

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 127)

z dnia 25 marca 2026 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 127)

25 marca 2026 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Marty Golbik (KO)**, przewodniczącej Komisji oraz posła **Marka Tomasza Hoka (KO)**, zastępcy przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji na temat opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ).

W posiedzeniu udział wzięli: **Tomasz Maciejewski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikiem, dr hab. n. med. **Agnieszka Mastalerz-Migas** konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej, **Barbara Kaczmarek** główny specjalista w Dziale Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Zaopatrzenia w Wyroby Medyczne Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Aleksander Biesiada** wiceprezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, **Janusz Krupa** specjalista medycyny rodzinnej Ośrodka Szkolenia Lekarzy Rodzinnych CMKP, **Tomasz Zieliński** wiceprezes Porozumienia Zielonogórskiego oraz **Mariola Łodzińska** prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikiem, **Agnieszka Stępień** prezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów wraz ze współpracownikiem, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Artur Prusaczyk** wiceprezes zarządu Związku Pracodawców Opieki Integrowanej Opartej na Wartości – SPOIWO, **Magdalena Kołodziej** prezes zarządu Fundacji My Pacjenci, **Sabina Karczmarz** prezes zarządu Stowarzyszenia IFIC Polska wraz ze współpracownikiem, **Marek Wleklik** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Ewa Jankowska i Karolina Jesiołowska-Mansson** eksperci Pracodawców RP oraz **Aleksander Łabanowski** asystent przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter i Małgorzata Siedlecka-Nowak** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł **Marta Golbik (KO)**:

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia.

Witam członków Komisji i zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przyjęty przez prezydium przewiduje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej – przedstawia minister zdrowia.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile i zamieszczone zostały w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej.

Bardzo proszę przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia, pana ministra Maciejewskiego, o przedstawienie informacji.

Poseł **Janusz Cieszyński (PiS)**:

Wniosek formalny.

Przewodnicząca poseł **Marta Golbik (KO)**:

A, pan poseł Cieszyński, bardzo proszę.

Poseł **Janusz Cieszyński (PiS)**:

Szanowna pani przewodnicząca, ja z wnioskiem formalnym. Wniosek formalny o przerwę. Chciałbym go uzasadnić. Chciałbym prosić o przerwę, żebyśmy mogli się tutaj przegrupować i zmienić porządek obrad dzisiejszej Komisji, uzupełnić go o informacje pana ministra na temat tego, o czym słyszymy z mediów.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję, panie pośle. Natomiast niestety porządek dzisiejszego posiedzenia jest już przyjęty przez prezydium.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, ale mam prawo uzasadnić swój wniosek i chciałbym z tego prawa skorzystać. Obiecuję...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Zrozumiałam, panie pośle. Pan już powiedział, o co panu chodzi.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Nie, nie, nie, jeszcze nie zdążyłem powiedzieć. Proszę mi uwierzyć, za chwileczkę. Obiecuję nie nadużywać pani cierpliwości. Wiem, że już troszeczkę nadużyłem, ale nie tak bardzo. Otóż, szanowni państwo, słyszymy z mediów, że będzie opublikowany projekt zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie specjalisty czy płacenia 40% za nadwykonania i chciałbym po prostu uzyskać jasne stanowisko Ministerstwa Zdrowia, czy takie coś będzie, czy nie. W związku z tym wnoszę o pięciominutową przerwę. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Szanowni państwo, proszę o zalogowanie się do systemu. Będziemy głosować wniosek formalny posła Cieszyńskiego o 5 minut przerwy.

Poseł Grzegorz Napieralski (KO):

Nie działa.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Jeszcze sekundkę, sekretariat przygotowuje możliwość zalogowania się.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Jakieś problemy z kworum?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Spokojnie, panie pośle, spokojnie. Minutkę. Sekretariat potrzebuje czasu.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

U nas zawsze kworum.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Nikt się nie spodziewał wniosku formalnego pana posła.

Poseł Roman Fritz (Konfederacja_KP):

Jak to nie? Wszyscy się spodziewali.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Będę się starał zaskakiwać na przyszłość.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo jesteśmy wdzięczni.

Poseł Roman Fritz (Konfederacja KP):

Zgłaszam wniosek formalny o głosowanie ręczne.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

A w jaki sposób przegłosujemy wniosek formalny o głosowanie ręczne?

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Jak tylko się naprawią automaty, to przegłosujemy.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. Ja też jestem za głosowaniem ręcznym, więc jeśli można prosić, to proszę o podniesienie ręki przez osoby, które są za wnioskiem pana posła Cieszyńskiego. 8 osób. Dziękuję. Kto jest przeciwny? 13 przeciwko. Kto się wstrzymał? Nie widzę. Niestety, panie pośle, nie tym razem. Bardzo dziękuję.

W takim razie proszę...

Posel Krystyna Skowrońska (KO):

Trzeba ogłosić wynik.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Słucham?

Posel Krystyna Skowrońska (KO):

Ogłosić wynik.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

A, dobrze. 13 osób przeciw, 8 osób za, nikt się nie wstrzymał. Wniosek pana posła Cieszyńskiego nie przeszedł.

W takim razie bardzo proszę o przedstawienie przez pana ministra informacji.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, opieka koordynowana w podstawowej opiece zdrowotnej została wprowadzona do systemu ochrony zdrowia rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 15 września 2022 r. Wykaz do tejże opieki koordynowanej określono w załączniku 6 do wymienionego zarządzenia. Tym samym od dnia 1 października 2022 r. świadczeniodawcy POZ mogą udzielać świadczeń zdrowotnych pacjentom przewlekle chorym w nowym modelu opieki koordynowanej.

Wprowadzenie opieki koordynowanej w konkretnej przychodni POZ jest dobrowolne i odbywa się poprzez rozszerzenie zakresu umowy z NFZ, zwiększając tym samym w tej placówce ofertę dla pacjentów. Świadczeniami opieki koordynowanej w ramach POZ objęte są osoby przewlekle chore. Przystąpienie pacjenta do tej formy opieki nie jest uwarunkowane skierowaniem. Pacjent ma prawo do tych świadczeń zawsze przez zgłoszenie swego zamiaru lekarzowi pierwszego kontaktu.

Ten program został wprowadzony w oparciu o wyniki pilotażu opieki koordynowanej, który był realizowany w programie, modelu POZ Plus. Tenże pilotaż był realizowany w latach 2018–2021 i w ramach niego wytypowano choroby, które należy objąć rzeszoną opieką koordynowaną. W efekcie tego wdrożono opiekę koordynowaną w zakresie: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, migotanie przedsionków, cukrzyca, astma, przewlekła choroba obturacyjna płuc, niedoczynność tarczycy i guzki tarczycy. Te schorzenia były bowiem najczęściej diagnozowane przez lekarza na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Czynnikiem, który utrudniał w poprzednim modelu postawienie pełnej diagnozy, był brak możliwości wykonywania badań diagnostycznych, jak i również możliwość konsultacji w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Wprowadzenie świadczeń opieki koordynowanej w POZ oraz finansowanie tych świadczeń w formie budżetu powierzonego miało zatem na celu zwiększenie dostępu do katalogu badań diagnostycznych w zakresie kardiologii, diabetologii, chorób płuc, alergologii, endokrynologii i nefrologii. Nowym rozwiązaniem tego modelu jest także możliwość konsultowania stanu zdrowia pacjenta przez lekarza POZ z lekarzem specjalistą. Konsultacje lekarskie są prowadzone również zdalnie. Bezpośrednie omówienie wyników badań pacjenta i dalszego przebiegu leczenia między lekarzami wpływa oczywiście na większą skuteczność terapii i bezpieczeństwo pacjenta. Te konsultacje ze specjalistą są bezpośrednie czy poprzez telemedycynę i są możliwe również jako konsultacja pacjenta z lekarzem ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Realizacja świadczeń w opiece koordynowanej odbywa się na podstawie indywidualnego planu opieki medycznej ustalonego przez lekarza wspólnie z pacjentem. W ramach opieki koordynowanej lekarz przeprowadza pogłębiony wywiad, wykonuje badania przedmiotowe, analizuje wyniki badań diagnostycznych, ocenia aktualny stan pacjenta i wspólnie ustala schemat postępowania. Wyznaczony dla danego pacjenta koordynator ustala terminy badań, wizyt i konsultacji zleconych przez lekarza oraz porad edukacyjnych, dietetycznych, informuje o etapach terapii i pozostaje w kontakcie ze wszystkimi realizatorami świadczeń zdrowotnych.

Wprowadzenie tego modelu opieki miało na celu poprawę jakości opieki, większą dostępność dla pacjentów przewlekle chorych do świadczeń specjalistycznej opieki zdrowotnej. W rezultacie wprowadzonych zmian lekarze POZ uzyskali możliwość szybszej diagnostyki, postawienia rozpoznania, ustalenia terapii dzięki zleceniu większej liczby badań diagnostycznych oraz odbywaniu konsultacji z lekarzami specjalistami. Wprowadzone zmiany pozwoliły również wykorzystać szerokie kompetencje lekarzy rodzinnych zdobyte podczas szkoleń specjalizacyjnych.

Wdrożenie opieki koordynowanej pozwala na osiągnięcie takich korzyści jak: usprawnienie dostępu do kompleksowej opieki, skrócenie czasu oczekiwania na badania, konsultacje, możliwość szybszego ustalenia diagnozy poprzez rozszerzenie listy badań diagnostycznych zlecanych i wykonywanych w ramach świadczeń POZ, lepszą kontrolę chorób przewlekłych, lepszy przepływ informacji między lekarzem i pozostałymi realizatorami zaangażowanymi w proces leczenia, wdrożenie na szerszą skalę edukacji zdrowotnej, poszerzenie wiedzy pacjenta o chorobie i sposobach radzenia sobie z nią, aktywizacja pacjenta i podniesienie kompetencji samoopieki przez włączenie go do ustalania planu leczenia zgodnie z ustalonym planem oraz uczenia zachowań sprzyjających zdrowiu.

Jak państwo mogą zauważyć w załączonym materiale w kolejnych tabelach, które tam są zamieszczone, zauważamy istotny wzrost świadczeniodawców dołączających do tego modelu opieki, jak również świadczeniobiorców korzystających z tejże opieki. W roku 2025, dla przykładu, jeżeli chodzi o konsultacje specjalistyczne i porady, zrealizowano blisko 11,5 mln tychże porad w całej Polsce. Są one rozbite w kolejnych tabelach na poszczególne zakresy opieki koordynowanej, dotyczy to kardiologii, diabetologii, również pozostałych chorób. Pozwolę sobie do tych konkretnych szczegółów tabeli nie przywiązywać...

Natomiast jeżeli chodzi o finansowanie, to finansowanie z pierwotnych 223 mln zł wzrosło aktualnie do blisko 1,5 mld zł w ramach finansowania tych świadczeń w zakresie opieki koordynowanej za rok 2025. Przepraszam. To są 3 lata, przepraszam, 690 mln. zł. Przepraszam, tak, 690 mln 837 tys. zł. Przepraszam, to jest zbiorczo, bo to jest na drugiej stronie. Przepraszam, źle spojrziałem. Zbiorczo wydaliśmy 1,5 mld zł przez te lata, a ostatni rok to jest 690 mln zł. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze.

Otwieram dyskusję.

Bardzo proszę, pan poseł Cieszyński.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Bardzo dziękuję. Szanowna pani przewodnicząca, mam takie pytanie do pana ministra – na jakim etapie są negocjacje państwa ze środowiskiem POZ i czy już jest, czy udało się osiągnąć porozumienie w sprawie aneksów. Czy nie grozi nam sytuacja, w której będą problemy z zawarciem tych umów, a jeżeli one miałyby nie być zawarte, to czy macie państwo jakiś plan, co zrobić, jeżeli by tego nie było? To jest moje pierwsze pytanie.

Drugie pytanie dotyczy kwestii związanej z projektem „Odwrócona Piramida Świadczeń”. Pani Leszczyna, najgorsza minister zdrowia w historii, taki projekt rozpoczęła. Wydała...

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Poza panem.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Słucham?

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Poza panem.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

Ale to takie nieeleganckie.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Ja nie byłem na szczście ministrem zdrowia, tak że tak. Jeszcze w przyszłości będzie pani Skowrońska.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Ulica.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Ale do rzeczy, panie pośle.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Pani Skowrońska mi przerywa, a pani przewodnicząca nie pomaga, więc musiałem się trochę pobronić. Ale wracając do rzeczy, był ten projekt „Odwrócona Piramida Świadczeń” i chciałem

dopytać, jak na sytuację podstawowej opieki zdrowotnej przełożyła się właśnie ta „Odwrócona Piramida Świadczeń”. Ostatnio widziałem w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, że udział wydatków na lecznictwo szpitalne wzrósł. Jak w związku z tym idzie ta „Odwrócona Piramida Świadczeń”?

Mam też pytanie, jak idą granty w ramach programu FEnIKS. Było dużo informacji o różnych nieprawidłowościach związanych z tym programem, o problemach z ocenianiem, o problemach z całym tym procesem. Chciałem się dowiedzieć, na jakim etapie to jest dzisiaj, jaki procent tych, którzy wygrali w tych konkursach, podpisało umowy i czy te wątpliwości... Bo przypomnę, mieliśmy do czynienia z sytuacją, w której skorzystanie z programu FEnIKS miało być uzależnione od tego, czy ktoś podpisał bezterminową umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, czyli tutaj wykorzystano te pieniądze z Unii Europejskiej jako narzędzie swoistego szantażu. Chciałem się dowiedzieć, jak ta sprawa się rozstrzygnęła. To wszystko. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Poseł Kapinos.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, panie ministrze, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, w dokumencie jest napisane, że na koniec 2025 r. liczba POZ, które mają opiekę koordynowaną, sukcesywnie zwiększyła się o 2869 świadczeniodawców. Chciałem zapytać, jaka to jest procentowa ilość w stosunku do wszystkich POZ i czy taką informację macie państwo, jeżeli chodzi o poszczególne województwa, żeby taką informację przekazać, ale również mam pytanie, jaka była oszczędność na wizytach AOS poza opieką koordynowaną dla pacjentów objętych opieką koordynowaną w porównaniu z pozostałymi. Ile można zaoszczędzić, gdyby wszystkich pacjentów objąć opieką koordynowaną? Następne pytanie: Czy opieka koordynowana w obecnej formie przynosi korzyści zdrowotne objętym nią pacjentom? Jak ją państwo mierzycie i jaka jest skala tych korzyści? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Czy jeszcze jakieś pytania ze strony parlamentarzystów? Posłanka Skowrońska, potem posłanka Chybicka, poseł Bojarski i posłanka Mucha.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

W kontekście pytań związanych z opieką koordynowaną, państwo, pan minister, resort przedstawił informacje dla poszczególnych województw, jak wygląda zwiększenie podmiotów, które realizują takie świadczenie w zakresie opieki koordynowanej. To prawda, że zwiększyły się one od 2023 r. z 1684 prawie o 1000 podmiotów. Niemniej jednak z tej tabeli wynika, że ta liczba jest różna, czyli ilość podmiotów zainteresowanych taką opieką i świadczeniem takiej opieki w ramach POZ jest różna. Przytoczę przykład Podkarpacia, gdzie tych podmiotów na koniec 2025 r. jest 124, w porównaniu z innymi, na przykład z województwem lubelskim, gdzie jest 294, a zatem to pokazuje, że zainteresowanie tym programem jest różne. Nie będę wszystkich przytaczała. Chciałabym pana ministra poprosić o odpowiedź, z czego to wynika.

W materiale państwo pokazali, ile osób objętych zostało w latach poprzednich takim świadczeniem. Moje pytanie jest innej natury w kontekście stawki kapitacyjnej i kontraktu na opiekę koordynowaną. Jak zwiększała się stawka kapitacyjna dla POZ na pacjenta? To jest pierwsze. Jeżeli nie wszystkie informacje dzisiaj, to jestem zainteresowana otrzymaniem na piśmie, żeby to sobie porównać. Po drugie, jak państwo oceniacie wysokość kosztów za jednego pacjenta w opiece koordynowanej, jaki to jest koszt w porównaniu z innym trybem świadczenia takiego badania czy takiej opieki. To jest jedno. To są moje pytania.

A konstatacja do pana Cieszyńskiego: zmarnowaliście 200 mln zł na polskie szwalnie w Stalowej Woli, za co nie odpowiedzieliście. Maseczki są też tego przykładem. Dziękuję bardzo.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

To wasza prokuratura niech się tym zajmie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle...

Posłanka Chybicka, bardzo proszę.

Posel Alicja Chylicka (KO):

Dziękuję, pani przewodnicząca. Panie ministrze, chciałam zapytać, bo tutaj wymienili państwo w tej opiece koordynowanej kilka tylko dziedzin medycyny. Brakuje onkologii. Czy w ogóle onkologia nie podejmie żadnej współpracy z POZ? Nie będzie opieki koordynowanej? Jak to ma wyglądać na początku choroby nowotworowej, gdzie ten chory trafia do pierwszego lekarza, do lekarza POZ?

O to samo chciałam zapytać, jeśli chodzi o choroby rzadkie, które są zróżnicowane, ale też powinni znaleźć się pacjenci, którzy są w wieku od 0 do 100 lat i powinni się znaleźć chyba w tej opiece koordynowanej, a tutaj są tylko wybrane dziedziny. Już nie będę o reszcie mówić, bo przecież mamy tych dziedzin dużo. Jest okulistyka, laryngologia itd. Ta opieka koordynowana powinna chyba obejmować, to znaczy POZ powinien objąć opieką koordynowaną każdego pacjenta, który zakończy leczenie szpitalne. To siłą rzeczy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Posel Bojarski.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Oczywiście chyba nikt na tej sali nie ma wątpliwości, że opieka koordynowana to jest ten kierunek, który powinniśmy rozwijać. Natomiast wydaje mi się, że głównym celem wprowadzenia tej opieki koordynowanej było to, abyśmy tych pacjentów, którzy potencjalnie trafiali do AOS czy do szpitala, zatrzymali przy lekarzu rodzinnym.

Dlatego moje pytanie jest takie, czy próbowaliście państwo przeanalizować w taki sposób nawet punktowy, wziąć na przykład określone populacje POZ i zweryfikować, jak wyglądała ich zgłaszalność do AOS i hospitalizacje w okresach przed wprowadzeniem opieki koordynowanej i po wprowadzeniu opieki koordynowanej, bo to powinno nam dać taki pierwszy obraz, jaki jest efekt. Oczywiście też jestem ciekawy tutaj głosu pani profesor, która jest autorem tego programu. Czy już z perspektywy tych kilku lat działania widać potrzebę korekty w niektórych kierunkach? Czy rozszerzenie zakresu jednostek, o których mówimy? Po prostu jak pani profesor to widzi. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Posłanka Mucha.

Posel Joanna Mucha (niez.):

Mam całkiem sporo pytań i nie jestem pewna, czy pan minister będzie w stanie odpowiedzieć na nie wszystkie podczas dzisiejszego spotkania, więc ewentualnie być może sformułuję interpelację, żeby dopytać.

Pierwsze, oczywiste i najważniejsze pytanie to jest, jak zmienił się czas oczekiwania na diagnostykę i wizyty specjalistyczne tych pacjentów, którzy są objęci koordynowaną opieką. Czy my to w jakikolwiek sposób mierzymy, sprawdzamy, jak to jest z tymi pacjentami, którzy są w opiece koordynowanej, jak to jest z tymi, którzy są poza? Czy są twarde dane pokazujące spadek hospitalizacji w chorobach przewlekłych? Absolutnie kluczowe pytanie. Jak państwo mierzycie jakość tej opieki? Jakie wskaźniki zostały tutaj zastosowane po to, żeby mierzyć jakość opieki? Jak to jest, czy macie państwo jakieś dane, jakieś opracowanie dotyczące tego, na ile opieka koordynowana jest realizowana w dużych ośrodkach miejskich, a jak to jest w mniejszych ośrodkach, w małych miastach i na wsi?

Czy są tutaj jakiegokolwiek dane z państwa strony, które pokazywałyby dostępność po prostu opieki koordynowanej w mniejszych ośrodkach? Czy finansowanie pokrywa realne koszty koordynacji? Czy rzeczywiście ze strony lekarzy macie państwo informację o tym, że realne koszty czasu lekarza koordynatora diagnostyki są w 100% rzeczywiście pokrywane? Ile wynosi średni koszt pacjenta w opiece koordynowanej tradycyjnej? Czy tego typu analiza jest prowadzona? Wiem, że ona jest trudna, ale bardzo byłabym zainteresowana tym, czy tego typu analiza jest w ogóle realizowana. Ewentualnie jeszcze do tego pytania, czy finansowanie pokrywa realne koszty, to dodatkowe pytanie, czy planujecie państwo ewentualne zwiększenie stawek, gdyby tak było, że nie jest pokryty cały ten koszt.

Teraz z moich rozmów z lekarzami POZ mam dodatkowe pytanie. Czy możecie państwo mi powiedzieć, kto faktycznie odpowiada za koordynację? Lekarz POZ czy dedykowany

koordynator? Bo tutaj mam wrażenie, że było trochę niejasności. Czy system informatyczny nadaża? Czy jesteśmy tutaj przekonani o tym, że ze strony systemu informatycznego ta opieka koordynowana jest wystarczająco dobrze realizowana? Jeszcze jedno pytanie dotyczące lekarzy i wydaje mi się, że to jest pytanie bardzo istotne, dotyczące kształcenia lekarzy. Czy w zakresie studiów i w ogóle kształcenia już jest uwzględniony ten komponent opieki koordynowanej? Jakie są zachęty dla tych placówek, które nie weszły dotąd do systemu? Czy w jakikolwiek sposób państwo próbujecie zachęcić te placówki do tego, żeby przyłączyły się do tego systemu? To były te najważniejsze pytania. Mam tu jeszcze kilka zapisanych, ale to były najważniejsze. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Czy jeszcze jakieś pytania ze strony parlamentarzystów? Nie widzę.

W takim razie strona społeczna, bardzo proszę o przedstawienie się i zadanie pytania po kolei. Może tam od końca. Ostatnia osoba, tak?

Członek zarządu Stowarzyszenia IFIC Polska Krzysztof Zdobyłak:

Krzysztof Zdobyłak, ekspert do spraw transformacji systemu ochrony zdrowia Stowarzyszenie IFIC Polska. Też mam niestety dużo pytań, tak jak pani posłanka, ponieważ to jest już chyba czwarta albo piąta dyskusja o opiece koordynowanej, w której tutaj uczestniczę i za każdym razem tych informacji dostajemy coraz mniej i coraz mniej wartościowych, więc pierwsze moje pytanie: jaki procent populacji i POZ uczestniczy już w opiece koordynowanej i jak to się zmieniło, a nie tylko liczba POZ. Jaki procent uprawnionych pacjentów w tych POZ, które są w opiece koordynowanej, rzeczywiście korzysta? Rozumiem, że NFZ wprowadza mechanizmy zachęcające, dodając progi – 10, 15, 20% pacjentów w opiece koordynowanej, ale jak obecnie wygląda ta sytuacja. Jakie jest wysycenie tej opieki tam, gdzie już ona jest? Jaki procent POZ, które są w opiece koordynowanej, uczestniczy we wszystkich ścieżkach, a jaki tylko w jednej? Tej informacji też niestety tym razem nie mamy.

W poprzednich informacjach zawsze była i warto byłoby porównać, czy to idzie do przodu, czy nie, ponieważ obawiam się, że nie mamy jednej jasnej strategii, czy i kiedy opieka koordynowana ma być w pełni wprowadzona. Oczywiście pytanie o korzyści, ponieważ dostaliśmy tutaj zestawienie kosztów dość szczegółowe. Widzimy, że w zeszłym roku przeznaczono 700 mln zł na opiekę koordynowaną. Natomiast jakie są korzyści, po pierwsze, dla stanu zdrowia tych pacjentów, dla liczby hospitalizacji chociażby? Czy podobnie jak w przykładach zagranicznych widzimy przy dobrze realizowanej opiece koordynowanej spadki stanów ostrych o 20, 30, 40%, czy jednak u nas tego nie ma? Po drugie, ile zaoszczędziliśmy, ile NFZ zaoszczędził na wizytach w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, których nie musieli realizować pacjenci, którzy są objęci opieką koordynowaną i dostają szerszy zakres świadczeń w POZ?

Narodowy Fundusz Zdrowia poszukuje obecnie oszczędności wręcz bardzo brutalnymi sposobami, a pełne wdrożenie opieki koordynowanej wydaje się być takim prostym rozwiązaniem, które nie dość, że równocześnie poprawia jakość i dostępność opieki dla pacjentów, to jeszcze powinno generować oszczędności. Tylko pytanie, czy na tej próbie, która obecnie jest w tym programie, rzeczywiście takie oszczędności są obserwowane. Jeśli tak, to jakie są szacunki Ministerstwa Zdrowia, ile dałoby się zaoszczędzić na pełnym wdrożeniu tej opieki koordynowanej? Ponieważ mam wrażenie, że mogłaby to być kwota znacznie wyższa niż ta, o której się mówi w kontekście proponowanych przez NFZ rozwiązań oszczędnościowych.

Pan minister powiedział o sześciu celach, które opiece koordynowanej postawiono. Chciałem spytać, jakie mierniki dla tych sześciu celów przyjęto? Jakie były założenia poziomów docelowych? Czy po 3,5 roku funkcjonowania opieki koordynowanej w POZ one zostały już osiągnięte i czy chociaż są mierzone? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę.

Wiceprezes zarządu Pracodawców Opieki Integrowanej Opartej na Wartości – SPOIWO Artur Prusaczyk:

Artur Prusaczyk, Stowarzyszenie Pracodawców Opieki Integrowanej Opartej na Wartości – SPOIWO. Chciałem zadać pytania, ale nie chciałbym powielać tutaj kolegów, koleżanek o pytania

o pracę nad rozwojem. My uczestniczyliśmy w ramach pilotażu POZ Plus, następnie we wdrożeniu opieki. Chciałbym przede wszystkim powiedzieć, że to jest ogromny sukces dla Polski i w szczególności ten zespół, który bez względu na zmiany rządowe cały czas nad tym obraduje, myślę, że jest takim wielkim sukcesem, który powinniśmy docenić na każdym kroku, że stać nas było na coś takiego.

Natomiast konkretne pytania. Pierwsze są o wskaźniki dotyczące dochodzenia do celów i zamysł ewaluacyjny. Czy państwo prowadzicie na ten temat jakieś działania? Jeśli nie, to dlaczego, albo jeśli tak, to kiedy z tym się zetkniemy? Druga sprawa to jest kwestia w ogóle kontrolingu jakości. Wiem, że już się zaczęły pierwsze mechanizmy kontrolne, ale wydaje mi się, że to jest zdecydowanie za mało i to się łączy z następnym punktem, czyli czy państwo zaplanowaliście kształcenie kadr zarówno tych, które już w tę opiekę koordynowaną weszły, bo one wymagają stałego, systematycznego doszkalania. W ogóle dojrzałe systemy zachodnie przede wszystkim polegają na szkoleniu wspólnym, czyli razem z pracownikami NFZ, razem z pracownikami Ministerstwa Zdrowia. Czy państwo coś takiego planujecie, bo to byłoby na pewno bardzo dobre? Plus oczywiście szkolenie uniwersyteckie, dyplomowe, podyplomowe. Czy państwo macie na to jakiś plan, bo to byłoby zdecydowanie korzystne?

Kolejna sprawa to jest koordynacja pionowa i dwie ścieżki. Jestem ginekologiem, onkologiem, w związku z czym widzę ogromny potencjał na możliwość otwarcia ścieżki ginekologicznej, czyli ginekologia na zgłoszenie. W tej chwili zamykane są różnego typu oddziały w małych miejscowościach. Ci ginekolodzy i tak stosunkowo mają mało pracy, a mamy największą ilość ginekologów w Europie na 100 tys. ludzi. W związku z czym można by było uruchomić taką ścieżkę, powiedzmy, na zgłoszenie. Czyli to samo jak w kontrakcie specjalistycznym, tylko po prostu u danego lekarza rodzinnego w jego praktyce, w szczególności w terenach wiejskich ścieżka onkologiczna. My tu przygotowaliśmy z profesorem Bidzińskim i z panią profesor Migas taki materiał, który zostawię panu posłowi Markowi Hokowi, dotyczący tego, jak taka ścieżka post-onkologiczna mogłaby funkcjonować.

Kolejne pytanie to jest kwestia pomocy w ramach tych obszarów *out of care*. To tutaj już koledzy pytali przed chwilą, jak państwo zamierzacie wdrożyć opiekę koordynowaną w terenach, gdzie nie ma... Nie ma systemu zachęt pracy w terenach wiejskich, w terenach wyludnionych. To jest naturalne, że to się nie opłaca. To jest naturalne. Jeśli liczymy na to, że to samo powstanie, to to nie powstanie. Trzeba tu zastosować jakiś mechanizm zachęt, żeby ludzie chcieli pracować w terenach wiejskich, w terenach wyludniających się.

Przedostatnie pytanie, to jest kwestia profilaktyki i połączenia. Kiedy możemy spodziewać się połączenia „Mojego Zdrowia” z wymaganiami w sensie wykonania badań profilaktycznych z programu SIMP, które są rekomendowane przez WHO? Naturalnym efektem bilansu „Moje Zdrowie” powinno być uczestnictwo w programach, które są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w programie monitorowania raka piersi, raka szyjki, raka jelita. Tutaj liczymy, że rak płuca też niedługo wejdzie i będzie też w programie SIMP.

Ostatnia sprawa to jest kwestia pomocy inwestycyjnej. Tutaj niestety się troszkę spóźniłem. Pan poseł Cieszyński mówił na ten temat, ale wydaje się, że środki FEnIKS inwestycyjne, które były dedykowane dla terenów wiejskich, nie zostają w prawidłowy sposób wykorzystane. Czy państwo macie pomysł, żeby nie tylko wymagać od nas celów populacyjnych, czyli wszystko wszędzie, ale czy też stworzycie możliwość pomocy w tych ośrodkach? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Kolejna osoba, bardzo proszę.

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Mariola Łodzińska:

Mariola Łodzińska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Mam pytanie do pana ministra odnośnie do świadczeń w ramach opieki koordynowanej, gdzie w każdym świadczeniu są wpisane porady edukacyjne udzielane przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej.

W sprawozdaniu, które zostało przedstawione, nie mamy wykazu świadczeń, które tak naprawdę zrealizowane zostały wyłącznie przez pielęgniarki i położne. Chciałabym wiedzieć, jaki to jest odsetek, jeśli chodzi o ogólną liczbę porad.

Ponadto chciałabym tutaj odnieść się również do grantów, o których mówił pan minister Cieszyński, ponieważ pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej pracują w ramach również podmiotów pielęgniarskich i położniczych, które realizują świadczenia, a które zostały już kolejny

raz wyeliminowane z dostępu do tych środków. Czy jest pomysł, aby w jakiś sposób zrewidować tę fiskę FEnIKS i umożliwić pielęgniarcom chociażby uzupełnienie i wdrożenie takich środków, które będą dawały gwarancję na chociażby lepsze wyposażenie i dostęp do cyfryzacji, ale też ewentualną rozbudowę w ramach współpracy opieki koordynowanej? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo.

Prezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów Agnieszka Stępień:

Dzień dobry państwu. Agnieszka Stępień, Krajowa Izba Fizjoterapeutów. Chciałabym zapytać, czy planujecie państwo rozszerzenie opieki koordynowanej na inne specjalności? My jako fizjoterapeuci czujemy się ważną częścią medycyny i w wielu dziedzinach medycyny mamy wpływ na funkcjonowanie pacjentów i nawet wśród chorób, które tutaj zostały wymienione, czyli na przykład kardiologia czy pulmonologia, mamy duży wpływ na funkcjonowanie pacjentów i moglibyśmy wdrożyć wczesne postępowania, czy powiedzmy działania, które na pewno przyspieszyłyby powrót pacjentów do sprawności.

Przychylam się tutaj też do opinii pani posłanki, która wypowiadała się na temat chorób rzadkich, z tego względu, że pacjenci z chorobami rzadkimi, którzy wymagają fizjoterapii, zgłaszają duży problem z dostępnością w Polsce do takich porad, tak że my jako środowisko bardzo prosimy o uwzględnienie nas w tym projekcie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Bardzo proszę, kolejna osoba. To chyba pani tutaj.

Prezes zarządu Fundacji My Pacjenci Magdalena Kołodziej:

Dzień dobry. Magdalena Kołodziej, Fundacja My Pacjenci. Już tutaj dużo ważnych pytań padło, więc nie będę się powtarzać. Chciałabym tylko podkreślić, że my jako fundacja bardzo mocno przyglądamy się temu modelowi opieki, bo robiliśmy badania wśród pacjentów i wniosek jest jednoznaczny – jest to najlepsze rozwiązanie, jakie mogło się trafić pacjentom i pacjent, który ma to szczęście być w modelu opieki koordynowanej, ma z tego same korzyści. Pacjenci to bardzo mocno dostrzegają, doceniają i podkreślają. Tutaj rodzi się pytanie, co z pacjentami, którzy nie mają tego szczęścia i nie mogą korzystać z opieki koordynowanej. Robi nam się ogromna przepaść społeczna i mówimy już nawet o POZ dwóch prędkości.

Chciałabym zapytać, jaki jest pomysł na to, żeby te nierówności w dostępie do badań diagnostycznych wyrównywać? Jak wesprzeć te POZ, które z jakichś powodów nie zdecydują się jednak na wprowadzenie modelu opieki koordynowanej? Czy jest pomysł na to, żeby takim POZ uruchomić dodatkowy budżet powierzony na wykonywanie badań specjalistycznych, jak chociażby badanie UACR, które mogłoby pomóc wykryć choroby nerek, które wiemy, że są dużym problemem w naszym społeczeństwie? Nie jest to drogie badanie. Rzeczywiście stawianie wymogu pacjentowi, żeby czekał w kolejce do nefrologa przez wiele miesięcy, żeby takie proste badanie miał wykonane, wydaje się zupełnie nieracjonalne. Z naszej perspektywy oczekiwalibyśmy tego, żeby wzmacniać POZ i dążyć do tego, żeby każdy POZ miał podobne możliwości diagnostyczne i nie było tak dużej konieczności odsyłania pacjentów do specjalistów tylko po to, żeby takie proste badania diagnostyczne wykonać. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Nie widzę więcej pytań, więc bardzo poproszę o udzielenie odpowiedzi pana ministra.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, udzielę odpowiedzi na część pytań, a w części pozwolę sobie skorzystać z pomocy pani profesor Mastalerz-Migas i pana dyrektora Karaszewskiego. Pewnie nie na wszystkie pytania. Większość z nich staraliśmy się zapisać, nie wiem, czy wszystkie w 100%. Co do programu FEnIKS, ponieważ nie jest to pytanie na dzisiaj, bo nie było to tematem Komisji, to takich informacji państwu nie udzielę, bo nie zwróciliście się państwo z tym pytaniem, więc dzisiaj nie odpowiem, a nie są to pytania, które można wyciągnąć tak po prostu.

Jeśli chodzi o wdrożenie, to w tej chwili ponad 50% POZ już obejmuje pacjentów programami opieki koordynowanej, a w 70% tychże POZ istnieją już trzy ścieżki opieki koordynowanej. To jest, jeżeli chodzi o tę część.

Co do ścieżki onkologicznej i fizjoterapeutycznej to zaraz poproszę panią profesor o odpowiedź na te pytania.

W tej chwili jeszcze z innych rzeczy – przede wszystkim oczywiście ta opieka koordynowana jest skierowana do pacjentów chorób, nazwijmy to, które najczęściej występują w populacji naszego kraju i przede wszystkim tymi pacjentami się zajmujemy. Trudno tutaj na razie ustalać ścieżkę, jako że ścieżka opieki koordynowanej dla każdego pacjenta z chorobą rzadką musiałaby być inna, jest to dość skomplikowane. Również wiele z badań, które są dostępne w tej chwili w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, jest w ścieżce „Moje Zdrowie” i tam pacjent, każdy z nas może w ten program wejść i mieć odpowiednio do swojego wieku i wywiadu zaplanowane badania dodatkowe i część z nich potem powoduje, że trafiamy do opieki koordynowanej w zakresie na przykład diabetologii czy kardiologii po wykonaniu badań w ramach „Mojego Zdrowia”.

Teraz poproszę panią profesor o odpowiedź na część z tych pytań.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję, panie ministrze.

Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas:

Szanowni państwo, pani przewodnicząca, bardzo dziękuję za zaproszenie na posiedzenie Komisji. Tak jak tutaj padło, od kilku lat działa zespół do spraw wdrożenia opieki koordynowanej, któremu ja przewodniczę i mamy już tę kilkuletnią obserwację i też chcę państwa uspokoić, że cały czas trwa taki merytoryczny nadzór nad tym, co się dzieje i są opracowywane pomysły i propozycje do tego, jak dalej ta opieka koordynowana ma wyglądać, więc tutaj postaram się scalić w jednej wypowiedzi odpowiedzi na kilka pytań, jakie tutaj się pojawiły.

Pytanie o onkologię i o fizjoterapię, a także o badania diagnostyczne i propagację opieki koordynowanej, właściwie zawierają się w pytaniu „co dalej?”, które tutaj pan poseł Bojarski wystosował. Proszę państwa, mamy w tej chwili taką sytuację, że połowa podmiotów POZ realizuje opiekę koordynowaną i na pewno ta druga połowa to są takie podmioty, które potrzebują większego wsparcia, żeby móc te nowe rozwiązania organizacyjne wdrożyć, zapewnić dostęp do badań diagnostycznych w szerszym aspekcie, niż to jest w tym standardowym koszyku POZ i zapewnić dostęp do konsultacji specjalistycznych. Tutaj, jeśli chodzi o to wsparcie, to oprócz funduszy FEnIKS jest również, już na końcówce rozstrzygnięcia, konkurs z funduszy FERS, który jest takim dużym konkursem właśnie wspierającym wdrożenie opieki koordynowanej poprzez szkolenia, poprzez wypracowanie standardów opieki nad pacjentami i to się będzie w najbliższym czasie działo.

Co do grup pacjentów, to tutaj my proponujemy rozwój opieki koordynowanej poprzez kolejne ścieżki i wśród tych, które były przedyskutowane i które chcielibyśmy zaproponować, to jest na pewno właśnie opieka koordynowana u pacjentów po prostu z dolegliwościami bólowymi układu ruchu, tak szeroko powiem, czyli zarówno z chorobą zwyrodnieniową, jak i z takimi doraźnymi dolegliwościami przeciążeniowymi. Tutaj widzielibyśmy rzeczywiście zaangażowanie fizjoterapeutów i rozmowy zresztą z KIF jakiś czas temu zostały przeprowadzone, wstępny model takiej opieki jest wypracowany.

Inne ścieżki, to tutaj na pewno warto się pochylić nad pacjentami z chorobą otyłościową, ponieważ tych osób jest bardzo dużo i tutaj postulowaliśmy już włączenie otyłości albo do którejś ze ścieżek opieki koordynowanej, które już istnieją, czy to diabetologicznej, endokrynologicznej, kardiologicznej, czy też stworzenie nowej.

Co do onkologii, to tutaj były już liczne spotkania w zakresie tzw. *follow-up* onkologicznego, czyli opieki nad pacjentem po zakończonym leczeniu onkologicznym. Tutaj czekamy na zakończenie ustaleń związanych jeszcze z kartą DiLO, z tym e-DiLO, z paszportem onkologicznym pacjenta i tutaj jesteśmy w kontakcie z panem profesorem Piotrem Rutkowskim i z zespołem. Zresztą działa taka sekcja, w której są osoby zarówno właśnie z POZ, jak i z onkologii, i te prace trwają, pani profesor, tak że tutaj nad tym czuwamy. Musi to być równolegle ustalane z tym, co będzie się działo właśnie w onkologii i w Krajowej Sieci Onkologicznej.

Tutaj też, jeśli chodzi o taką koordynację, to tylko nadmienię, że jeśli chodzi o Krajową Sieć Kardologiczną, to już w rozporządzeniu wykonawczym do ustawy o krajowej sieci zostały już opublikowane w październiku zapisy uwzględniające to, co się wydarzyło w POZ, zarówno w tym screeningu kardiologicznym, czyli mamy tam program „Moje Zdrowie” wymieniony jako przesiew kardiologiczny i mamy też uwzględnioną opiekę koordynowaną jako element opieki nad pacjentem z podejrzeniem czy rozpoznaniem choroby kardiologicznej.

Co do chorób rzadkich, to tutaj już pan minister odpowiedział. Idea opieki koordynowanej to są te choroby najczęstsze, które właśnie mogą być zaopiekowane w podstawowej opiece zdrowotnej i lekarz rodzinny dostaje narzędzia, które pozwalają mu się tym pacjentom kompleksowo zaopiekować. Taka jest idea i te choroby, które są włączone do opieki koordynowanej, to są właśnie takie choroby bardzo populacyjne, cywilizacyjne i tych pacjentów po prostu są miliony.

Powiedziałam o tej takiej propagacji, jeśli chodzi o rozszerzanie grup pacjentów, czyli kolejne ścieżki opieki. Natomiast oczywiście jest kwestia jeszcze tej propagacji ilościowej, bo szkolenia to na pewno za mało, ponieważ jak państwo wiedzą – i tutaj to też padło w wypowiedzi pani poseł – ta propagacja jest bardzo różna w różnych regionach kraju. To wynika w dużej mierze z dostępności do specjalistów wybranych dziedzin, ponieważ POZ muszą mieć podpisane umowy z tymi specjalistami, żeby móc realizować opiekę koordynowaną i ta dostępność jest bardzo różna w różnych częściach kraju, jak państwo doskonale wiecie, więc tam, gdzie jest trudniej, to po prostu też mniej placówek ma te umowy podpisane.

To, co również proponowaliśmy i co jest dalej taką aktualną propozycją, żeby te propagacje zwiększyć, to zapewnić dostęp we wszystkich POZ do badań diagnostycznych, które są w opiece koordynowanej, na pewno do badań laboratoryjnych i tutaj wspomniana chociażby przewlekła choroba nerek poprzez wskaźnik UACR mogłaby wtedy w każdym POZ być wykrywana, czy choroby tarczycy, również choroby kardiologiczne. To są te badania, które na pewno zwiększyłyby dostępność pacjentów do szybszej diagnozy, dając tylko diagnostykę, więc to jest też taka propozycja przyspieszonej propagacji tej koordynacji opieki poprzez zwiększenie dostępności badań diagnostycznych. Myślę, że w tej odpowiedzi tyle. Jeśli jeszcze będzie potrzeba, to oczywiście się włączę.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Jeszcze pan dyrektor, rozumiem, tak?

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Maciej Karaszewski:

Tak, bo tutaj jeszcze padły takie pytania też konkretne, jaka jest na przykład wartość stawki kapitałowej. Wartość rocznej stawki podstawowej kapitałowej to jest 226 zł 8 gr. Natomiast trzeba pamiętać, że jest to stawka tak naprawdę dla pacjentów od 20. do 39. roku życia, bo wszystkie pozostałe grupy pacjentów są owskaźnikowane i te wskaźniki wahają się od 1,2 do 3,4, czyli mnożymy te stawki o takie kwoty. Oczywiście najwyższe wskaźniki, mnożniki są na dzieciach najmłodszych, ponieważ one wymagają najwięcej uwagi oraz dla seniorów.

Jeżeli chodzi o pytanie – i to jest odpowiedź na pytanie, jaka jest aktualna stawka kapitałowa – ile aktualnie kosztuje jeden pacjent w POZ, to ten koszt jednego pacjenta w POZ przeciętnie, licząc wszystkie świadczenia, jakie on otrzymuje, niezależnie czy to jest w opiece koordynowanej, czy nie, to jest 653 zł rocznie na zeszły rok.

Było pytanie pana posła Cieszyńskiego o negocjacje z organizacją Porozumienie Zielonogórskie. Chciałbym zauważyć, że umowy z Porozumieniem Zielonogórskim zawiera prezes NFZ, a w szczególności dyrektorzy oddziałów wojewódzkich, ale te rozmowy są prowadzone na poziomie Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeżeli chodzi o to, jakie mamy pomysły, to myślę, że w trakcie negocjacji, jak sam pan dobrze wie, uczestniczył pan w tych negocjacjach, nie ujawnia się publicznie propozycji i swoich pozycji negocjacyjnych.

Czy jeszcze mógłbym na coś odpowiedzieć? Oczywiście tutaj o tej ścieżce onkologicznej pani profesor mówiła, ale też pamiętajmy, że każdy lekarz POZ, co pani profesor, pani poseł mówiła, każdy lekarz POZ zaczynając diagnostykę z podejrzeniem nowotworu, może wystawić kartę DiLO na podejrzeniu. W związku z tym to pierwsze otwarcie i jest to już od wielu, wielu lat, jest to dodatkowe świadczenie *fee-for-service*, w związku z tym otwiera też ścieżkę do świadczeń nielimitowych na późniejszej diagnostyce wstępnej czy pogłębionej. Każdy lekarz POZ taką kartę DiLO może wystawić.

Tak, teraz jak pani...

Posel Joanna Mucha (niez.):

Pytałam o wskaźniki... *(wypowiedź poza mikrofonem)*

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Aha, wskaźniki, tak. Jeżeli chodzi o wskaźniki, tak, te raporty są, ja teraz tych wyników nie mam, dlatego nie chciałbym szczegółowo opowiadać. Natomiast były raporty tworzone zarówno przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który to badał, być może nie w takim układzie, jak tutaj pani posłanka sugerowała, czy pan Krzysztof Zdobylak, bo niekoniecznie taki układ analityczny tutaj był przyjmowany. Natomiast były oceniane też takie wskaźniki, też oceny satysfakcji pacjenta były robione przez Fundację My Pacjenci, gdzie też sprawdzali satysfakcję pacjentów i tam te wyniki były bardzo wysokie satysfakcji pacjentów.

Posel Joanna Mucha (niez.):

Ale ja pytałam o wskaźniki... *(wypowiedź poza mikrofonem)*

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak, te wskaźniki, pani poseł, nie jest wcale tak łatwo wyliczyć, bo cała ta populacja pacjentów, którzy chorują na choroby przewlekłe, nie jest populacją jednorodną, to po pierwsze, bo występuje wielochorobowość i jest to populacja też płynna, więc tak nie możemy powiedzieć, że płynna w tym sensie, że przybywa nowych, a ubywa poprzednich. Na dodatek kolejną zmienną jest to, że w międzyczasie, przed wprowadzeniem opieki koordynowanej, a po wprowadzeniu opieki koordynowanej, również bardzo zmieniła się struktura innych świadczeń spoza POZ, zarówno w tej strefie kosztowej, bo te wzrosty w AOS czy w poradach to były od tego momentu – mówię na jednostkowych wartościach porad – to było chyba 170% z tego co pamiętam na jednostkowych wartościach porady i to było cały czas dynamicznie, jak również zmieniła się struktura usług świadczonych przez AOS i usług świadczonych przez hospitalizację w ramach hospitalizacji, więc wcale to nie jest takie proste jakby się wydawało.

Natomiast z tego jak patrzyliśmy co tutaj robił NFZ i na analizy, to na pewno w tej części, porównując pacjentów, którzy są pod opieką POZ... Pamiętamy też, że są pacjenci, którzy są pod opieką POZ, który ma opiekę koordynowaną, są pacjenci w tym podmiocie, którzy już dostali świadczenie opieki koordynowanej i to jest ok. 1,5 mln osób i jeszcze są pacjenci, którzy są oczywiście w POZ poza opieką koordynowaną. Dodatkowo są pacjenci, którzy wcześniej już chodzili do AOS, bo było pytanie, czy się zmniejszyła, więc ocenialiśmy tylko na przykład zdolność, zauważyliśmy zmniejszającą się tendencję do kierowania pacjentów do AOS z POZ, które realizują opiekę koordynowaną. Zmniejszająca jest też tendencja kierowania pacjentów na SOR i izby przyjęć.

Posel Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

O ile?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Pani poseł, niestety nie mam tej analizy przed sobą, a nie chciałbym rzucać.

Posel Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

O to chcielibyśmy prosić.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Oczywiście prześlemy. Te tendencje widzimy więc już w tych analizach i myślę, że to są na pewno bardzo zachęcające wyniki. Natomiast jeszcze pewnie w kolejnych analizach chcielibyśmy też analizować ścieżki pacjentów, czyli pacjenci, którzy są już w opiece koordynowanej, wiemy, że oni dużo szybciej dostają zarówno te badania diagnostyczne, które są w ramach opieki koordynowanej. Tam jest chyba, pani profesor, 4 tygodnie średnio w porównaniu do zwykłego AOS?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

To sekundkę. Rozumiem, że pan dyrektor już skończył, tak?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak, tak, tak, już będę... Widzimy, że te czasy zdecydowanie się skracają, czasy oczekiwania na badania. Natomiast jeszcze chcemy robić kolejne analizy w kierunku zobaczenia ścieżek pacjentów, czyli pacjenci pod opieką koordynowaną, jak oni są, czy oni są dalej kierowani do AOS, czy nie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Rozumiem, że jeszcze krótkie uzupełnienie.

Prezes NRPiP Mariola Łodzińska:

A porady pielęgniarские w edukacji?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę o odpowiedź. Jeszcze rozumiem, że pani będzie udzielała krótkiej informacji, tak?

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas:

Tak, to ja tylko, jeśli chodzi o te porady pielęgniarские – one są w tej chwili w tej sumie ogólnej porad edukacyjnych w opiece koordynowanej, więc trzeba rzeczywiście zwrócić się do NFZ, żeby wydzielił, jaka liczba została udzielona przez pielęgniarki.

Natomiast jeszcze gwoździ uzupełnienia do tej onkologii, bo myślę, że to jest też bardzo ważny temat, bo skupiłam się na tym *follow-up*. Natomiast proszę pamiętać też, że program „Moje Zdrowie”, który został wprowadzony w ubiegłym roku, to nie jest tylko program takiego okresowego zrobienia sobie badań diagnostycznych, bo my się na tym bardzo skupiamy. Natomiast to jest program kompleksowej profilaktyki, który też jest elementem koordynacji profilaktyki z poziomu podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz czy pielęgniarka, który przeprowadza ten program, tworzy pacjentowi indywidualny plan zdrowotny i tutaj właśnie padło od doktora Prusaczyka pytanie o koordynację z tymi programami profilaktyki onkologicznej, które już idą.

My w tej chwili pracujemy nad tym, żeby ten indywidualny plan zdrowotny był dokumentem cyfrowym i żeby miał połączenie właśnie z możliwością od razu zapisania pacjenta czy pacjentki na profilaktykę onkologiczną. Program wprowadza też badanie FITO-C, badanie kału na krew utajoną tą nowoczesną metodą, co jest też tym pierwszym etapem profilaktyki onkologicznej w raku jelita grubego, więc tutaj też musimy te koordynacje budować. To jest dopiero kilka miesięcy. Wiadomo, że systemy informatyczne mają swoje wyzwania, ale zespół cały czas pracuje nad tym, żeby to się rozwijało i żebyśmy docelowo mieli bilans zdrowia osoby dorosłej, czyli ten przegląd zdrowotny raz na kilka lat, na którym pacjent ma układany swój plan zdrowotny na kolejne 5 lat i w tym planie zdrowotnym jest zaplanowana profilaktyka kardiologiczna, onkologiczna oraz szczepienia.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Stwierdzam zakończenie omawiania informacji.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia Komisji. Zamykam posiedzenie Komisji.