur, to postulat 1,2 nie miałby żadnego sensu. Doszliśmy do wniosku, że do urealnienia nigdy nie dojdzie, bo czekamy na to od wielu lat. Stąd średnia 1,2. W odniesieniu do części procedur mógłby to być wskaźnik 0,8.

Jeśli chodzi o kontraktowanie, nie jest dokładnie tak, jak to ujęła pani prezes. Pytamy, ile jest potrzebnych łóżek szpitalnych. Moim zdaniem w Polsce jest o 30% za dużo łóżek szpitalnych. Jeśli kontrakt dla szpitala jest tak sformułowany, że ortopeda kończy pracę na sali operacyjnej o godz. 12.00 lub 13.00 i nie ma, co robić, bo tak przewiduje kontrakt, a w następnym szpitalu prywatnym jest realizowany kolejny kontrakt, to lekarz idzie tam zarabiać. To mnoży koszty. Chodzi o odział intensywnej terapii, o diagnostykę.

Tymczasem sala operacyjna mogłaby pracować od 7.00 rano do 21.00, jak to się dzieje w każdym cywilizowanym kraju. Zamiast kontrakcików, żeby każdego zadowolić, może weźmiemy się za realną ocenę wydolności szpitali klinicznych, która jest bardzo duża.

Czasami wydaje mi się, że mamy do czynienia z Rzeczpospolitą softysów. „Temu dałem, temu dałem, a temu jeszcze nie dałem. Muszę mu dać, bo na mnie nie zagłosuje”. Przepraszam, państwo posłowie, ale niekiedy obserwuję także takie wasze zachowanie.

Szpitaly kliniczne straciły manewr inwestycyjny. Części rzekomo się powiodło, bo wychodzą na zero. Nawet szpitale niekliniczne, które osiągają bilans zero, dostają od pana marszałka 50-60 mln zł na rozwój, a my nie otrzymujemy nic z ministerstwa albo śmieszne pieniądze na jeden aparat, np. za milion złotych. W Łodzi mamy do czynienia z taką sytuacją. Wszystko zależy od pana marszałka. Zależy mu nie na opiece zdrowotnej na danym terenie, tylko żeby był ceniony jako marszałek. Uczelnie nie istnieją w programie marszałka. Znam dwa przykłady, kiedy marszałek znalazł sposób, żeby dofinansować szpitale kliniczne albo uczelnie. Większość marszałków dba wyłącznie o własne interesiki. Takie są realia.

Co do badań klinicznych, nie mam pojęcia, jak to jest w innych uczelniach i szpitalach klinicznych. W naszej uczelni przyjęto zasadę, że badanie kliniczne jest w całości pokrywane przez sponsora, w tym całe leczenie pacjenta. Szpital kliniczny bierze 15% z całego kontraktu. Rzeczywiście jest to sprawa umów cywilnoprawnych. Nie wiem, jak to wygląda w innych jednostkach. Pozostałe sumy są rozdzielane pomiędzy badaczy. Usiłowałem dowiedzieć się od kolegów rektorów, jak to wygląda w innych ośrodkach, ale zachowywali dyskrecję.

W Łodzi szpital może zarobić 15% na czynności, do której nie dopłaca ani złotówki. Pacjenci leczeni są na ogół bardzo nowoczesnymi lekami, które dopiero pojawiają się. Pojawiają się publikacje, które nas lansują. Zysk jest finansowy, zdrowotny i badawczy. Nie jest tak, że ktoś sobie nabija kiesę. Nie wnikam w motywację podjęcia badań. Profesorowie, którzy chcą mieć takie badania, zapewne kierują się głównie aspektem finansowym. Nie pytajmy ich o motywację. Trzeba dokonać realnej oceny skutków finansowych i zdrowotnych. Obawiam się, że gdybyśmy zrezygnowali z tego typu działań, byłibyśmy stratni.

Z klinicznych badań komercyjnych nie rezygnuje na świecie nikt. To jest źródło dochodów dla szpitala i źródło uzupełniania finansów indywidualnych. Musimy uniknąć sytuacji, jak w dowcipie z czasów gomułkowskich. Studentka spotyka profesora i mówi: „Jak się cieszę, że pana widzę”. Profesor mówi, że jest na emeryturze i zdziwiony pyta: „Jak mnie pani poznała?”. Studentka odpowiada: „Po paltociku, panie profesorze”. Sytuacja się zmieniła i obecnie profesorów stać na paltocik i nie tylko.

Nie możemy tworzyć negatywnej atmosfery wokół badań. Coś trzeba zmienić. Zdaję sobie sprawę, że pewne nieprawidłowości występują, mimo komisji bioetycznych. Zdarzają się rzeczy z pogranicza moralności. Odpowiedziałem chyba na wszystkie państwa pytania.

### **Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Dziękuję bardzo. Kończy nam się czas. Wiedziałem jeszcze dwa zgłoszenia. Bardzo proszę. Pan profesor i pan minister Włodarczyk.

### **Profesor Paweł Lampe:**

Chciałbym krótko odpowiedzieć pani prezes, skąd się bierze wydolność finansowa szpitali. Nauczyły się wirtualnej księgowości. Zwolnienie zrostu w chirurgii kosztuje 137 punktów, natomiast fundoplikacja, czyli bardzo poważna operacja, resekcja klinowa żołądka kosztuje 108 punktów. W szpitalu terenowym bardziej opłaca się uwolnić zrosty niż zrobić operację, której zresztą nie potrafią przeprowadzić. Co więcej, człowiek nie ma zamka błyskawicznego w brzuchu i kiedy trzeba wyciąć żołądek, nacieczone jelito grube i śledzionę, to fundusz płaci tylko za jedną procedurę, a nie za trzy. Można by wykonać wszystko razem. Jeśli pacjent przyjdzie za 2 tygodnie lub za pół roku, to będzie miał przeprowadzoną kolejną operację. Co więcej polski NFZ nie płaci za powikłania. Każda procedura ma powikłania.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Panie profesorze, wielokrotnie o tym mówiliśmy na posiedzeniach Komisji. Jak pan widzi, bez większego rezultatu, a raczej bez żadnego rezultatu. Bardzo proszę, pan minister Włodarczyk.

**Członek NRL Andrzej Włodarczyk:**

Panie przewodniczący, odpowiedź ministra Radziejewicza-Winnickiego na moje pytanie dotyczące Instytutu Reumatologii świadczy o tym, że ministerstwo, podobnie jak dyrekcja instytutu, manipuluje liczbami. Ja też umiem uprawiać kreatywną księgowość. Jeśli ktoś wziął 40 mln pożyczki, to oczywiście zobowiązania wymagalne ma niższe, ale dług jest w wysokości 68 mln zł. W ciągu roku wzrósł o 28 mln zł.

Co do innych zarzutów, są ludzie, którzy chętnie staną przed Komisją Zdrowia. Pomysł ustawy o szpitalach klinicznych, mapy potrzeb zdrowotnych są pomysłami Ewy Kopacz zerzniętymi przez ministra Arłukowicza. Pakiet jest nierealizowalny i przyniesie katastrofę finansów publicznych.

**Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):**

Ponawiam prośbę o odpowiedź na piśmie na pytanie dotyczące Instytutu Reumatologii oraz pytania, które zadałem. Można je odczytać z protokołu. Wyznaczam termin 2 tygodni na udzielenie odpowiedzi. Dziękuję bardzo. Zamykam posiedzenie Komisji.