

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 153)

z dnia 15 lipca 2026 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 153)

15 lipca 2026 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Marty Golbik (KO)**, przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- rozpatrzenie wniosku o podjęcie uchwały w trybie art. 40 ust. 4 regulaminu Sejmu o wspólnym rozpatrzeniu poselskich projektów ustaw o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk nr 2007) oraz o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o radiofonii i telewizji (druk nr 2010);
- rozpatrzenie rządowego dokumentu: „Narodowa Strategia Onkologiczna – Sprawozdanie za rok 2025” (druk nr 2651);
- rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2025 r. (druk nr 2752) w zakresie działalności Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli: **Tomasz Maciejewski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Renata Kurlanc** dyrektor Departamentu Wychowania i Profilaktyki Ministerstwa Edukacji Narodowej, **Konrad Kostępski** p.o. dyrektor Departamentu Spraw Społecznych Najwyższej Izby Kontroli ze współpracownikiem, **Krzysztof Stasiak** naczelnik Wydziału Kontroli i Audytu Wewnętrznego w Departamencie Prawnym Biura Rzecznika Praw Pacjenta ze współpracownikiem, **Elżbieta Bylina** dyrektor Centrum Rozwoju Badań Klinicznych Agencji Badań Medycznych, **Piotr Rutkowski** pełnomocnik dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie wraz ze współpracownikami, **Radosław Mądry** prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, **Dorota Korycińska** prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Janusz Meder** prezes Polskiej Unii Onkologii, **Anna Janik** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Joanna Renata Buda** dyrektor Instytutu Rozwoju Onkologii OncoFuture ze współpracownikiem, **Frątczak-Kazana** wicedyrektor Fundacji Onkologicznej Alivia ze współpracownikiem, **Ewa Gwiazdowicz-Włodarczyk** główny specjalista w Zespole Komunikacji i Promocji Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, **Norbert Budzisz** doradca zarządu ds. środków pomocowych Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, **Piotr Fonrobert** członek Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia, **Marek Wleklik** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Karol Gołdyn** przedstawiciel Parlamentarnej Rady Młodzieżowej oraz **Aleksander Łabanowski** asystent przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych; **Anna Jakubik** – legislator z Biura Legislacyjnego.

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

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Witam członków Komisji i zaproszonych gości.
Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przyjęty przez prezydium przewiduje: w pkt 1 rozpatrzenie wniosku o podjęcie uchwały w trybie art. 40 ust. 4 regulaminu Sejmu o wspólnym rozpatrzeniu poselskich projektów ustaw o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk nr 2007) oraz o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o radiofonii i telewizji (druk nr 2010); w pkt 2 rozpatrzenie

rządowego dokumentu „Narodowa Strategia Onkologiczna – Sprawozdanie za rok 2025” (druk nr 2651) – przedstawia minister zdrowia; w pkt 3 rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2025 r. (druk nr 2752) w zakresie działania Komisji – referuje dyrektor Departamentu Spraw Społecznych Najwyższej Izby Kontroli.

Przystępujemy do realizacji pkt 1 porządku dziennego. Komisja Zdrowia dnia 11 lutego 2026 r. skierowała projekty ustaw z druków nr 2007 i 2010 do podkomisji nadzwyczajnej do rozpatrzenia poselskich projektów ustaw o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk nr 2007) oraz o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz ustawy o radiofonii i telewizji (druk nr 2010). Zgodnie z art. 40 ust. 4 regulaminu Sejmu w przypadku skierowanych do komisji projektów połączonych tematycznie i rozpatrywanych w tym samym postępowaniu komisja może podjąć uchwałę o ich wspólnym rozpatrzeniu. Komisja sporządza wspólne sprawozdanie o tych projektach. Proponuję, aby Komisja podjęła uchwałę w trybie art. 40 ust. 4 regulaminu Sejmu o wspólnym rozpatrzeniu projektów ustaw z druków nr 2007 i 2010 i przyjęła jedno sprawozdanie podkomisji i Komisji o dwóch projektach.

Czy są uwagi do tej propozycji? Nie słyszę sprzeciwu. Wobec niezgłoszenia sprzeciwu stwierdzam, że Komisja podjęła uchwałę o wspólnym rozpatrzeniu projektów ustaw z druków nr 2007 i 2010.

Przystępujemy do realizacji pkt 2 porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej.

Przechodzimy do rozpatrzenia sprawozdania z druku nr 2651. Marszałek Sejmu po zasięgnięciu opinii Prezydium Sejmu skierował w dniu 9 czerwca 2026 r. rządowy dokument „Narodowa Strategia Onkologiczna – Sprawozdanie za rok 2025” (druk nr 2651) do Komisji Zdrowia w celu rozpatrzenia i przygotowania sprawozdania. Na koniec posiedzenia na temat dokumentu zawartego w druku nr 2651 Komisja będzie musiała podjąć decyzję o jego przyjęciu lub odrzuceniu oraz wybrać posła sprawozdawcę, który przedstawi na Sejmie sprawozdanie Komisji Zdrowia.

Bardzo proszę pana ministra Maciejewskiego o przedstawienie sprawozdania z druku nr 2651.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Tomasz Maciejewski:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, Narodowa Strategia Onkologiczna, kompleksowy program, wytycza kierunki rozwoju w obszarze onkologii w Polsce. Celem nadrzędnym jest wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej, a także obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe oraz poprawa skuteczności i jakości leczenia onkologicznego.

Całkowity budżet na lata 2020–2030 to jest 5,1 mld zł. W latach 2024–2030 to jest po 500 mln rocznie w budżecie tego programu.

Strategia obejmuje działania zaplanowane do podjęcia w orzeczonym czasie 2020–2030. Pięć kluczowych obszarów to: rozwój systemu kształcenia personelu medycznego przez inwestycje w kadry medyczne; zwiększenie świadomości społecznej na temat profilaktyki nowotworów oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych poprzez inwestycje w edukację; zwiększenie dostępności i zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawę ich jakości przez inwestycje w pacjenta; wsparcie badań naukowych w onkologii oraz zapewnienie dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych przez inwestycje w naukę i innowacje; optymalizacja procesu leczenia, w tym doposażenie ośrodków w nowoczesny sprzęt i infrastrukturę przez inwestycje w system opieki onkologicznej. Realizacja poszczególnych zadań odbywa się dzięki współpracy Ministerstwa Zdrowia z innymi ministerstwami, jak Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego i Ministerstwo Finansów, z Narodowym Funduszem Zdrowia, Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Agencją Badań Medycznych, Centrum e-Zdrowia, Narodowym Instytutem Onkologii – Państwowym Instytutem Badawczym i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Realizacja w 2025 r. – podsumowanie. Szczegółowy wykaz zaplanowanych zadań został określony w harmonogramie na rok 2025 i stanowi załącznik do uchwały Rady Ministrów. W 2025 r. zrealizowano 37 zadań NSO. Wyzwania w dalszym ciągu koncentrowały się na dziedzinach wymienionych wcześniej, w tym prowadzeniu działań profilaktycznych jak realizacja programu szczepień przeciw HPV i rozwoju metod terapeutycznych, optymalizacji procesu leczenia i opieki

nad pacjentami. Na ten cel, jak już powiedziałem, przeznaczono budżet w wysokości 500 mln zł, z tego środki bieżące to 75 mln, natomiast środki majątkowe 425. Łącznie z budżetu pozostającego w dyspozycji ministra zdrowia wydatkowano środki w wysokości blisko 237,5 mln zł. Uwzględniając inne inwestycje w obszarze onkologii, realizowane również ze środków KPO i Funduszu Medycznego, ta kwota przekroczyła wymienione wcześniej fundusze.

Jeżeli chodzi o poszczególne punkty, to odnośnie do inwestycji w kadry prowadzone są prace nad nową odsłoną kampanii dla studentów medycyny. Jej celem jest zachęta do wyboru onkologii jako ścieżki dalszego kształcenia zawodowego, obok wdrażania rozwiązań o charakterze systemowym, aby podnieść atrakcyjność tej specjalizacji, ale również pewne zmiany w projekcie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, aby zapewnić zapotrzebowanie na tę specjalizację na terenie całego kraju, a nie tylko w wybranych ośrodkach, szczególnie miejskich.

Inwestycje w edukację to prewencja pierwotna. To jest kontynuacja powszechnego programu szczepień przeciwko HPV. W 2025 r. wykonano łącznie blisko pół miliona szczepień przeciwko HPV, co pozwoliło przekroczyć już liczbę miliona osób zaszczepionych od momentu uruchomienia tego programu.

Odnotowano wzrost zainteresowania szczepieniami realizowanymi w formule szkolnej. We współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej w szkołach zaszczepiono 145 tys. uczniów. Kontynuowano kampanię informacyjno-promocyjną i edukacyjną, której celem było zwiększenie wiedzy z zakresu szczepień ochronnych HPV. To było skierowane również do rodziców dzieci szkół podstawowych i średnich i oczywiście do młodzieży.

Kontynuowano kampanię społeczną „Planuję długie życie”, polegającą na publikacji w mediach, tak tradycyjnych, jak i społecznościowych, materiałów edukacyjno-promocyjnych dotyczących profilaktyki chorób nowotworowych i korzyści wynikających z uczestnictwa w badaniach przesiewowych. Dokonano nowelizacji akcyzowej mapy drogowej znacząco podnosząc stawki podatku akcyzowego w celu ograniczenia ekonomicznej dostępności używek – w tym oczywiście wyrobów tytoniowych i pochodnych – jak również wprowadzono nowe instrumenty fiskalne wspierające redukcję konsumpcji wyrobów o wysokim potencjale uzależniającym wśród młodzieży.

Od 5 maja 2025 r. uruchomiono nowy program badań profilaktycznych „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”, z którego mogą korzystać osoby w wieku 20–49 lat, u których badania profilaktyczne mogą być wykonywane co 5 lat. Osoby powyżej 49. roku życia mają przeprowadzane je raz na 3 lata. Realizacja ta odbywa się w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. W roku 2025 zrealizowano blisko 1,2 mln kompleksowych bilansów zdrowia, z czego 70% wykonano u osób poniżej 60. roku życia.

Prewencja wtórna. Monitorowano jakość programów badań przejściowych, w tym programu profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy. Narodowy Instytut Onkologii – Państwowy Instytut Badawczy realizował działania ukierunkowane na poprawę jakości świadczeń udzielanych w ramach tych programów.

Wprowadzono znaczące zmiany w organizacji programu przesiewowego raka szyjki macicy, włączając do programu test HPV i cytologię na podłożu płynnym. Pobieranie tego materiału odbywa się w poradniach ginekologiczno-położniczych oraz przez uprawnione położne POZ, co zapewnia szerszy dostęp do tych badań populacjom lokalnym.

Kontynuowano realizację badań w kierunku wykrywania raka płuca, które polega na wykonywaniu badań niskodawkowej tomografii komputerowej w populacji wysokiego ryzyka zachorowania na raka płuca. W roku 2025 wykonano 16 tys. takich badań. W związku z zakończeniem realizacji programu finansowanego z budżetu NSO, Ministerstwo Zdrowia od 1 października wprowadzi to jako badanie przesiewowe dla populacji kraju, oczywiście zgodnie z zasadami programu.

W celu szerszego objęcia populacji badaniami przejściowymi wprowadzono kolejne kwartalne współczynniki korygujące w obrębie świadczeń w POZ, związane ze zgłaszalnością pacjentów na badania przesiewowe w kierunku wczesnej diagnostyki nowotworów. Wprowadzono kampanie społeczne zwiększające świadomość społeczeństwa w zakresie korzyści z przeprowadzenia regularnych badań przesiewowych. NFZ prowadzi bezpłatną, całodobową infolinię, a oczywiście w aplikacji mojeIKP i w IKP mamy dostępność do informacji na temat badań profilaktycznych i badań przesiewowych, a w ramach Centralnej e-Rejestracji można się umawiać na badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy i badania mammograficzne.

Jeżeli chodzi o inwestycje w naukę i innowacje, to w 2025 r. rozszerzono wykaz leków refundowanych w terapiach onkologicznych aż o 63 nowe wskazania cząstek lekowych w zakresie onkologii, co stanowiło największy roczny wzrost refundacji tych częsteczkowskazań. Dotyczyło to nowotworów onkologicznych, hematologii oraz nowotworów układu oddechowego. Aktywnie promowano również udział w badaniach klinicznych poprzez wprowadzenie internetowej platformy edukacyjnej „Pacjent w badaniach klinicznych”, jak również przez rozwój centrów wsparcia badań klinicznych.

Dofinansowano wymianę i zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia nowotworów z budżetu NSO na niemal 197 mln zł, co pozwoliło dofinansować 52 zakłady patomorfologii i 22 podmioty diagnostyki genetycznej. Wsparło również kolejne 74 podmioty w zakresie rehabilitacji onkologicznej w onkologii, no i prowadzono inwestycje infrastrukturalne ze środków KPO. Przeprowadzono i rozstrzygnięto procedury konkursowe na wybór propozycji projektów strategicznych w zakresie dofinansowania, polegających na budowie, przebudowie i modernizacji infrastruktury ośrodków onkologii w ramach subfunduszu infrastruktury strategicznej Funduszu Medycznego.

Kontynuowano prace związane z branżami Krajowej Sieci Onkologicznej, której celem jest poprawa organizacji opieki onkologicznej w Polsce. Priorytetem jest zapewnienie bezpieczeństwa i wysokiej jakości diagnostyki i leczenia. Główne założenia obejmują wprowadzenie nowej struktury organizacyjnej modelu zarządzania opieką poprzez zapewnienie kompleksowych procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz standardowych ścieżek pacjenta. KSO wprowadziła także obowiązek wyznaczania koordynatora opieki onkologicznej dla każdego chorego. W ubiegłym roku w ramach wdrażania KSO podjęto działania. Wprowadzono prace nad projektem nowelizacji ustawy z aktami wykonawczymi. Jest w trakcie procedowania. Ustawa była procedowana przez Sejm i po przyjęciu poprawek Senatu przez Sejm przekazana została 3 lipca do podpisu prezydenta Rzeczypospolitej.

Opracowano i zaktualizowano wytyczne diagnostycznoterapeutyczne. Opublikowano kluczowe zalecenia w raku tarczycy. Kontynuowano proces szkolenia koordynatorów opieki onkologicznej i przeszkolono w roku 2025 ponad 900 osób.

Prowadzono szkolenia dla podmiotów zakwalifikowanych do KSO jako specjalistyczne ośrodki onkologiczne oraz pełniących funkcje wojewódzkich ośrodków monitorujących. Powołano 12 zespołów takich wojewódzkich ośrodków monitorujących.

Realizowano prace dotyczące opracowania i wdrożenia elektronicznej karty diagnostyki i leczenia eDILO. Zgodnie z nowelizacją ustawy jest obowiązek prowadzenia i obsługiwanie tej karty od 1 stycznia roku przyszłego. Prowadzono również informacyjną linię KSO i zapewniono wsparcie procesu wdrażania KSO przez Krajową Radę Onkologiczną.

27 maja 2025 r. uruchomiono Narodowy Portal Onkologiczny. Jest to oficjalny serwis wiedzy onkologicznej w Polsce, który łączy wiedzę medyczną z praktycznymi wskazówkami, porządkując najważniejsze zagadnienia od profilaktyki i diagnostyki przez możliwości leczenia, aż po kwestie związane z powrotem do codziennego funkcjonowania. To narzędzie ułatwia zrozumienie, zachęca do świadomego podejścia do tematyki zdrowia. Powstał przede wszystkim z myślą o pacjentach onkologicznych i ich bliskich. W tym miejscu pragniemy zachęcać wszystkich do zapoznania się z tymi treściami.

Priorytety na rok 2026 i najbliższe lata to: dalsze wdrożenie krajowej sieci, kontynuacja szczepień HPV, realizacja inwestycji infrastrukturalnych, rozszerzenie wykazu leków refundowanych w terapiach onkologicznych, rozwój narodowego portalu, kontynuacja zadań edukacyjnych i promocyjnych i prac mających na celu poprawę sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie onkologii. Jeżeli chodzi o zgłaszalność na badania przesiewowe, to zgłaszalność na badania wykonane w roku ubiegłym była na poziomie 10%, profilaktyka raka piersi 30%. W przypadku raka szyjki macicy cały czas mamy z tym istotny problem, bo jest to około 7,5%. Te badania oczywiście nie obejmują prowadzonych badań przesiewowych w ramach niepublicznej ochrony zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję, panie ministrze.

Otwieram dyskusję. Bardzo proszę o zgłaszanie się do pytań. Chciałabym zebrać wszystkie pytania, zamknąć listę i potem przejdziemy do strony społecznej.

Czy parlamentarzyści mają pytania? Bardzo dziękuję, pani posłanka Mucha. Czy ktoś jeszcze? Nie widzę chętnych. W takim razie posłanka Mucha. Listę zamykam i przejdziemy do strony społecznej. Bardzo proszę.

Poseł Joanna Mucha (niez.):

Ja mam tylko krótkie pytanie, panie ministrze, dotyczące sieci onkologicznej. Wiemy, że przyjęli państwo jako ministerstwo wskaźniki dotyczące tego, jakie kryteria musi spełniać szpital, żeby wejść do sieci onkologicznej, a potem się okazało, że te kryteria nie mają znaczenia, albowiem czas ich sprawozdawania, jeśli się nie mylę, rozporządzeniem, jest przesuwane na kilka lat do przodu, po to, żeby tej weryfikacji nie było. Słuchałam naprawdę z dużą uwagą tego wystąpienia pana ministra, ale gdy się wchodzi w szczegóły, to mam wrażenie, że bardzo brakuje konsekwencji w tych działaniach. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę stronę społeczną. Proszę o przedstawienie się i zadanie pytania. Pani pierwsza.

Wicedyrektor Fundacji Onkologicznej Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Dzień dobry. Joanna Frątczak-Kazana, Fundacja Onkologiczna Alivia. Przede wszystkim dziękuję za udzielenie głosu.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, chciałabym się odnieść do tego sprawozdania, które przedstawił pan minister. Chciałabym dodać, że występuję również w imieniu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej. Przygotowaliśmy raport, którego premierę zaplanowaliśmy na dzisiaj. Raport z realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej, ale widzianej z perspektywy pacjentów, tego, co poprawiło się w opiece onkologicznej, oraz tego, jakie oczekiwane rezultaty osiągnięto.

W Narodowej Strategii Onkologicznej, oprócz zadań w poszczególnych obszarach, są również oczekiwane rezultaty w każdym z pięciu obszarów. Są podane daty i są podane wskaźniki, liczby, które planując narodową strategię chciano osiągnąć. Część tych oczekiwanych rezultatów była zaplanowana do realizacji do końca 2025 r. Podsumowaliśmy to wszystko i podzielić się z państwem krótkim podsumowaniem.

Chciałabym też powiedzieć, że wyrażamy uznanie dla Ministerstwa Zdrowia i osób, które pracują nad strategią, dla pana profesora Rutkowskiego, bo sporo się dzieje, natomiast te rezultaty niestety nie są osiągane. Chciałabym rozpocząć może dyskusję nad tym, jak powinniśmy działać, żeby osiągnąć te rezultaty, a nie tylko odhaczać zadania w realizacji strategii.

Kluczowe wnioski, które mamy. Realizacja rezultatów w zakresie prewencji pierwotnej pozostaje zagrożona. Zaplanowano do końca 2028 r. wyszczepialność na poziomie 60%. Na koniec roku było to 15, teraz jest około 17%. I od razu pytanie. Czy, tak jak planowano, szczepienia obowiązkowe przeciw HPV wejdą do kalendarza szczepień obowiązkowych? bo w innym przypadku nie ma szansy na to, żeby osiągnąć ten wskaźnik, który zaplanowano. Chciałabym jeszcze zaznaczyć, że WHO uznaje 90% za taki wskaźnik, który powinien zabezpieczyć populację.

Kolejny wniosek dotyczy profilaktyki wtórnej. To są badania przesiewowe. Tutaj niestety zaobserwowaliśmy – a w zasadzie nie zaobserwowaliśmy, potwierdziliśmy to w danych – że we wszystkich programach przesiewowych mamy niższe wskaźniki niż bazowe, które były w 2020 r. To jest poważny problem. Też nie są zrealizowane te rezultaty, które były zaplanowane do końca 2024 r. w tym przypadku. No i znowu – bez takich konkretnych działań naprawdę nie będziemy w stanie osiągnąć tych oczekiwanych rezultatów.

Następnie kadry. Liczba specjalistów onkologii klinicznej rośnie, ale, uwaga, wciąż brakuje około 500 onkologów klinicznych, podczas gdy w tej chwili jest ich w sumie między 1200 a 1300 – proszę więc zobaczyć, jaka jest skala tego braku – a tylko 1/3 miejsc specjalizacyjnych jest zapełniona. Po prostu nie zgłaszają się chętni.

Jeszcze dwa wnioski. Dostęp do nowoczesnych terapii został zaplanowany w Narodowej Strategii Onkologicznej na poziomie 90% terapii refundowanych w Unii Europejskiej. To jest zapisane w strategii. Pytanie, jak zamierzamy to osiągnąć. Czy zamierzamy to osiągnąć, czy po prostu należy przyznać, że to był cel wyznaczony z góry z założeniem, że on nie będzie zrealizowany?

Kolejna rzecz – jakość koordynacji. Chciałabym wiedzieć, ilu mamy koordynatorów, ilu brakuje w Polsce. Podejrzewam, że ministerstwo takie założenia poczyniło, bo koordynator miał być tą najważniejszą osobą, która będzie tę sieć tworzyła.

Dalej – DiLO. Nie ma kontroli nad tym, czy procedury onkologiczne są realizowane w ramach diagnostyki i leczenia onkologicznego, czy nie. Są placówki, które w ogóle nie wystawiają kart DiLO. Czy ktoś to w jakiś sposób kontroluje, bo wtedy pacjenci nie mają dostępu do szybkich do szybkich badań?

W raku piersi leczenie zabiegowe jest realizowane w 96% w ramach diagnostyki DiLO, a w raku płuca w 79%. Natomiast w raku prostaty, który ostatnio, że tak powiem, przechodzi rewolucję, jeżeli chodzi o leczenie chirurgiczne, to tylko 26%. Czy są jakieś wnioski?

Dalej. System nie mierzy efektów e-DiLO – wiemy, że będzie wdrażane w przyszłym roku. Chciałabym zapytać, na jakim etapie jesteście teraz.

Bardzo poważny problem – zadania są przesuwane w czasie i jest zmieniana ich treść. My odnosimy się w raporcie zawsze do tego, co było zaplanowane na początku, ponieważ w zmianach albo są przesuwane terminy, albo są takie sytuacje, że zadanie zaplanowane do realizacji na dany rok staje się zadaniem ciągłym. Czyli zamiast „realizujemy do końca 2024 r.” zamienia się „na będziemy realizowali”, bez daty, a więc w zasadzie nie wiemy, czy to zadanie ma być zrealizowane, czy nie...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękujemy bardzo.

Pan obok...

Wicedyrektor Fundacji Onkologicznej Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Bardzo dziękuję. Nie zdążyłam zadać wszystkich pytań, ale może w takim razie na piśmie... Słucham?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze.

Pan obok teraz. Bardzo proszę.

Członek Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia Piotr Fonrobert:

Dzień dobry. Piotr Fonrobert, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, a także Rada Pacjentów Narodowego Instytutu Onkologii.

Chciałbym powiedzieć, jak to wygląda od podszewki, ponieważ jestem aktywnym pacjentem onkologicznym leczonym na poziomie SOLO I z diagnostyką i niektórymi rodzajami leczenia, jak radioterapia, wykonywanymi na poziomie SOLO III. Chciałbym powiedzieć, że dla nas, pacjentów, bardzo ważna jest omawiana już tutaj sprawa koordynatorów. Muszę powiedzieć, że bardzo mnie zaskoczyło, gdy ostatnio wychodząc z gabinetu lekarza, dostałem SMS, którego tutaj zacytuję, jeśli można. „Witam. Jestem koordynatorem oddziału radioterapii w Narodowym Instytucie Onkologii. Nazywam się...” – i tutaj RODO – „Gdyby miał pan jakieś pytania odnośnie do leczenia, śmiało proszę o kontakt”. To jest to, czego tak naprawdę od strony psychicznej pacjent onkologiczny oczekuje. Tak więc dziękuję za realizację w tym zakresie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękujemy bardzo.

Czy są jeszcze jakieś pytania? Nie ma zgłoszeń. W takim razie bardzo proszę pana ministra o udzielenie odpowiedzi.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Poproszę pana profesora Rutkowskiego o udzielenie odpowiedzi na te merytoryczne pytania.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę.

Pełnomocnik dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie Piotr Rutkowski:

Dzień dobry państwu. Piotr Rutkowski, Narodowy Instytut Onkologii.

Chcę powiedzieć, że my oczywiście nie odpowiadamy jako narodowy instytut za realizację, ale za koordynację i monitorowanie przebiegu. Ja zawsze cenię uwagi organizacji Alivii, tylko to tak do końca nie jest, ponieważ realizacja Narodowej Strategii Onkologicznej jest oczywiście procesem, który ma miejsce i część zadań bardzo słusznie przeszła w tryb ciągły realizacji,

ponieważ one powinny być realizowane w sposób ciągły, choćby niektóre zadania dotyczące profilaktyki czy edukacji.

Jeżeli chodzi o dane, my je bardzo ściśle monitorujemy w skali makro. Rzeczywiście monitorowanie – to pewnie pan minister powie – już odnośnie do wskaźników efektywności na poziomie ośrodków dopiero będzie można wprowadzić przy użyciu karty e-DiLO, ale jeżeli chodzi o skalę makro, po pierwsze, w tym roku będzie też raport z realizacji pięciolecia Narodowej Strategii Onkologicznej. My też na bieżąco przygotowujemy raporty generalnie analityczne dotyczące wskaźników makro w skali Polski, jeżeli chodzi o wyniki leczenia chorych na nowotwory, no i one poprawiają się z roku na rok. To nie jest tak, że mamy jakąkolwiek tendencję gorszą. Czy osiągniemy wszystkie wskaźniki? Pewnie nie, ponieważ na to wpływa bardzo wiele czynników. Wiemy, co się działo w okresie pandemii. Wiemy, jak wygląda proces starzenia się społeczeństwa.

Kilka punktów. Jeżeli chodzi o HPV. Oczywiście, że poziom 60% jest może za niski, ale i tak biorąc pod uwagę sytuację szczepień na świecie, myślę, że on jest cały czas realny, dlatego że – ostatnie dane, które mamy – ten poziom wyszczepialności 17% dotyczy uśredniony wszystkich roczników, a trzeba wziąć pod uwagę, że osoby, które mają 9 czy 10 lat, nasze dzieci, mają jeszcze 3 lata, żeby się zaszczepić. W związku z tym ten ostatni rocznik jest na poziomie około 40% wyszczepialności. To jest całkiem niezłym wynikiem, biorąc pod uwagę, że nie jest to szczepienie, które jest w pełni dostępne na poziomie szkół, o czym była mowa w wystąpieniu pana ministra.

Następny – prewencja. Tak, to jest cały czas słaby obszar, pomimo że wprowadzono wszystkie najnowocześniejsze techniki, które są dostępne w prewencji. W tej chwili w naszym kraju one są dostępne. Wszystkie mammografy są cyfrowe, wprowadzono test HPV HR, biopsję na podłożu płynnym. To wszystko jest dostępne w profilaktyce zarówno raka szyjki macicy, jak i w profilaktyce raka piersi.

Jeżeli chodzi o test FIT, jego model pewnie się zmieni w profilaktyce raka jelita grubego. W tej chwili uzupełnieniem badań przesiewowych kolonoskopowych jest możliwość uczestnictwa w programie „Moje zdrowie”, gdzie test FIT jest dostępny i będą trwały prace analityczne, jak uzupełniają się te dwa mechanizmy profilaktyki. No i oczywiście od października niskodawkowa tomografia komputerowa.

Jeżeli chodzi o uczestnictwo w programie profilaktyki raka szyjki macicy, rzeczywiście to, które jest w ramach programu profilaktyki, jest niskie, ale dane, które pokazują zbiorczo, jeżeli chodzi o dostępność, to na poziomie 40% jest deklarowane również w ośrodkach prywatnych, a dane GUS wskazują na 60% uczestnictwa w programie profilaktyki raka szyjki macicy przez kobiety w odpowiednim wieku. W związku z tym te parametry bardzo istotnie wzrosły w ostatnim czasie.

Jeżeli chodzi o liczbę specjalistów w onkologii klinicznej, tutaj ciągła praca, między innymi z CMKP, ale w latach 2020–2025 nastąpił wzrost liczby specjalistów onkologii klinicznej o 25%, a więc jest bardzo istotny. Myślę, że do 2028 r. te kadrowe potrzeby rzeczywiście w dużej mierze będą zaspokojone.

Jeżeli chodzi o dostęp do nowoczesnych terapii, to w tej chwili przekroczyliśmy 50% unijnego poziomu dostępności do nowoczesnych terapii i też zależy, jak się liczy, ponieważ generalnie poziom dostępności nie zawsze oznacza pełną refundację w danym wskazaniu. Trzeba wziąć to pod uwagę. I to jest słuszne, ponieważ część wskazań jest zbyt szerokich. To wynika po prostu z rejestracji i liczenie w związku z tym, że nie ma dostępności do tych terapii jest nieprawdziwe, ponieważ programy lekowe są przygotowywane jednak pod kątem realnych potrzeb zdrowotnych naszych pacjentów, z punktu widzenia pacjentów. My zawsze, przynajmniej w tym, czym ja się zajmuję, konsultujemy to również z organizacjami pacjenckimi.

Jeżeli chodzi o koordynację opieki – bardzo dziękuję za głos pana Piotra Fonroberta – generalnie ona się zwiększa. Oczywiście rola koordynatora to jest pewna rewolucja w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej. Liczba kart DiLO w ramach lat 2023–2025, pomimo tych niedostatków, szczególnie na poziomie SOLO I, zwiększyła się o 22%. W związku z tym to jest ogromny skok w ciągu dwóch lat. To w tej chwili zaistniało. Jeżeli więc chodzi o pomiar efektów, to między innymi rejestr satysfakcji jest włączony w ocenę jakości ośrodków zdrowotnych i w związku z tym nie będzie specyficznie mierzony dla onkologii, bo dotyczy generalnie działań na poziomie szpitalnictwa.

Tak więc, jak powiedziałem – zadania ciągłe to nie jest tak, że to jest idealne, ale chcę powiedzieć, że średni proces realizacji narodowych strategii onkologicznych na poziomie europejskim jest na poziomie 33%. Myślę, że w Polsce w tej chwili, tak jak my sprawdzamy

i szacujemy – i to nie jest odhaczenie punktu, bo ze strony Narodowego Instytutu Onkologii nasz zespół wykonuje naprawdę ciężką pracę z Ministerstwem Zdrowia, żeby te punkty miały przełożenie na wskaźniki późniejsze – to jest powyżej 50% i co roku te sprawozdania, które otrzymuje Ministerstwo Zdrowia, są bardzo pełne. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. Jak rozumiem, to są odpowiedzi ze strony ministerstwa.

Szanowni państwo, zamykam dyskusję i przechodzimy do podjęcia decyzji w sprawie dokumentu zawartego w druku nr 2651.

Czy jest sprzeciw wobec przyjęcia rządowego dokumentu „Narodowa Strategia Onkologiczna – Sprawozdanie za rok 2025” z druku nr 2651? Sprzeciwu nie słyszę. Stwierdzam, że Komisja przyjęła sprawozdanie z druku nr 2651.

Komisja musi jeszcze wybrać posła sprawozdawcę, który przedstawi sprawozdanie Komisji na posiedzeniu plenarnym Sejmu. Proponuję, aby sprawozdawcą został poseł Marek Hok. Czy ktoś jest przeciwny tej propozycji? Nie słyszę sprzeciwu. Stwierdzam, że Komisja wybrała posła Marka Hoka na sprawozdawcę Komisji.

Przechodzimy do realizacji pkt 3 porządku dziennego. Zgodnie z art. 126 ust. 4 regulaminu Sejmu marszałek Sejmu po zasięgnięciu opinii Prezydium Sejmu skierował w dniu 1 lipca 2026 r. sprawozdanie z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2025 r. (druk nr 2752) do Komisji do Spraw Kontroli Państwowej w celu zaopiniowania. Jednocześnie sprawozdanie to zostało skierowane do pozostałych komisji sejmowych w celu rozpatrzenia w zakresie ich działania i przedstawienia uwag i wniosków Komisji do Spraw Kontroli Państwowej w terminie do dnia 30 lipca 2026 r. Komisja Zdrowia opiniuje dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej merytoryczną działalność Najwyższej Izby Kontroli w zakresie działania naszej Komisji, czyli przede wszystkim współpracy z Departamentem Spraw Społecznych Najwyższej Izby Kontroli. Bardzo proszę pana dyrektora Departamentu Spraw Społecznych Najwyższej Izby Kontroli o zreferowanie sprawozdania z działalności NIK w 2025 r. w zakresie działania Komisji.

Pełniący obowiązki wicedyrektor Departamentu Spraw Społecznych Najwyższej Izby Kontroli Konrad Kostępski:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, prezes Najwyższej Izby Kontroli, realizując ustawowy obowiązek, przedłożył Wysokiemu Sejmowi sprawozdanie z działalności NIK za 2025 rok. W sprawozdaniu opisano szczegółowo działalność NIK w minionym roku, zwracając szczególną uwagę na efekty prowadzonej działalności. Działalności bardzo aktywnej. Wspomnę w tym momencie tylko, że realizując plan pracy na rok 2025, przeprowadziliśmy 1216 kontroli jednostkowych, czyli tych zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Ponadto, niezależnie od kontroli ujętych w rocznym planie pracy, izba w ramach kontroli doraźnych zakończyła 256 kontroli.

Na podstawie ustaleń kontrolnych, w celu wyeliminowania zidentyfikowanych nieprawidłowości, NIK w 2025 r. sformułowała 5464 wnioski pokontrolne, z czego 79% zostało przyjętych do realizacji przez podmioty skontrolowane. Nadmienię tutaj, że 14 kontroli dużych niejednostkowych, realizowanych przez NIK, to były kontrole z obszaru ochrony zdrowia. Była to intensywna działalność kontrolna.

W 2025 r. zadania w tym zakresie realizował Departament Zdrowia i delegatury Najwyższej Izby Kontroli. W nowej strukturze organizacyjnej, czyli od 1 stycznia 2026 r., za obszar ten odpowiada Departament Spraw Społecznych oraz 5 delegatur znajdujących się w klastrze spraw społecznych. Nadmienię jeszcze tylko, że do zakresu zainteresowań Departamentu Spraw Społecznych, oprócz zdrowia, należą również praca, sprawy społeczne, czyli zabezpieczenie społeczne, rodzina, kultura i dziedzictwo narodowe, sport i turystyka, a także oświata i wychowanie.

Szanowni państwo, problemy w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia można rozpatrywać w wymiarze finansowym lub organizacyjnym, ale to także osobisty dramat konkretnego pacjenta, który, w wielu przypadkach bez wystarczającego wsparcia czy informacji, musi zmierzyć się z chorobą. Dlatego Najwyższa Izba Kontroli stara się przyjmować „pacjentocentryczny” punkt widzenia, analizując zagadnienia dotyczące naruszenia praw pacjenta i ograniczenia w dostępie do świadczeń. Oto tylko parę przykładów kontroli, które zrealizowaliśmy w 2025 r.

W ramach kontroli ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla dzieci finansowanej ze środków publicznych stwierdziliśmy, że nie zapewniała ona dzieciom równego dostępu

do świadczeń – zależnego wyłącznie od ich stanu zdrowia. W większości poradni wydłużał się średni czas oczekiwania oraz rosła liczba pacjentów, a działania dyrektorów oddziałów w NFZ nie poprawiły dostępności.

Nie wprowadzono rozwiązań wspierających rozwój podmiotów leczniczych zainteresowanych zawarciem umowy z NFZ na terenach, na których nie zabezpieczono świadczeń dla pacjentów. Sytuację pogarszało nierównomierne rozmieszczenie podmiotów leczniczych w kraju przy braku mechanizmów wspierających rozwój placówek na obszarach pozbawionych tych świadczeń. Utrudniało to także często aneksowanie przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ umów z dotychczasowymi świadczeniodawcami, co ograniczało możliwość wejścia nowych podmiotów do systemu. W konsekwencji występowały duże różnice między województwami i wewnątrz województw. W części powiatów dzieci nie miały dostępu do niektórych świadczeń AOS.

Najbardziej narażeni na negatywne skutki wydłużonych kolejek byli pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne, wymagający szybkiej pomocy. Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę na brak systemowych rozwiązań ograniczających wydłużenie czasu oczekiwania oraz na nadużywanie kategorii pilny wobec pacjentów, których stan tego nie uzasadniał, co dodatkowo blokowało dostęp dla pacjentów naprawdę potrzebujących pilnej interwencji medycznej.

W ramach kontroli funkcjonowania domowej opieki hospicyjnej w województwie świętokrzyskim stwierdziliśmy, że nie wszystkim pacjentom z województwa świętokrzyskiego zapewniono dostęp do domowej opieki hospicyjnej. W województwie nie funkcjonowała perinatalna opieka hospicyjna, a w części powiatów dzieci nie miały dostępu do hospicjów domowych. Ograniczenia wynikały między innymi z nieprzestrzegania zasad przyjmowania pacjentów przez 4 z 5 skontrolowanych podmiotów oraz braku skutecznego nadzoru Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co naruszało zasadę równego dostępu do świadczeń.

W latach 2022–2024 oddział nie podejmował działań na rzecz zapewnienia perinatalnej opieki paliatywnej, w tym nie ogłaszał postępowań na te świadczenia. W okresie objętym kontrolą nie zawierano również nowych umów na hospicyjną opiekę domową z powodu przedłużania dotychczasowych kontraktów. Oddział monitorował realizację umów i sporządzał plany zakupu świadczeń, jednak nierzetelne listy oczekujących uniemożliwiały właściwą ocenę zapotrzebowania. Kontraktowanie świadczeń hospicjum domowego dla dzieci na poziomie województwa nie zapewniło dostępności w czterech powiatach, w których nie objęto opieką żadnego dziecka.

Problemy opieki hospicyjnej i paliatywnej adresowanej do ogółu pacjentów zdiagnozowaliśmy w kontroli dotyczącej tej formy opieki finansowanej ze środków publicznych. Ustalenia NIK wskazują na konieczność pilnych zmian w celu usprawnienia systemu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Konieczne jest bieżące diagnozowanie potrzeb oraz lepsze planowanie działań, w szczególności w zakresie analizy zapotrzebowania na personel medyczny oraz dostosowania przepisów do realnych potrzeb pacjentów.

Szanowni państwo, pochylając się nad problematyką przestrzegania praw pacjentów nie możemy jednak zapominać o realiach finansowych funkcjonowania ochrony zdrowia. Ten aspekt był oceniany w wielu kontrolach podejmowanych przez NIK w 2025 r. Na przykład, z kontroli realizacji zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2021–2024 wynikało, że pomimo wzrostu w tym okresie przychodów ogółem NFZ, jego sytuacja finansowa nie zapewniła realizacji zadań w sposób pozwalający na poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła realizację w latach 2021–2024 podstawowego zadania NFZ, jakim było zapewnienie prawidłowego dostępu do świadczeń zdrowotnych dla osób uprawnionych. W okresie objętym kontrolą dostęp do świadczeń diagnostyki i leczenia pogorszył się. Negatywnie oceniono również sytuację finansową funduszu, na co miały wpływ czynniki zewnętrzne, niezależne od działań funduszu, bowiem w okresie objętym kontrolą przychody NFZ rosły wolniej niż koszty. Przychody ogółem zwiększyły się o 8,3%, to jest realnie zmniejszyły się, uwzględniając wskaźnik inflacji, zaś koszty ogółem wzrosły o ponad 30%.

Trudna sytuacja finansowa funduszu była spowodowana przede wszystkim obciążeniem funduszu w okresie objętym kontrolą z tytułu finansowania corocznego wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego w kwocie 90,6 mld zł. Oznaczało to, że wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych w latach 2021–2023 przeznaczony był głównie na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego.

Najwyższa Izba Kontroli –powtórzę to, bo już wspominałem o tym u państwa na posiedzeniu Komisji, kiedy sprawozdawałem z wykonania kontroli budżetowej – nie kwestionując potrzeby godnego wynagradzania pracowników systemu ochrony zdrowia, zwraca uwagę, że koszty

wynagrodzeń stanowią zasadniczy składnik kosztów podmiotów leczniczych. Utrzymanie tak wysokiej dynamiki ich wzrostu w przyszłych latach i uwzględnianie go w wycenach świadczeń zdrowotnych będzie negatywnie oddziaływało na finanse funduszu oraz ograniczało możliwość zabezpieczenia dostępu do tych świadczeń dla pacjentów.

W okresie objętym kontrolą na wielu obszarach kraju nie zabezpieczono dostępu do świadczeń zdrowotnych zgodnie z przyjętymi planami ich zakupu. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie dysponował zbiorczymi informacjami o takich sytuacjach. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, brak mechanizmów bieżącego monitorowania zabezpieczenia dostępu do świadczeń świadczy o nieprawidłowym nadzorze prezesa NFZ nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich NFZ określonym w art. 102 ust. 5 pkt 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Na pogorszenie dostępu do świadczeń zdrowotnych wskazuje wzrost średniego czasu oczekiwania pacjentów na diagnostykę i leczenie – w przypadkach stabilnych 63,7% i w przypadkach pilnych 40,2% objętych analizą komórek organizacyjnych – oraz znaczące wydłużenie się okresu potrzebnego na udzielenie świadczeń wszystkim oczekującym. Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła zróżnicowany dostęp pacjentów do świadczeń w poszczególnych województwach, mierzony liczbą i wartością świadczeń przypadających na określoną grupę uprawnionych, czasem oczekiwania na diagnostykę i leczenie, a także możliwością skorzystania z kompleksowej opieki dla wybranych grup pacjentów. Dysproporcje te w okresie objętym kontrolą dalej się pogłębiały, natomiast jednym z celów wskazanych w Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019–2023 miało być wyrównywanie tych dysproporcji.

Szanowni państwo, troskę o finanse ochrony zdrowia przejawiamy, zawsze kontrolując poszczególne podmioty funkcjonujące w tym obszarze, starając się poszukiwać przykładów nieuzasadnionego wypływu środków i wskazując na potrzeby bardziej efektywnego nimi zarządzania. Zwróć uwagę tylko na jeden przykład, Profilaktyczny Dom Zdrowia w Juracie.

Pomimo potencjału Profilaktycznego Domu Zdrowia w Juracie nie podjęto skutecznych działań w celu promowania ośrodka umożliwiającego organizację konferencji, sympozjów, szkoleń na rzecz podmiotów zewnętrznych, co było jednym z jego zadań statutowych. W rezultacie w tym zakresie nie uzyskano żadnych przychodów. Niecelowym i niegospodarnym działaniem było zawarcie w umowach o wartości 277 tys. zł dotyczącej leasingu samochodu z przeznaczeniem na cele służbowe, gdyż faktycznie samochód ten był wykorzystywany przede wszystkim do celów prywatnych przez dyrektora.

Zastrzeżenia NIK dotyczyły również gospodarowania wolnymi środkami ze względu na brak procedur wewnętrznych w tym zakresie i niewystępowanie do Banku Gospodarstwa Krajowego w sprawie ustalenia wysokości oprocentowania depozytów overnight. Profilaktyczny Dom Zdrowia nie miał wiedzy o najkorzystniejszej możliwości lokowania wolnych środków, które wynosiły nawet ponad 300 tys. zł.

Nie opracowano procedur wewnętrznych dotyczących zasad udostępniania pomieszczeń pracownikom oraz zleceniobiorcom do celów mieszkalnych, pomimo że pomieszczenia te udostępniono nieodpłatnie w okresie objętym kontrolą 48 pracownikom i zleceniobiorcom. Działanie to oceniono jako nierzetelne.

Szanowni państwo, kontrole w zakresie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia pozostawały istotnym priorytetem Najwyższej Izby Kontroli w 2025 r. Aktywna działalność w tym zakresie jest prowadzona przez nas na bieżąco. Obecnie, między innymi, realizujemy wniosek prezesa Rady Ministrów i przygotowujemy kompleksową kontrolę dotyczącą zatrudniania i wynagradzania personelu medycznego.

W najbliższym czasie prześlemy państwu informację o wynikach dwóch bardzo istotnych kontroli. Jedna z nich dotyczy systemu ratownictwa medycznego, a druga – jakości bezpieczeństwa badań genetycznych. W obszarze tym stwierdziliśmy szereg nieprawidłowości i sformułowaliśmy w mojej ocenie ważne wnioski systemowe. Dziękuję bardzo za uwagę i proszę o pozytywne zaopiniowanie sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli za 2025 rok w zakresie właściwości Komisji. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękujemy bardzo.

Otwieram dyskusję. Czy są jakieś pytania? Pan poseł Polaczek bardzo proszę.

Posel Jerzy Polaczek (PiS):

Takie pytanie, jak można powiedzieć w przenośni, troszkę z lotu ptaka. Mam pytanie do Ministerstwa Zdrowia na kanwie informacji przedstawiciela NIK. Czy Ministerstwo Zdrowia ma na przykład taką mapę aktywności zawodowej dyrektorów szpitali, poczynając od tych, które są szpitalami prowadzonymi przez ministerstwa, przez uniwersytety, poprzez urzędy marszałkowskie i szpitale powiatowe?

Mówię to również na kanwie dostępnych informacji, z którymi można się zapoznać na przykład na stronie Ministerstwa Finansów, gdzie możemy uzyskać dostęp do sprawozdań finansowych z działalności za dany rok danego szpitala publicznego. Ten zakres dostępnych informacji powinien być poddany analizie przede wszystkim przez Ministerstwo Zdrowia i przez Narodowy Fundusz Zdrowia, choćby w kontekście tego, co obserwujemy od kilku tygodni i tych informacji związanych z tym potężnym udziałem kosztów osobowych w strukturze wydatków szpitali publicznych. Mówił tutaj o tym przedstawiciel NIK i nie jest to żadne odkrycie, natomiast ze względu na stopień braku transparentności, jeśli chodzi o zakres informacji, jakie są zawarte w tych sprawozdaniach, wymagałoby to podjęcia kilku prostych czynności z poziomu NFZ i Ministerstwa Zdrowia, aby mieszkaniom danego powiatu czy mieszkaniom aglomeracji, w której jest szpital uniwersytecki, czy mieszkaniom miasta na prawach powiatu mógł uzyskać informację, taką podstawową, o ruchu kadrowym w danym roku w szpitalu, o jego wyniku finansowym – no, to akurat wiemy – ale po prostu o strukturze kosztów osobowych w podziale na lekarzy, na pozostałych pracowników medycznych, wyższego personelu z wykształceniem wyższym, personelu pielęgniarek i pozostałych pracowników, średniej wysokości kontraktu czy średniej wysokości wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę, czy też tych najwyższych czy najniższych wynagrodzeń. Myślę bowiem, że odpowiedzią na te zjawiska negatywne, które odbieramy w ostatnich tygodniach, jest przede wszystkim pogłębienie tego zakresu transparentności informacji, które są związane z wydatkowaniem ponad dwustu kilkudziesięciu miliardów złotych środków publicznych na sektor służby zdrowia.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękujemy, panie pośle.

Posel Jerzy Polaczek (PiS):

Jeszcze nie skończyłem, pani przewodnicząca. Jeszcze dosłownie dwie minuty...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Strasznie długo.

Posel Jerzy Polaczek (PiS):

Jeśli mamy sytuację taką, w której w szpitalach publicznych te same osoby – i nie mówię tylko o lekarzach, ale i o wielu innych przedstawicielach zawodów – mają częściowo umowę o pracę, mają kontrakt, czyli prowadzą działalność gospodarczą, to wymaga to jednak bardzo radykalnych działań porządkujących cały system służby zdrowia, w szczególności w kontekście choćby możliwości weryfikowania czasu pracy danego pracownika czy lekarza zatrudnionego między innymi w tej placówce...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Ja mam nadzieję, panie pośle, że my na przyszłym posiedzeniu będziemy mieli tę dyskusję.

Posel Jerzy Polaczek (PiS):

I ostatnie zdanie. Znam przykłady – mówię cały czas w kontekście tej informacji bardzo syntetycznej, ogólnej przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli – że dyrektor szpitala wojewódzkiego jest jednocześnie dyrektorem operacyjnym w szpitalu powiatowym, jest przedstawicielem rady nadzorczej w kolejnym szpitalu, czy ma jeszcze umowę w prywatnej spółce i to się dzieje bez jakiegokolwiek wiedzy organu prowadzącego. Wyjdźmy więc od tych kwestii elementarnych, bo mam wrażenie, że my się ekscytujemy, może i słusznie, tymi pensjami, które nie są poparte czasem pracy albo są jedną wielką fikcją, jak bym powiedział, a nie mamy uporządkowanego całego zbioru informacji tych podstawowych, z których również powinni czerpać minister zdrowia i prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, poprzez uporządkowanie tej sprawozdawczości, która jest obowiązkowa dla każdego szpitala, niezależnie, czy on funkcjonuje w formie SPZOZ, czy spółki prawa handlowego.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Czy są jeszcze jakieś pytania? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie poproszę pana ministra o udzielenie odpowiedzi.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, takimi narzędziami będziemy dopiero dysponowali, żebyśmy mogli w tak szczegółowy i konkrety sposób zbierać te dane, o których pan poseł mówił. Kolejne ustawy – jedna czeka na podpis pana prezydenta, to tak zwana ustawa PESEL-owa – również zwiększające dostępność tych danych będą państwu przedstawione w najbliższym czasie i wtedy będziemy mogli takową mapę oraz takie dane mieć dostępne i w sposób oczywiście anonimizowany ewentualnie prezentować. Natomiast my jako Ministerstwo Zdrowia mamy tylko bezpośredni nadzór nad jednostkami bezpośrednio podległymi i w żaden sposób nie możemy, przy obowiązujących dzisiaj przepisach prawa, wnikać w działalność organów założycielskich jak starostów powiatowych, marszałków województwa itd., bo to są ich kompetencje i oni powinni, zgodnie ze swoim pełnionymi funkcjami, pełnić zadania nadzorcze, realizować też kontrole i sprawdzać, gdzie ten dyrektor szpitala czy inny kierownik oddziału pracuje. Tak więc w najbliższym czasie nad tym pakietem ustaw i rozporządzeń będą państwo mieli okazję dyskutować na tej sali. Mam nadzieję, że spotka się on w związku z powyższym z tak aktywnym i pozytywnym przyjęciem, żebyśmy mogli tę transparentność systemu ochrony zdrowia zapewnić. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję, panie ministrze.

Jak widać, oczekiwanie dotyczące dyskusji jest duże. Pan poseł Polaczek, rozumiem, że jeszcze...

Posel Jerzy Polaczek (PiS):

Minutę komentarza.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

To bardzo proszę i zamykam dyskusję.

Posel Jerzy Polaczek (PiS):

Ja mówiłem o rzeczach elementarnych, które przede wszystkim z punktu widzenia każdego obywatela powinny zwiększać dostępność do zakresu szczegółowych informacji dotyczących kwestii podstawowych. Ja nie mówiłem o kwestiach, które by specjalnie wymagały jakichś gigantycznych zmian regulacyjnych, bo informacja w sprawozdaniach finansowych szpitala w takim zakresie, jaka jest średnia płaca z umowy o pracę, jakie jest średnie świadczenie z tytułu umowy kontraktowej, a jakie jest najwyższe czy najniższe w poszczególnych grupach zawodowych, powinna być pogłębiona, bo to jest również narzędzie dla ministra zdrowia, dla organów prowadzących, dla rad powiatowych czy sejmików, czy również dla NIK, aby ten proces mógł być realizowany w sposób bardziej racjonalny. Paradoksalnie – to mówię jako poseł opozycji, który drugi rok robi analizę szpitali wojewódzkich oraz szpitali prowadzonych przez ministra zdrowia czy przez uniwersytety w tych placówkach... mówię tutaj o szpitalach, które są prowadzone na przykład przez Śląski Uniwersytet Medyczny czy przez ministerstwo, jak Instytut Onkologii czy Śląskie Centrum Chorób Serca – gospodarka finansowa wygląda bardziej racjonalnie. Tam nie było żadnych kominów płacowych powyżej 100 tys.

Warto podkreślić, że mamy sytuację taką, w której kompletnie niekontrolowalny jest proces wydatkowania środków publicznych na poziomie samorządów. Ministerstwo temu się przygląda. Pan minister mówi, że tych informacji na razie nie ma. No to z punktu widzenia państwa to warto skontrolować, jeśli mamy kilkadziesiąt przypadków kontraktów powyżej 100 tys. albo stu kilkudziesięciu tysięcy miesięcznie, żeby przeprowadzić taką analizę przede wszystkim tych wydatków w kontekście czasu pracy i ewentualnie innych aktywności zawodowych. To może robić NIK czy Narodowy Fundusz Zdrowia...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. Panie pośle, chciałabym, żebyśmy wrócili do tej dyskusji – tak jak pan minister powiedział – która odbędzie się, mamy wszyscy nadzieję, na przyszłym posiedzeniu Sejmu.

Szanowni państwo, zamykam dyskusję. Proponuję, aby Komisja przedstawiła Komisji do Spraw Kontroli Państwowej opinię w brzmieniu: „Komisja Zdrowia na posiedzeniu w dniu 15 lipca 2026 r. rozpatrzyła sprawozdanie z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2025 roku (druk nr 2752) w zakresie działania Komisji i nie wnosi uwag ani wniosków”.

Czy jest ktoś przeciwny przyjęciu opinii dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej w proponowanym brzmieniu? Nie słyszę sprzeciwu. Stwierdzam, że Komisja przyjęła opinię o sprawozdaniu z działalności NIK w 2025 r. bez uwag i wniosków. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia Komisji.

Zamykam posiedzenie Komisji.