

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 86)

z dnia 8 lipca 2025 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 86)

8 lipca 2025 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Marty Goblík**, przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- rozpatrzenie rządowego dokumentu: „Narodowa Strategia Onkologiczna – Sprawozdanie za rok 2024” (druk nr 1324),
- rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2024 roku (druk nr 1405) w zakresie działania Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli: **Marek Kos** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikiem, **Marcin Stolarczyk** p.o. dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli ze współpracownikiem, **Grzegorz Błażewicz** dyrektor Biura Nadzoru Wewnętrznego i **Dariusz Dzielak** dyrektor Biura Partnerstwa Publicznego i Innowacji w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Beata Biel** kierownik Działu Narodowej Strategii Onkologicznej i **Paweł Koczko** kierownik Pracownik Prewencji Pierwotnej i Polityki Zdrowotnej w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytut Badawczego w Warszawie, **Renata Buda** dyrektor Zarządu i **Artur Prusaczyk** pełnomocnik prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, **Joanna Frątczak-Kazana** wicedyrektorka Fundacji Onkologicznej Alivia, **Renata Górna** dyrektor Wydziału Polityki Społecznej Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, **Sabina Karczmarz** przewodnicząca Komitetu Naukowego Fundacji Nauka, Edukacja, Misja – Medycyna N.E.M.- MED., **Jadwiga Wiśniewska** członek Zarządu Stowarzyszenia Pomocy Chorym na GIST i Fundacji PKPO, **Wojciech Wiśniewski** ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” oraz **Aleksander Łabanowski** asystent przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Łukasz Sarnecki**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Monika Żońnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

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

Szanowni państwo, otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Witam członków Komisji i zaproszonych gości. Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia, przyjęty przez prezydium, przewiduje: rozpatrzenie rządowego dokumentu „Narodowa Strategia Onkologiczna – Sprawozdanie za rok 2024”, druk nr 1324, przedstawia minister zdrowia – jest z nami minister Kos – oraz rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2024 r., druk nr 1405, w zakresie działania Komisji. Referuje dyrektor Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli. Przystępujemy do realizacji pierwszego punktu porządku dziennego.

Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile i zamieszczone w folderze SDI i na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej. Przechodzimy do rozpatrzenia sprawozdania z druku nr 1324.

Marszałek Sejmu, po zasięgnięciu opinii Prezydium Sejmu, skierował w dniu 2 czerwca 2025 r. rządowy dokument „Narodowa Strategia Onkologiczna – Sprawozdanie za rok 2024”, druk nr 1324, do Komisji Zdrowia w celu rozpatrzenia i przygotowania sprawozdania. Na koniec posiedzenia o dokumencie zawartym w druku nr 1324 Komisja będzie musiała podjąć decyzję o jego przyjęciu lub odrzuceniu oraz wybrać posła sprawozdawcę, który przedstawi na posiedzeniu Sejmu sprawozdanie Komisji Zdrowia. Bardzo proszę pana ministra o przedstawienie sprawozdania z druku nr 1324.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Marek Kos:

Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, Narodowa Strategia Onkologiczna to strategiczny, kompleksowy program, który wytycza kierunki rozwoju w obszarze onkologii w Polsce. Celem nadrzędnym tego programu jest wzrost odsetka osób, które przeżywają 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej, ale także obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe oraz poprawę skuteczności i jakości leczenia onkologicznego.

Całkowity budżet Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2022–2030, bo na ten okres jest NSO, wynosi 5,1 mld zł. Budżet na poszczególne lata przedstawiał się i będzie się przedstawiał następująco. W 2020 r. było to 250 mln zł, w 2021 nieco ponad 504 mln zł, w latach 2022 i 2023 było to po 450 mln zł, natomiast od roku 2024 do 2030 jest to i będzie 500 mln zł rocznie.

Strategia obejmuje zaplanowane działania do podjęcia na lata 2022–2030, które są skoncentrowane na pięciu kluczowych obszarach. Pierwszym z nich jest rozwój systemu kształcenia personelu medycznego poprzez inwestycje w kadry medyczne. Kolejny to zwiększenie świadomości społecznej na temat profilaktyki nowotworów oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych przez inwestycje w edukacji. Trzeci kluczowy obszar to zwiększenie dostępności i zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa ich jakości przez inwestycje w pacjenta. Kolejny, czwarty, to wsparcie badań naukowych w onkologii oraz zapewnienie dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych przez inwestycje w naukę i innowacje. Ostatni, piąty obszar kluczowy to optymalizacja procesu leczenia, a także doposażenie ośrodków w nowoczesny sprzęt i infrastrukturę przez inwestycje w system opieki onkologicznej.

Podsumowując realizację Narodowej Strategii Onkologicznej w roku 2024 chcę zaznaczyć, że szczegółowy wykaz zadań zaplanowanych do realizacji został określony w harmonogramie wdrażania NSO na rok 2024. Stanowiło to załącznik do uchwały nr 21/2024 Rady Ministrów z dnia 26 marca 2024 r. w sprawie przyjęcia harmonogramu wdrażania NSO.

W roku 2024 zrealizowano 51 zadań Narodowej Strategii Onkologicznej. Wyzwania w dalszym ciągu koncentrowały się na dziedzinach związanych z walką z chorobami nowotworowymi. Wśród działań priorytetowych znajdowały się m.in. edukacja społeczeństwa i prowadzenie działań profilaktycznych, w tym realizacja programu szczepień przeciw HPV, rozwój nowych metod terapeutycznych oraz optymalizacja procesu opieki nad pacjentami.

Na realizację zadań Narodowej Strategii Onkologicznej w roku 2024 przeznaczono środki budżetowe z części 46 – Zdrowie, które pozostają do dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia w wysokości 500 mln zł. Środki bieżące stanowiły 80 mln zł, natomiast środki majątkowe 420 mln zł. Łącznie z budżetu pozostającego w dyspozycji ministra zdrowia wydatkowano środki w wysokości prawie 459 mln zł, zgodnie ze sprawozdaniem na dzień 31 grudnia 2024.

Chcę przedstawić może nie wszystkie, ale przykładowe projekty, przykładowe zadania, które zostały zrealizowane w ramach tych pięciu kluczowych obszarów. I tak, patrząc na obszar pierwszy – inwestycje w kadry, tutaj dokonano przeglądu i nowelizacji standardów kształcenia na studiach na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. W drodze rozporządzenia ministra nauki, zaktualizowano i rozszerzono katalog szczegółowych efektów uczenia się w zakresie profilaktyki onkologicznej oraz opieki nad chorymi w trakcie i po zakończeniu leczenia przeciwnowotworowego. Standardy te będą miały zastosowanie od cyklu kształcenia, który rozpocznie się w roku 2025/2026.

Jeżeli chodzi o kluczowy obszar drugi, czyli inwestycje w edukację, prewencja pierwotna, styl życia, tutaj kontynuowano powszechny program szczepień przeciw HPV, który realizuje założenia i cele Narodowej Strategii Onkologicznej. Został uzupełniony bezpłatny program szczepień ochronnych dla dzieci i młodzieży o szczepienie, które chroni przed chorobami wywołanymi przez wirus HPV.

Od 1 września ub.r. szczepienia dostępne są dla osób po ukończeniu 9 r.ż. do ukończenia 14 r.ż. Jednocześnie od 1 września 2024 r. uruchomiony został wspólny program Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ministerstwa Zdrowia dotyczący możliwości szczepień przeciw wirusowi HPV w szkołach, skierowany właśnie do uczniów pomiędzy 9 a 14 r.ż.

Liczba zaszczepionych dzieci w 2024 r. wynosiła prawie 318 tys., w tym 186 tys. dziewczynek i 132 tys. chłopców. W okresie od września 2024 do marca 2025 w szkołach zaszczepiono łącznie ponad 73 tys. osób. Aktualnie ogólny procent wyszczepienia wynosi nieco ponad 14%. Jest to stan na 29 czerwca 2025.

Jednocześnie kontynuowano ogólnopolską kampanię promującą szczepienia przeciw HPV, mającą na celu dotarcie do rodziców i ich dzieci z informacją o korzyściach płynących

ze szczepień. Ministerstwo Zdrowia podjęło także współpracę z ekspertami klinicznymi oraz organizacjami pacjenckimi, które także zajmują się promocją zdrowia i edukacją onkologiczną. W aktywne promowanie szczepień zaangażowały się także instytucje podległe i nadzorowane przez ministra zdrowia, czyli Narodowy Fundusz Zdrowia, Główny Inspektorat Sanitarny, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

W obszarze trzecim – inwestycje w pacjenta, czyli w prewencji wtórnej, skupiono się na monitorowaniu jakości programów badań przesiewowych, w tym programu profilaktyki raka piersi, jak również programu profilaktyki raka szyjki macicy. W celu szerszego objęcia populacji badaniami przesiewowymi, od 1 stycznia 2024 r. wprowadzono do podstawowej opieki zdrowotnej kwartalne współczynniki korygujące, związane ze zgłaszalnością do tych programów profilaktycznych. Pracowano także nad rozwiązaniami, które pozwoliły już w roku 2025 wprowadzić dwa nowoczesne badania: cytologię na podłożu płynnym, jak również test HPV HR, które są dostępne, możliwe do wykonania w bieżącym roku.

Czwarty obszar to inwestycje w naukę i innowacje. Tutaj rozszerzono wykaz leków refundowanych w terapiach onkologicznych. W roku 2024 refundacją objęto 135 innowacyjnych terapii, w tym 36 cząsteczkowskazań było onkologicznych.

W ramach czwartej edycji konkursu na utworzenie centrów wsparcia badań klinicznych zarekomendowano do objęcia wsparciem ze środków Krajowego Planu Odbudowy 12 przedsięwzięć na łączną kwotę niemal 200 mln zł. Tym samym Polską Sieć Badań Klinicznych będzie tworzyć teraz 35 ośrodków. Natomiast w ramach innego konkursu, o nazwie „Doskonalenie i zwiększenie potencjału naukowobadawczego istniejących centrów wsparcia badań klinicznych”, celem projektu jest wsparcie rozwoju istniejących lub tworzonych centrów wsparcia badań klinicznych. Tutaj zarekomendowano do objęcia wsparciem 18 przedsięwzięć na łączną kwotę 110 mln zł.

Ostatni obszar kluczowy to inwestycje w system opieki onkologicznej. W ramach tego obszaru dofinansowano wymianę lub też zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych za niemal 414 mln zł. Wymieniono lub zakupiono jako nowy sprzęt, którego do tej pory nie było, 36 mammografów dla 26 podmiotów, 14 akceleratorów dla 13 podmiotów, aparat do brachyterapii HDR dla jednego podmiotu, systemów planowania leczenia radioterapeutycznego dla 14 podmiotów, sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca dla klinik i oddziałów torakochirurgii dla 12 podmiotów, jak również dla klinik i oddziałów pulmonologii – tu było tych podmiotów 12. Zakupiono także sprzęt do diagnostyki i leczenia białaczek i chłoniaków dla 38 podmiotów udzielających świadczeń dorosłym, jak również dla 12 podmiotów udzielających świadczeń dla dzieci. Zakupiono także aparaturę i sprzęt medyczny do diagnostyki patomorfologicznej w chorobach nowotworowych dla 28 podmiotów.

W trakcie roku 2024 kontynuowano prace związane z wdrażaniem Krajowej Sieci Onkologicznej. Celem tej sieci jest poprawa organizacji opieki onkologicznej w Polsce. Priorytetem jest zapewnienie bezpieczeństwa oraz wysokiej jakości diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Główne założenia Krajowej Sieci Onkologicznej obejmują wprowadzenie nowej struktury organizacyjnej modelu zarządzania opieką onkologiczną, zapewnienie kompleksowych procesów diagnostycznoterapeutycznych oraz standardowych ścieżek pacjenta. Krajowa Sieć Onkologiczna prowadziła także obowiązek wyznaczania koordynatora opieki onkologicznej dla każdego chorego.

W ubiegłym roku w ramach tych działań podjęto decyzję o dokonaniu kwalifikacji podmiotów leczniczych do poszczególnych poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej w Krajowej Sieci Onkologicznej. Powołano 16 wojewódzkich ośrodków monitorujących; wprowadzono tzw. ścieżki pacjenta dla 18 grup nowotworów złośliwych, opublikowane jako kluczowe zalecenia diagnostyczno-lecznicze dotyczące organizacji opieki onkologicznej, jak również zasad postępowania klinicznego. Rozpoczęto proces szkolenia koordynatorów opieki onkologicznej, przeprowadzono szkolenia dla podmiotów zakwalifikowanej do Krajowej Sieci Onkologicznej jako specjalistyczne ośrodki leczenia onkologicznego, w skrócie SOLO, oraz pełniących funkcje wojewódzkich ośrodków monitorujących.

Uruchomiono program wsparcia dla szpitali zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej finansowanych z Krajowego Planu Odbudowy. Do objęcia wsparciem zarekomendowano przedsięwzięcia wskazane przez 106 podmiotów na łączną kwotę około 5 mld zł na przebudowę,

budowę, modernizację lub doposażenie infrastruktury leczniczej świadczącej usługi w zakresie onkologii.

Realizowano także prace dotyczące opracowania i wdrożenia Elektronicznej Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego. Wprowadzono infolinię Krajowej Sieci Onkologicznej, jak również zapewniono wsparcie procesów wdrażania Krajowej Sieci Onkologicznej przez Krajową Radę Onkologiczną.

Priorytety na najbliższe lata, bo jeszcze do 2030 r. będzie trwała Narodowa Strategia Onkologiczna, to: dalsze wdrażanie krajowej sieci; kontynuacja szczepień przeciw HPV dziewcząt i chłopców w wieku dojrzewania; realizacja inwestycji infrastrukturalnych, w tym wsparcie modernizacji podmiotów leczniczych oraz zakupów eksploatowanego sprzętu do diagnostyki i leczenia nowotworów; dalsze rozszerzanie wykazu leków refundowanych w terapiach onkologicznych; rozwój Narodowego Portalu Onkologicznego, który ruszył 27 maja br.; kontynuacja działań edukacyjnych i promocyjnych, w tym kampanii społecznej „Planuję długie życie”; dalsze inwestycje w naukę i innowacje obejmujące działania prowadzone przez ABM, wspierające rozwój obszaru badań klinicznych i na koniec także kontynuacja prac mających na celu poprawę sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie onkologii. To wszystkie informacje, które chciałem przekazać. Jeżeli będą pytania, to oczywiście chętnie odpowiem. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Otwieram dyskusję. Przewodnicząca Tomczak.

Poseł Wioleta Tomczak (Polska2050-TD):

Szanowna pani przewodnicząca, szanowna Komisjo, panie ministrze, drodzy goście, dziękuję za podsumowanie realizacji tej strategii w zeszłym roku. Ja skupię się na profilaktyce.

Oczywiście mamy odrobinę lepsze wyniki, jeżeli chodzi o zgłaszalność dotyczącą szczepień na HPV. Z pewnością tutaj częściowo podziałała ta kwestia dotycząca umożliwienia szczepienia dzieci w szkole, jednak ten wynik 13,46% to jest zdecydowanie za mało.

Gdy czytamy się w szczegółowe informacje dotyczące tego, w jaki sposób informowani są rodzice oraz dzieci – oczywiście dzieci pośrednio, bo oczywiście rodzice muszą wyrazić zgodę – to na przykład zadziwia mnie, dlaczego realizowany jest tylko jeden piknik edukacyjno-informacyjny przy okazji Europejskiego Tygodnia Szczepień. Czy nie dałoby się w każdym województwie przy wojewodach, a najlepiej w każdym powiecie zrealizować tego rodzaju działania? Poszczycenie się, że realizujemy jeden na Stadionie Narodowym, chwalebne, ale to chyba zdecydowanie za mało skuteczne.

Widać, że prowadzonych jest wiele działań. Szkoda, że pan minister ich nie wymienił, bo ta profilaktyka naprawdę się otworzyła, to znaczy informacja o profilaktyce, czyli informacje przez konto mojeIKP z tymi powiadomieniami push. To, że właśnie w kinach można o tym się dowiedzieć, że są audycje w radiach, czy w programach śniadaniowych, są listy stosowane przez szkoły, różnego rodzaju informacje przez telewizję, radio czy prasę, a także to, że takie informacje pojawiają się w serialach popularnych jest chwalebne, ale gdy spojrzymy na tę zgłaszalność, to do końca to nie działa, bo podobne problemy mamy nadal w profilaktyce raka piersi, raka szyjki macicy i w innych programach, które są dedykowane naszemu społeczeństwu, bo stanowią bardzo poważny problem zdrowia publicznego.

Z tego wynika moje pytanie do pana ministra, czy jest ewaluacja tego typu działań na bieżąco. Czy jest brany pod uwagę głos ekspertów, na przykład z Narodowego Instytutu Onkologii, którzy mają dane z innych krajów, co dokładnie działa, a co nie działa? Czy jesteśmy w stanie dotrzeć do tych ludzi, którzy mówią, że są stosunkowo zdrowi i w związku z tym nie chcą podejmować żadnych działań w zakresie swojej profilaktyki, czy będziemy po prostu uważali, że prowadzimy swego rodzaju aktywności, które mają zachęcić społeczeństwo do badań, a z drugiej strony no trudno, jeżeli społeczeństwo nie chce się badać? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Czy są jeszcze jakieś pytania? Pani poseł Chybicka.

Poseł Alicja Chybicka (KO):

Dziękuję pani przewodnicząca. Panie ministrze, to sprawozdanie jest bardzo obszerne. Rzeczywiście postęp w onkologii dorosłych dokonał się nareszcie. Jeszcze nie taki może, jakiego byśmy oczekiwali, ale jeśli porównujemy rok do roku nawet liczbę zachorowań na nowotwory u dorosłych, to ta liczba nie rośnie. Wydawało się, że dojedziemy do 200 tys., a to jest tak, że było

180, potem 160, czyli jednak 20 tys. zachorowań mniej. Tak więc to, o czym jest mowa w tym sprawozdaniu, jak dobre są działania profilaktyczne, czyli edukacja prozdrowotna, zdrowy tryb życia, styl – nie wiszenie na komórkach, tak jak my często to robimy. Tu przede wszystkim chodzi o dzieci – zakaz palenia tytoniu, edukacja. To wszystko jest bardzo cenne.

Natomiast pytanie moje jest następujące. Ja tu przeczytałam, że rzeczywiście została kupiona część sprzętu, ale są jeszcze placówki – nie będę ich tu wymieniać – które mają fatalne warunki, gdzie chorzy naprawdę w tragicznych warunkach się leczą. Wiem, że ma się budować nowy szpital, ale czy będą jakieś przyspieszenia w budowie tych szpitali. Konkretnie mówię o Dolnym Śląsku i o Wrocławiu, gdzie owszem breast unit jest w świetnych warunkach, a reszta to jest naprawdę dramat. A piękny szpital się buduje.

Druga rzecz, która jest bardzo istotna, to jest dostępność do badań genetycznych szeroko pojętych. Nowoczesna terapia onkologiczna u dzieci i dorosłych. U dzieci my to stosujemy, w związku z czym mamy blisko 100% wyleczeń w bardzo wielu nowotworach, a średnio powyżej 85. Trzeba dążyć do poprawy tych wyników, bo ja tu przeczytałam dane statystyczne, że przy 180 tys. zachorowań w 2022 r. zmarło 100 tys. To znaczy, że zmarło więcej niż 50% tych leczonych.

To jest wynik, powiem szczerze, z mojego punktu widzenia onkologa dziecięcego, żalony. Trzeba zmierzać do tego, ażeby nie tylko przedłużać życie o 5 lat, tak jak to powiedział pan minister, ale żeby wyleczyć tych chorych, a te metody są w tej chwili. Tu właśnie wielkie ukłony, ponieważ tyle nowych cząsteczek weszło. Czy dalej jest planowane takie powiększanie tej terapii, która niestety zawsze jest kosztowna? Te programy, które weszły, są świetne i rzeczywiście one dają przedłużenie życia, a wielu chorym dają szansę na wyleczenie.

Jeśli chodzi o genetykę, w chorobach rzadkich udało się zrobić zsumowanie genetyki. Wracam do tego miejsca. Czy nie można tego zrobić dla onkologii, ażeby każde badanie genetyczne było dosumowane, bo to jest wysoki koszt dla szpitali? Jeśli sam szpital onkologiczny te badania robi, no to być może można to zrobić tą samą metodą. Ale generalnie rzecz biorąc w tym aktualnie realizowanym planie dokonuje się postęp, tylko żeby było dobrze, opieka musi być holistyczna, czyli musi być dobry budynek, dostateczna liczba wykształconego personelu. Mamy świetnych onkologów, naprawdę część z nich jest bardzo ceniona w Polsce i na całym świecie, ale jeśli nie mają warsztatu pracy, jeśli nie mają dostępu do leków takich jak trzeba, to nie mogą dorównać do krajów zachodnich.

Pytanie kolejne, może brzydkie, ale smutne. Mianowicie, jeśli skończą się programy, co będzie z refundacją leków w programach terapeutycznych, gdzie lek często kosztuje 12, 15 tys. na jedno podanie, a koszt roczny jest bardzo wysoki. Co planuje Ministerstwo Zdrowia z programami, które najczęściej jakiś termin mają? Czy po tym terminie zawsze przedłużą? Czy będzie refundowało tych chorych, którzy przeżyją i dzięki temu programowi się trzymają, czy też nie? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Czy są jeszcze jakieś pytania? Bardzo proszę, stronę społeczną.

Ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Uprzejmie dziękuję. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich. Mam trzy pytania.

Po pierwsze, chciałbym zapytać, jaki jest planowany termin wdrożenia programu niskodawkowej tomografii komputerowej dla pacjentów z wysokim ryzykiem zachorowania z rakiem płuca i czy będzie uwzględniał też możliwość mobilnej realizacji tego typu badań? Zwrócę tylko uwagę, że Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc przeprowadził fenomenalny program na terenie województwa lubelskiego w tej sprawie.

Drugie pytanie dotyczy kluczowych zaleceń diagnostycznoterapeutycznych, publikowanych w formie obwieszczenia ministra zdrowia. Chciałbym zapytać, jakie narzędzia służą monitorowaniu ich przestrzegania. To znaczy, jakie mamy dowody na to, że na obwieszczeniu się nie kończy.

I trzecia rzecz, dla mnie bardzo istotna. Bardzo enigmatycznie w sprawozdaniu są przedstawione informacje dotyczące Polskiego Rejestru Onko-Hematologicznego. Dla przypomnienia, jest to projekt zrealizowany za 16 mln zł, którego celem, wbrew temu, co przeczytacie państwo w sprawozdaniu, nie jest pomiar liczby zachorowań, bo te zadania realizuje Krajowy Rejestr Nowotworów. Miał służyć gromadzeniu danych – to cytuję ze strony rządowej – „do monitorowania i oceny bezpieczeństwa, jakości i skuteczności leczenia oraz szacowania kosztów leczenia nowotworów tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych”.

Chciałbym więc zapytać, jaki uzysk ma polskie społeczeństwo z wydania 16 mln zł na realizację Polskiego Rejestru Onko-Hematologicznego. Jaka jest kompletność danych w tym rejestrze nie populacyjnym a klinicznym i jaka będzie relacja między PROCH-em – bo taki jest akronim – z rejestrem Onkologii i Hematologii Dziecięcej, którego powstanie, według mojej najlepszej wiedzy, cieszy się dużym poparciem członków sejmowej Komisji Zdrowia? Pięknie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę, następna osoba.

Pełnomocnik prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej Artur Prusaczyk:

Artur Prusaczyk, Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej. Chciałbym zadać kilka pytań. Pytanie pierwsze, dotyczące operacjonalizacji Narodowej Strategii Onkologii. Czy przy Krajowej Radzie Onkologii, która jest odpowiedzialna za wspieranie, powstało – ewentualnie, kiedy powstanie – biuro zajmujące się operacjonalizacją tych działań?

Druga sprawa, która z tym się wiąże. To oczywiście zasady ewaluacji i feedbacku informacyjnego – dzisiaj tych informacji nie ma albo są skąpe, rwane, szarpane – czyli cokwartalnego, systematycznego informowania o dokonaniach poszczególnych podmiotów oraz w ujęciu regionalnym, a więc na poziomie powiatu, na poziomie świadczeniodawcy i na poziomie województwa.

Trzecie pytanie dotyczące koordynacji pionowej. Czyli, czy są przygotowywane działania, które pozwolą na skoordynowanie działań od strony pacjenta podążającego do onkologii, a więc z koordynatorem podstawowej opieki zdrowotnej, z koordynatorem onkologicznym, który zajmuje się pacjentem już chorym. Chodzi o to, żeby przyspieszyć, poprawić, usprawnić patient experience, czyli docieranie tego pacjenta z podejrzeniem choroby nowotworowej albo już ze stwierdzeniem.

Kolejne pytanie, dotyczące zawarcia umów podstawowej opieki zdrowotnej. Nadal ponad 90% podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej nie ma zawartych umów na realizację profilaktyki. Czy Narodowy Fundusz Zdrowia zamierza to usprawnić, a Ministerstwo Zdrowia wpłynąć na takie decyzje?

Kolejne pytanie, dotyczące umożliwienia działalności mobilnej, bo wiemy, że to sprawdza się w szczególności w obszarach depopulacyjnych i tam, gdzie takie działania są. Natomiast samo posiadanie umowy to nie jest wystarczające, bo objęcie opieką 15 czy 30% populacji to nie jest to samo co 70%, a w związku z tym wracamy do punktu pierwszego, czyli powinny być rozpoczęte działania usprawniające, dokonujący korekty. Te działania korygujące muszą być też opisane przez to biuro operacjonalizujące, bo dzisiaj one nie są wykonywane. Czyli można nie świadczyć usług profilaktycznych, można nie wystawiać kart DiLO.

Powiem – ja jestem ginekologiem, ginekologiem onkologiem – jest to zasmucające, bo grupa ginekologów najbardziej, ale również urologów, gastrologów po prostu w rozmowie bezpośredniej uważają, że nie należy wystawiać kart DiLO. Uważam, że powinna być rozpoczęta duża akcja uświadamiająca wśród kolegów, bo po prostu jest to stanowisko nieakceptowalne w rozumieniu powszechnym. Myślę, że od ministra zdrowia powinno się rozpocząć takie zdyscyplinowanie, uzyskanie wiedzy, bo dzisiaj tego fizycznie nie ma i z tym jest problem. Koledzy twierdzą, że środowiskowo jest to przyjęte, że się nie wystawia kart DiLO, bo to utrudnia leczenie. To jest kompromitujące.

Jeżeli chodzi o kwestię mobilności, czy w ogóle badań profilaktycznych, muszą być zmieniane systemy motywacyjne. Dzisiaj system motywacyjny – jako pracownik reprezentuję jednostkę, która wykonuje na poziomie około 70% – nie umożliwia uzyskania premii z tytułu działalności podstawowej opieki zdrowotnej. Czyli jest to po prostu źle skonstruowane. To już nie chodzi o to, bo my sobie poradziliśmy bez tego systemu dochodząc do 70 czy nawet powyżej 80 centyla, ale inni koledzy będą mieli z tym problem. Nasze społeczeństwo lubi system motywacyjny, natomiast jeżeli coś jest źle skonstruowane, należy to zmienić.

Tutaj kolega zadał pytanie o NDTK. Ja potwierdzam. Tu, w województwem mazowieckim było to trochę w innej formule robione, ale to jest program niezwykle cenny, bardzo oczekiwany.

Natomiast wracając jeszcze do punktu pierwszego, to jest kwestia wyznaczania celów dla menedżerów systemowych i ich kaskadowania, bo nie mogą tylko profesorowie medycyny odpowiadać za wyniki onkologii. Odpowiadają również menedżerowie systemowi, którzy są zatrudnieni w Narodowym Funduszu Zdrowia, w urzędach marszałkowskich, w urzędach wojewódzkich, dyrektorzy szpitali i dyrektorzy jednostek ambulatoryjnych. Oni muszą mieć oznaczone cele. To nie jest ustalone. To się zaczyna w ogóle od tego punktu i to się koreluje

z wynikami, które prezentuje WHO, OECD czy różnego typu już konkretne dziedzinowe stowarzyszenia i analizuje się losy pacjenta, dlaczego doszło do takiej sytuacji. Oczywiście nie w sensie ukarania kogoś, tylko w sensie usprawnień na przyszłość. Tak się robi w całej Skandynawii. Ja rozumiem, że to dla nas jest jakiś punkt odniesienia i my o tym nie powinniśmy zapominać. Bardzo proszę o odpowiedź i pana ministra Kosa i pana dyrektora Dziełaka, który reprezentuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę, jeszcze pani, a potem przejdziemy do posłanki Kozłowskiej.

Wicedyrektor Fundacji Onkologicznej Alivia Joanna Frątczak-Kazana:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo posłowie, panie ministrze, szanowni państwo, bardzo dziękuję za możliwość zabrania głosu. Joanna Frątczak-Kazana, Fundacja Onkologiczna Alivia. Moje wystąpienie będzie oparte na oficjalnych wnioskach z przygotowanego przez naszą fundację raportu „Odhaczone zadania – niespełnione obietnice. Realizacja Narodowej Strategii Onkologicznej w latach 2022–2024 z perspektywy pacjenckiej”, który dzisiaj zostanie oficjalnie opublikowany na stronach Alivii.

Pan minister w sprawozdaniu przedstawił informację o realizacji zadań, natomiast jednym z elementów strategii są również oczekiwane rezultaty w każdym z obszarów omówionych w strategii. Chciałabym więc zwrócić szczególną uwagę właśnie na brak osiągnięcia kluczowych rezultatów na półmetku realizacji strategii w trzech obszarach najważniejszych z punktu widzenia pacjentów. W obszarze profilaktyki pierwotnej z punktu widzenia obywateli, bo profilaktyka pierwotna nie dotyczy przecież osób chorych, profilaktyki pierwotnej, profilaktyki wtórnej oraz organizacji systemu opieki onkologicznej – to obszary 2, 3 i 5 Narodowej Strategii Onkologicznej w zakresie profilaktyki pierwotnej.

W zakresie profilaktyki pierwotnej oczekiwane rezultaty były ambitne. Do końca 2024 r. poziom wyszczepialności przeciw HPV miał osiągnąć 60%. Wynosi na koniec 2024 r. 11%. Zgodnie z celami, edukacja zdrowotna i promocja zdrowego stylu życia miały być systemowo obecne w szkołach. Edukacja w szkołach pozostała fakultatywna – czy pozostanie, bo ten przedmiot dopiero zostanie wdrożony – a działania informacyjne są rozproszone i niesystemowe. Brakuje ogólnopolskiej sieci poradni antynikotynowych i skutecznego monitoringu efektów podejmowanych działań.

W zakresie profilaktyki wtórnej, czyli badań przesiewowych, oczekiwany rezultat – do końca 2025 r. poziom zgłaszalności na mammografię miał wynieść minimum 60%, wynosi 33%. Wzrost zgłaszalności do programu cytologii – do końca 2024 r. 60%, wynosi 11% – tutaj oczywiście są nieuwzględnione dane z tych badań, które są wykonywane w placówkach prywatnych – kolonoskopii do poziomu 30% na koniec 2024 r. a w zasadzie na 1 kwietnia 2025, bo wtedy są dostępne dane w takim panelu Zdrowe Dane NFZ, wynosił 14%.

I pkt 3, czy obszar trzeci, organizacja systemu. W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej zapowiadano do końca 2024 r. objęcie wszystkich pacjentów koordynowaną opieką onkologiczną. Nie wszystkich pacjentów objęto opieką koordynowaną. Mimo wdrożenia KSO nie wdrożono systemu e-DiLO, który miał być nośnikiem informacji i zapewnić jakiegokolwiek monitoring. To się nie dzieje.

„Do końca 2024 r. wyrównamy i zwiększymy dostęp do świadczeń opieki rehabilitacyjnej, opieki paliatywnej i hospicyjnej”. Jakie są efekty? Jak w ogóle ocenić realizację tego celu, jeśli zwiększenie nie niesie za sobą żadnych konkretnych i mierzalnych wskaźników?

„Do końca 2021 r. umożliwimy pacjentom i pracownikom medycznym uzyskanie dostępu do informacji o sposobie, miejscu i skuteczności diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz oceny jakości leczenia w poszczególnych nowotworach i ośrodkach”. Proszę państwa, nie zrealizowano tego rezultatu, bo on był planowany na 2021 r. Rozumiem, że są opóźnienia, ale mimo wszystko nie ma dostępu publicznego do informacji o sposobie, miejscu i skuteczności diagnostyki i leczenia oraz oceny jakości leczenia w poszczególnych nowotworach i ośrodkach. Na półmetku realizacji strategii te kluczowe, oczekiwane rezultaty nie zostały osiągnięte. Wiemy, że bez skutecznej prewencji, powszechnych badań przesiewowych i koordynacji opieki nie zatrzymamy rosnącej liczby zachorowań, a każdy nieosiągnięty rezultat to prawdziwy ludzki dramat, zagubienie w systemie i opóźnienie, które może kosztować życie.

Analiza, którą przygotowaliśmy potwierdza pewne problemy, które toczą polską onkologię od lat. Brak mierników skuteczności i efektów. Częste zmiany terminów i redefinicje celów.

To się dzieje non stop w Narodowej Strategii Onkologicznej. Niektóre cele są już kompletnie inne w dokumentach obowiązujących na 2025 r. niż w tym, co planowano w 2020 r. My jednak pamiętamy i analizujemy.

Jest taki formalizm raportowania. Zadania są uznane za zakończone, bardzo często na podstawie pojedynczego działania, a nie wdrożenia systemowego. Czyli jest jakiś pilotaż, opublikowano jakieś materiały i wtedy uznaje się, że zadanie jest zakończone. No i jest brak zewnętrznej, niezależnej ewaluacji, co byłoby tutaj wskazane. Ministerstwo ocenia, sprawozdaje to, co zostało wykonane, natomiast brakuje takiej ewaluacji przez niezależne organizacje czy eksperckie gremia.

W celu poprawy całej tej sytuacji mamy propozycję kilku punktów, które należałoby wprowadzić. Czyli, wprowadzić obowiązek raportowania mierników skuteczności dla zadań z KSO, oczywiście dla tych, dla których to jest możliwe. Uniemożliwić przesuwanie terminów i redefinicję celów bez transparentnego uzasadnienia i bez konsultacji społecznych. Zapewnić stały monitoring i ewaluację realizacji NSO z udziałem organizacji pacjentów i niezależnych ekspertów, no i jawnie publikować dane o efektywności kampanii promocyjnych, kampanii reklamowych i wdrożonych programów.

Panie ministrze, proszę o odpowiedź, jakie dodatkowe strategie i działania w omówionych obszarach – czyli w tym obszarze profilaktyki pierwotnej, wtórnej i organizacji systemu – zostaną podjęte, aby zrealizować oczekiwane rezultaty, ponieważ widzimy, że aktualnie podejmowane inicjatywy nie przynoszą oczekiwanych efektów. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. Pani posłanka Kozłowska.

Poseł Iwona Maria Kozłowska (KO):

Dziękuję. Szanowna pani przewodnicząca, panie ministrze, Wysoka Komisjo, na początku tego roku został rozstrzygnięty konkurs ze środków KPO na inwestycje w infrastrukturę i sprzęt wspierającej diagnostykę i leczenie pacjentów z chorobami nowotworowymi. Na ten cel została przeznaczona rekordowa kwota, mianowicie 5,2 mld.

Tu mam pytanie, panie ministrze, o Centrum Onkologii w Bydgoszczy, które otrzymało pozytywną ocenę, ale niestety tych środków nie udało się pozyskać. Jest to jedna z najlepszych placówek w kraju, która ma ogromny wkład w skuteczne leczenie pacjentów onkologicznych i takich placówek w kraju na pewno jest o wiele więcej.

Chciałabym po prostu zapytać, czy jest szansa na uruchomienie kolejnych możliwości, aby szpitale onkologiczne mogły pozyskać te środki na swój rozwój. Czy będziecie państwo ogłaszać kolejne konkursy, czy może w innej formie będzie dostępność do takich środków, aby szpitale rzeczywiście mogły leczyć i zajmować się pacjentami, aby tych pacjentów onkologicznych było jak najmniej? Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Nie ma więcej pytań, tak więc, panie ministrze, bardzo proszę o udzielenie odpowiedzi.

Podsekretarz stanu w MZ Marek Kos:

Bardzo dziękuję. Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, dziękuję za wszystkie pytania, głosy w dyskusji, bo temat jest bardzo ważny.

Realizacja Narodowej Strategii Onkologicznej to nie tylko dzisiaj, nie tylko rok 2025, ale to zadania, które będziemy realizowali jeszcze przez okres 5,5 roku, do końca 2030 r. Chcę na początku przypomnieć, że Narodowa Strategia Onkologiczna weszła jako projekt w roku 2020 i od razu z założenia mamy poślizg. Poślizg związany z epidemią COVID, który uniemożliwił przez pewien okres realizację tej strategii. Dlatego też tych efektów, które zakładaliśmy, jeszcze nie osiągnęliśmy. Jednak o to chodzi w takim wieloletnim, ponad dziesięcioletnim projekcie, aby na zakończenie był w jak największej mierze zrealizowany, bo niemożliwe jest zrealizowanie go w połowie.

Szanowni państwo, odnosząc się do pytań dotyczących szczepień na HPV w szkole i promocji tych szczepień, bo wokół tego krążyły też inne głosy, zarówno zapytanie pani poseł, jak również strony społecznej. Faktem jest, że ruszyło to, ale dopiero zaczęło działać.

Mówiłem o 318 tys. szczepień na HPV w roku 2024, z czego 73 tys. w szkołach. To przypomnę, że w tych szkołach szczepienia są od 1 września, czyli jest to 1/3 roku. Przy odpowiedniej promocji szczepień, zachęcaniu zarówno szkół, jak i rodziców do zaszczepienia dzieci możemy te efekty mieć dużo, dużo lepsze w roku 2025, jak również w kolejnych.

No pewnie, że promocja zdrowego stylu życia, wskazania w zasadzie konieczności do stosowania szczepień w terenie, nie tylko w ramach regionów, województw, ale także w powiatach, będzie bardzo celowa, ale też kosztowna. Do tego tematu musimy także się przyłożyć i przejść na ten rejon bardziej powiatowy, niżej, gdyż być może w tamtych miejscach wiele osób o możliwości zaszczepienia po prostu jeszcze nie wie, a warto, żeby ta wiedza była jak najszersza. Można dojść oczywiście do tych osób poprzez kampanie medialne, promując te szczepienia, ale to się dzieje. Po prostu można robić tego więcej.

Pani poseł Chybicka poruszyła temat edukacji zdrowotnej. Także ubolewam, że od 1 września tylko fakultatywnie będzie ten przedmiot, dlatego że edukując dzieci w wieku już szkolnym można po prostu je tego nauczyć, zachęcić do rozmowy na ten temat nie tylko jeżeli chodzi o ich zdrowie, ale także o zdrowie w danych rodzinach. W sytuacji, gdy już na lekcjach edukacji zdrowotnej będą miały wiedzę, że od 9 do 14 r.ż. jest możliwość zaszczepienia się na HPV, to po prostu może to zadziałać, że będą tym zainteresowane, tym bardziej, że podejmą rozmowy i dyskusje w rodzinie, uświadamiając rodziców, że takie zadania są realizowane. I to, gdzie? No są realizowane w ich szkołach.

O razu sprawa szpitala w Bydgoszczy, jak również środków na szpitale onkologiczne. Konkurs był; 5,2 mld zł na dofinansowanie inwestycji w szpitalach onkologicznych. Tutaj po prostu, jak zwykle, środków nie wystarczyło na wszystkie potrzeby, dlatego że na 257 wniosków dostało dofinansowanie 106, bo na tyle starczyło środków. Zatem większa część szpitali nie dostała dofinansowania, ale będą już pracowały bardzo szybko te środki z KPO. W ciągu najbliższych kilkunastu miesięcy trzeba będzie te środki wydać dla tych 106.

Natomiast jeżeli chodzi o to, na co jeszcze mogą liczyć szpitale onkologiczne, to jest ogłoszony w tym momencie konkurs na kolejne inwestycje w onkologię z Funduszu Medycznego. Jest na to przeznaczone 4,5 mld zł. Te wnioski są już składane. Są jeszcze w ocenie, natomiast to już się dzieje, to trwa. Duże jest zainteresowanie tym konkursem. Ten szpital, jako że to bardzo znany, duży szpital onkologiczny w Bydgoszczy, na pewno może i na pewno złożył wniosek.

Odnosnie do dostępu do badań genetycznych, staramy się to poszerzać, żeby ta dostępność była nie tylko w zakresie leczenia szpitalnego, w ramach hospitalizacji, ale żeby właśnie badania ambulatoryjne genetyczne można było wykonywać jak najszerszej. Ten tryb diagnostyki jest bowiem najbliższy pacjentowi, a także z punktu widzenia Narodowego Funduszu Zdrowia jest tańszy.

Programy lekowe. Programy lekowe staramy się kontynuować i wprowadzać nowe programy lekowe, zgodnie z wytycznymi, z opiniami ekspertów, środowisk naukowych i potrzebami pacjentów. Jeżeli chodzi o sam program lekowy, znamy wiele programów lekowych, które w zasadzie funkcjonują od początku i są prowadzone. To, żeby jakieś programy lekowe były zamykane i żeby pacjenci nie mieli kontynuacji trudno mi sobie wyobrazić w sytuacji, kiedy takiego leczenia pacjent wymaga. Dostępnym natomiast przenosimy leki z katalogu programu lekowego do chemioterapii, co także daje pewne możliwości dla pacjentów.

Termin niskodawkowej tomografii komputerowej. Tutaj tego nie powiedziałem, ale w roku 2024 tych badań wykonaliśmy ponad 16 tys., natomiast od 1 stycznia 2026 r. będzie to procedura możliwa do zakontraktowania w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Tak więc to już niedługo, za pół roku.

Odnosnie do projektu rejestru hematoonkologicznego, to przyjrę się temu dokładnie, jeżeli chodzi o środki związane z funkcjonowaniem tego projektu, natomiast w samej hematoonkologii – co pewnie tutaj środowisko naukowe, eksperckie może potwierdzić – w ostatnich latach też nastąpił dosyć duży przełom, jeżeli chodzi o terapię. Tak więc i ten rejestr jest wskazany, jak również monitorowanie chorych i ewaluacja tych programów lekowych, które są wdrażane.

Patrząc na nowe programy lekowe czy to z roku 2023 czy 2024, to jeżeli chodzi o terapię onkologiczną, najwięcej jest właśnie hematoonkologii. Rozmawiamy często ze środowiskiem hematoonkologów. W zasadzie ich potrzeby, jeżeli chodzi o leczenie pacjentów, są już dosyć mocno zabezpieczone. Naprawdę o niektórych szczegółowych terapiach rozmawiamy, co jeszcze można, a w zasadzie trzeba wprowadzić do refundacji w programach lekowych dla pacjentów hematoonkologicznych, bo tutaj takiego szerokiego katalogu, jak jeszcze 2 lata temu, nie ma. Po prostu to już zostało objęte refundacją.

Jeżeli chodzi o kwestie związane z ewaluacją czy też oceną działania poszczególnych elementów w Narodowej Strategii Onkologicznej, to jest to monitorowane, oceniane. Tą ewaluacją

zajmuje się zarówno krajowa rada, jak również Narodowy Fundusz Zdrowia, który bacznie obserwuje te zadania, które są realizowane przez świadczeniodawców.

Jeżeli mamy kwestię związaną z kartami DiLO, czy też z działaniami w obrębie podstawowej opieki zdrowotnej, to nie ma takiej możliwości, żeby do zakładania karty DiLO zmusić każdego lekarza. Przynajmniej do tej pory takiej możliwości nie było. To nadal kuleje, ale nad tym pracujemy. Staramy się, żeby ten proces był dużo bardziej przystępny i możliwy do zastosowania przez lekarzy, chociażby przez wprowadzanie karty e-DiLO, elektronicznej karty, gdzie to jest szybsze, prostsze i jest od razu w dalszych rejestrach.

Były też pytania dotyczące działań związanych właśnie z ewaluacją czy nadzorem nad realizacją strategii ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia. Poproszę więc pana dyrektora Dziełaka o udzielenie jeszcze informacji ze strony NFZ-u. Bardzo dziękuję.

Dyrektor Biura Partnerstwa Publicznego i Innowacji w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Dariusz Dziełak:

W kwestii nadzoru chciałbym tylko zwrócić uwagę na to, że Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował około miesiąca temu pierwsze wskaźniki jakościowe nie dotyczące wyłącznie onkologii, ale również onkologii. Mówimy w szczególności o wskaźnikach klinicznych. Są one dostępne na stronach NFZ-u do poziomu poszczególnych świadczeniodawców. Tak więc można je tam przejrzeć i zobaczyć. Oczywiście płynęło też sporo uwag, bo jest to pierwsza publikacja i oczywiście wymagająca pewnie doskonalenia, bo różne są przypadki, różne są szpitale i różne są profile, ale myślę, że początek został już zrobiony.

Ja jeszcze tylko chciałbym dodać do samej strategii, że warto zwrócić uwagę, proszę państwa, iż problemy demograficzne, ale i sama specyfika onkologii spowodowały to, że o ile w roku 2012 na leczenie nowotworów Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył trochę ponad 6 mld zł, o tyle w roku ubiegłym było to już 27 mld zł. Oczywiście w międzyczasie rosły też przychody i rosły koszty ogólne, ale w tym czasie mówimy o przyroście udziału kosztów onkologii w kosztach świadczeń o 5 p.p. z 10 do 15%. W dużej mierze wynika to z leczenia większej liczby osób, zmian demograficznych, ale także postawienia na nowe technologie, na nowe cząsteczki, na nowe formy leczenia.

To co warto zauważyć w ubiegłym roku, o czym mówił też pan minister, to nowe programy lekowe, które weszły w życie i w ogóle koszt programów lekowych i chemioterapii za ubiegły rok. Po raz pierwszy w historii wartość refundacji, głównie dotyczącej onkologii, przekroczyła wartość refundacji aptecznej, łącznie porównując ze wszystkim. Tak więc ta strategia jest ciągle realizowana.

Na co jeszcze warto zwrócić uwagę? Na to, że także w ubiegłym roku, od roku 2022, wydatki na profilaktykę pierwotną głównie wzrosły ponad dwukrotnie. Oczywiście w znacznej części dotyczyło to również kwestii wykrywania nowotworów. To żebyśmy sobie zdawali sprawę.

Można powiedzieć, że zaplanowane kwoty na profilaktykę nie są w pełni realizowane zgodnie z planem finansowym, ale jednak wzrost jest tutaj kolosalny. Biorąc pod uwagę to, że widzimy bardzo duże zainteresowanie nowym programem „Moje Zdrowie”, chyba coś w społeczeństwie się ruszyło. Tak więc nie tylko pieniądze, ale wydaje mi się, że także osoby coraz częściej będą się pojawiać i będą się badać. Nie wiem, czy koleżanka chciałaby coś dodać. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo. Zamykam dyskusję. Przechodzimy do podjęcia decyzji w sprawie dokumentu zawartego w druku nr 1324. Czy jest sprzeciw wobec przyjęcia rządowego dokumentu Narodowa Strategia Onkologiczna – Sprawozdanie za rok 2024, z druku nr 1324? Sprzeciwu nie słyszę.

Stwierdzam, że Komisja przyjęła sprawozdanie z druku nr 1324. Komisja musi jeszcze wybrać posła sprawozdawcę, który przedstawi sprawozdanie Komisji na posiedzeniu plenarnym Sejmu. Proponuję, aby sprawozdawcą został pan przewodniczący Marek Hok. Czy pan poseł Hok wyraża zgodę?

Poseł Marek Tomasz Hok (KO):

Tak. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Czy ktoś jest przeciwny tej propozycji? Nie widzę zgłoszeń. Wobec niezgłoszenia sprzeciwu stwierdzam, że Komisja wybrała posła Marka Hoka na sprawozdawcę Komisji.

Przechodzimy teraz do realizacji drugiego punktu porządku dziennego. Zgodnie z art. 126 ust. 4 regulaminu Sejmu, marszałek Sejmu, po zasięgnięciu opinii Prezydium Sejmu, skierował w dniu 25 czerwca 2025 r. sprawozdanie z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2024 r., druk nr 1405, do Komisji do Spraw Kontroli Państwowej w celu zaopiniowania. Jednocześnie sprawozdanie to zostało skierowane do pozostałych komisji sejmowych w celu rozpatrzenia w ich zakresie działania i przedstawienia uwag i wniosków do Komisji do Spraw Kontroli Państwowej w terminie do dnia 10 lipca 2025 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 Zdrowia. Bardzo proszę pana dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli o zreferowanie sprawozdania z działalności NIK w 2024 r., w zakresie działania Komisji.

P.o. dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli Marcin Stolarczyk:

Dziękuję. Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, w 2024 r. zadania kontrolne w zakresie objętym zainteresowaniem Wysokiej Komisji realizowały zarówno Departament Zdrowia, jak i delegatury NIK. Szczegółowy opis działalności kontrolnej w zakresie zdrowia oraz jej rezultatów znajduje się na stronach 109–123 sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli. Wybór tematów kontroli przyjętych przez Kolegium NIK oraz zaproponowanych przez Departament Zdrowia do planu pracy na 2024 r. oraz podejmowanych w trybie kontroli doraźnej, każdorazowo poprzedzony był rzetelną analizą aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia.

Bezpieczeństwo zdrowotne obywateli Rzeczypospolitej Polskiej powinno być jednym z najistotniejszych priorytetów władz publicznych i w związku z tym należy do priorytetów działalności kontrolnej NIK. Projektowaniu kontroli każdorazowo towarzyszyła nie tylko potrzeba dokładnego zbadania sposobu planowania i wydatkowania środków publicznych przeznaczonych na oczekiwania zdrowotne Polaków, ale także i przede wszystkim troska o polskiego pacjenta w świetle zdefiniowanych problemów systemu ochrony zdrowia.

Sprawnie zarządzany publiczny system ochrony zdrowia powinien spełniać trzy podstawowe założenia. To jest, zapewnić dla uprawnionych równy dostęp do świadczeń zdrowotnych bez zbędnej z medycznego punktu widzenia zwłoki i równowagę finansową, zarówno płatnika, jak i podmiotów leczniczych.

Kierując się tymi wyznacznikami Departament Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli w 2024 r. rozpoczął i realizował następujące kontrole: wykonanie budżetu państwa w 2023 r. w 7 jednostkach; funkcjonowanie szpitali wojewódzkich w jednej jednostce; opieka paliatywna i hospicyjna również w jednej jednostce; realizacja zadań przez Narodowy Fundusz zdrowia w latach 2001–2024 w jednej jednostce; ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla dzieci finansowana ze środków publicznych – 2 jednostki; funkcjonowanie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, jedna jednostka. Kontrole doraźne: ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla dzieci, w dwóch jednostkach oraz wykorzystanie i rozliczanie przez Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne Polfa SA środków z funduszu reprivatyzacji. To była kontrola w tej jednej jednostce.

W ramach wymienionych ośmiu tematów kontroli badania realizowane bezpośrednio przez kontrolerów z Departamentu Zdrowia objęły łącznie 16 jednostek. W 2024 r. zadania w zakresie prowadzenia i nadzorowania czynności kontrolnych wykonywało łącznie 24 kontrolerów, w tym troje członków kierownictwa departamentu. W tym miejscu należy nadmienić, iż w ramach kontroli planowych koordynowanych przez nasz departament i ujętych w sprawozdaniu, badania kontrolne prowadzili także kontrolerzy z delegatur. Delegatury skontrolowały łącznie 39 jednostek w zakresie naszych kontroli koordynowanych.

W 2024 r. kontynuowano i finalizowano także kontrole rozpoczęte w roku 2023. Były to kontrole planowe: leczenie onkologiczne; przestrzeganie praw pacjenta w systemie ochrony zdrowia; nadzór nad dopuszczeniem i obrotem lekami bez recepty w świetle bezpieczeństwa pacjentów oraz system oceny inwestycji w ochronie zdrowia. Realizowaliśmy również tematy doraźne: prawidłowość stosowania szczepionek przeciw COVID-19 przez wybrane punkty szczepień oraz realizacja programów zdrowia prokreacyjnego w latach 2001–2023.

Za najważniejsze ustalenia z przeprowadzonych działań kontrolnych można uznać stwierdzenie, że system oceny inwestycji w ochronie zdrowia nie zapewniał celowego wydatkowania środków publicznych. Jednak najistotniejsze znaczenie mają ograniczenia w dostępie do świadczeń

zdrowotnych i konieczność długiego oczekiwania na uzyskanie usług medycznych finansowanych ze środków publicznych. Ocenę systemu pogarsza niewystarczająca koordynacja i kompleksowość udzielanych świadczeń, co pokazała na przykład kontrola leczenia onkologicznego.

Osobną kwestią wymagającą zmian jest przestrzeganie praw pacjenta. Z ustaleń naszej kontroli wynikało, iż nie były one w pełni przestrzegane przez świadczeniodawców, zaś organ państwowy powołany do ich ochrony w niewystarczającym stopniu wywiązywał się ze swoich zadań. Co więcej, zakres ochrony praw pacjentów przewidziany w polskim porządku prawnym był węższy niż w innych krajach Unii Europejskiej.

Omawiając efekty naszej pracy w 2024 r. chciałbym zwrócić szczególną uwagę na wyniki kontroli P/23/045 – nadzór nad dopuszczeniem i obrotem lekami bez recepty w świetle bezpieczeństwa pacjentów. Wykazała ona, że dopuszczenie do obrotu i nadzór nad obrotem lekami OTC, nie gwarantowały bezpieczeństwa pacjentów.

Przykładowo, Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych nielegalnie dopuścił do obrotu jako leki OTC trzy nowe preparaty, które spełniały kryteria zaliczania do obrotu w kategorii produktów leczniczych wydawanych z przepisu lekarza. Jednocześnie w ramach tej kontroli, co ważne, ustaliliśmy, iż w kontrolowanym urzędzie organizowano na prośbę podmiotów odpowiedzialnych, firm farmaceutycznych, spotkania z pracownikami URPL, których przebiegu nie dokumentowano. W ocenie NIK, skutkowało to wystąpieniem mechanizmów korupcyjnych.

Szanowni państwo, jeżeli chodzi o finansowe rezultaty kontroli ustalone przez nasz departament za 2024 r., było to przeszło 880 mln zł. Analizując jeszcze to, co wykonaliśmy w 2024 r., to powiem tak. Departament prowadził prace analityczne ukierunkowane na zaplanowanie kontroli w zakresie tematów takich jak: szpitale kliniczne; system ratownictwa medycznego; bezpieczeństwo badań genetycznych; podstawowa opieka zdrowotna finansowane ze środków publicznych, które są lub będą obecnie prowadzone. Dwa pierwsze tematy, czyli szpitale kliniczne oraz system ratownictwa medycznego, już są realizowane. Natomiast jeżeli chodzi o jakość i bezpieczeństwo badań genetycznych oraz podstawową opiekę, to te tematy znajdują się w fazie przygotowawczej.

W tym miejscu chciałbym dodać dwa słowa o jeszcze jednej z naszych kontroli, którą koordynował departament. Kontrola P/24/046 – realizacja zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2001–2024. Kontrola ta nie znalazła się w sprawozdaniu, gdyż została zatwierdzona przez prezesa NIK w maju 2025, ale już została opublikowana, więc mogę o niej mówić.

Pomimo wzrostu przychodów w okresie objętym kontrolą, sytuacja finansowa NFZ-u nie zapewniła realizacji zadań w sposób pozwalający na poprawę dostępu do świadczeń. Dostęp ten pogorszył się, nie mamy żadnych wątpliwości. Ja państwa posłów zachęcam do lektury tego dokumentu. Zapewne państwo zapoznali się, ale zachęcam. Szczegółowa, bardzo, bardzo wnikliwa analiza, bardzo wysoko oceniona...

Szanowni państwo, na zakończenie chciałbym podziękować wszystkim pracownikom NIK, którzy brali udział w kontrolach dotyczących obszaru będącego w zainteresowaniu Wysockiej Komisji. To dzięki ich pracy i zaangażowaniu mam możliwość prezentowania dzisiaj z dumą efektów pracy NIK w 2024 r. w zakresie spraw związanych z systemem ochrony zdrowia. Dziękuję za uwagę i w razie jakichkolwiek pytań jestem do państwa dyspozycji. Jednocześnie proszę Wysoką Komisję o wydanie pozytywnej opinii do sprawozdania z działalności Najwyższej Izby Kontroli w zakresie będącym przedmiotem działania państwa Komisji. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Otwieram dyskusję. Czy są pytania? Jest pytanie. Bardzo proszę, pani posłanka Szczurek-Zelazko.

Poseł Józefa Szczurek-Zelazko (PiS):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, ja mam pytanie w sprawie tego raportu. Oczywiście tych pytań na pewno jest wiele, ale zaintrygowała mnie jedna część pana wypowiedzi. Pan wskazał, że w wyniku kontroli ustalono, że nie do końca były zapewnione prawa pacjenta i że organ uprawniony, rozumie Rzecznik Praw Pacjenta, nie podejmował wystarczających działań, aby te prawa pacjenta zapewnić, mimo że one w naszym kraju są zupełnie inaczej określone niż w krajach Unii Europejskiej. To znaczy zasugerował pan, że są znacznie węższe. Chciałabym więc poprosić o doprecyzowanie, jakie mieli państwo zastrzeżenia i też jaka była odpowiedź Rzecznika Praw Pacjenta na te zalecenia pokontrolne.

Jeszcze jedna rzecz wymaga wyjaśnienia, w mojej ocenie. W swojej wypowiedzi wspomniał pan też odnośnie do dopuszczenia do obrotu leków OTC, że nielegalnie zostały dopuszczone. O jakie leki chodzi i na czym polegała ta nielegalność? Czy nie dochowano jakiejś procedury, czy ten lek...? Bardzo proszę o wskazanie więcej szczegółów. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Bardzo proszę.

Poseł Tadeusz Chrzan (PiS):

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, ja też dwa pytania uszczegółowiające. Po pierwsze, to co mamy na piśmie troszkę rozbiega się z tym, co pan mówił, więc jakby ma pan ten swój raport poszerzony z tego, co my dostaliśmy. Nie wiem, czy państwo z tym się zgodzą. Może tak mi się wydaje czytając to.

Natomiast w zakresie leków OTC chciałbym jeszcze o coś dopytać, bo czytamy tutaj, że NIK wskazała na wystąpienie mechanizmów korupcjogennych. Czy w wyniku tych ustaleń jakieś wnioski do prokuratury zostały skierowane przez Najwyższą Izbę Kontroli?

Przynajmniej w dwóch segmentach tego raportu przeczytałem, że mieliśmy też problem z niedoborem pielęgniarek. Chyba chodziło o szpitale wojewódzkie i jeszcze inne. Proszę powiedzieć, czy państwo ocenili, co było przyczyną niedoboru, jeżeli chodzi o zatrudnienie pielęgniarek, bo wydaje się, że w dzisiejszej sytuacji, jeżeli chodzi o Polskę, przy tym szerokim i dużym kształceniu pań pielęgniarek, nie powinno być problemów. Czy był problem w niechęci zatrudniania przez dyrektorów tych placówek, czy to jest jakiś inny problem? Czy państwo to diagnozowali?

Mam jeszcze jedno pytanie. Co państwo rozumieją przez nadpodaż? Chodzi o segment, gdzie państwo mówią o lokalizacji i finansowaniu tych inwestycji publicznych. Tam było stwierdzenie, że niewłaściwa kontrola i lokalizacja tych środków może być powodem nadpodaży usług medycznych. Co państwo rozumieją przez nadpodaż, bo jak się wydaje dzisiaj mamy wręcz niedobór w tym wszystkim. Mamy przecież wiele nadwykonań, które są wykonywane ponad limit, więc myślę, że nikt z własnej, nieprzymuszonej woli nie idzie do szpitala i nie próbuje uzyskać tych świadczeń, tylko uzyskują te świadczenia ci, którzy potrzebują. Zatem nadpodaż dla mnie jest dzisiaj jakimś określeniem dziwnym. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Przewodnicząca Tomczak.

Poseł Wioleta Tomczak (Polska2050-TD):

Szanowna pani przewodnicząca, szanowna Komisjo, panie dyrektorze, bardzo serdecznie dziękuję za to sprawozdanie i za państwa całą pracę, bo to naprawdę bardzo wielki wysiłek dojść do tych wszystkich ustaleń. Chciałabym zapytać, bo na końcu tego sprawozdania są rezultaty i efekty kontroli dotyczące także kwestii finansowych. Przy tych kwestiach nie tylko finansowych, ale też przy tych szczepionkach itp. chciałabym się dowiedzieć, jaka jest procedura i jak państwo później działają pod kątem tego, żeby móc właśnie wyegzekwować te środki albo zgłosić swego rodzaju nadużycia czy nieprawidłowości, oprócz oczywiście tego raportu. Czy jakieś inne kroki są także podejmowane? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Posłanka Leniart.

Poseł Ewa Leniart (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, panie ministrze, ja chciałabym zapytać pana dyrektora o skutki finansowe stwierdzonych nieprawidłowości. Jest tu takie sformułowanie, że w 2024 r. finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości zaewidencjonowane w wyniku działań kontrolnych NIK wyniosły ogółem 17 mln 939... tysięcy czy miliardów? 17 mln zł, prawie 18 mln. Chciałabym zapytać o to, bo dalsze stwierdzenie jest daleko dalej idące – są to nieprawidłowości, które mają lub będą miały wymierny skutek finansowy dla kontrolowanej działalności. W związku z tym chciałabym zapytać, jakie Ministerstwo Zdrowia i podmioty kontrolowane podejmują działania, aby tym skutkom finansowym zapobiec. Pozostaje więc zapytanie, trafnie podniesione już przez posła Chrzana, dotyczące tego, czy są zawiadomienia do prokuratury w przypadku tych nieprawidłowości. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Nie widzę więcej zgłoszeń, poproszę więc o odpowiedzi.

P o. dyrektora Departamentu Zdrowia NIK Marcin Stolarczyk:

Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, zacznę od leków OTC. Pani poseł pytała o to. Jeżeli chodzi o leki, o które pani poseł pytała, to mamy Dezamigren... Szczegółowe ustalenia znajdują się... Momencik. Proszę.

P.o. wicedyrektora w Departamencie Zdrowia NIK Marlena Połetek-Fudala:

Dzień dobry państwu. Marlena Połetek-Fudala, pełniąca obowiązki wicedyrektora w Departamencie Zdrowia. Może ja wytłumaczę, dlaczego te środki przede wszystkim zostały uznane jako nielegalne.

W przypadku przyznawania poszczególnych kategorii leków, czy to są leki na receptę, czy też wydawane bez przepisu lekarza, czyli te over-the-counter drug, były pewne elementy, które wskazywały, że organ właściwy przy tej kategorii, czyli Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, miał w obowiązku dany lek uznać, zgodnie z rozporządzeniem, wyłącznie jako lek wypisywany na receptę, czyli z dyspozycji lekarza. Natomiast, pomimo tych wytycznych, została przyznana tym trzem lekom w przypadku badań i kontroli, które przeprowadziliśmy, właśnie kategoria OTC, czyli ta, która nie powinna być.

W trakcie kontroli Najwyższa Izba Kontroli kieruje się czterema kryteriami. Jednym z nich jest właśnie legalność. Jeżeli więc coś jest niezgodne z przepisami prawa, to oznacza, że jest to nielegalne.

Poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czy to było niezgodne z rozporządzeniem czy z opisem, charakterystyką produktu leczniczego, bo to są dwie różne rzeczy?

P.o. wicedyrektora w Departamencie Zdrowia NIK Marlena Połetek-Fudala:

Nie. To było niezgodne z rozporządzeniem, które wskazuje, kiedy jaką kategorię przyznać danemu leкови, czy OTC czy na receptę.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Czy to już wszystko, czy pan dyrektor jeszcze?

P o. dyrektora Departamentu Zdrowia NIK Marcin Stolarczyk:

Jeszcze. Pytań było sporo. Jeżeli chodzi o leki OTC – odpowiadam na pytania pana posła Chrzana – my stwierdziliśmy istnienie mechanizmów korupcyjogennych. Natomiast my nie jesteśmy, szanowni państwo, od ustalania czy korupcja była czy nie. W tym zakresie nie kierowaliśmy zawiadomienia do prokuratury, bo nie stwierdziliśmy możliwości popełnienia przestępstwa. Stwierdziliśmy tylko mechanizmy. My jesteśmy zobligowani do tego, aby w sytuacjach, kiedy takie mechanizmy stwierdzamy – to wynika ze standardów międzynarodowych kontroli – wskazywać to w swoich dokumentach.

Było pytanie pani poseł na temat tych kwot. Powiem tak. Jeżeli chodzi o nasz departament, to tak jak wspomniałem, blisko 881 mln zł efektów finansowych zaewidencjonowanych. Natomiast to, co jest w sprawozdaniu NIK-u to jest wszystko globalnie. Tam jest 17 mld zł z hakiem, z tego co pamiętam. To są kwoty według różnych kategorii. Są to kwoty, które np. są sprawozdawcze – błędy w sprawozdawczości, są kwestie wydatkowania środków niezgodnie z prawem. To są różne kategorie, które się składają na te kwoty globalne. Oczywiście, jeżeli chodzi o nasz departament, to dysponujemy taką szczegółową charakterystyką tych poszczególnych pozycji, ale jeżeli chodzi o cały NIK, to ja akurat tych danych tutaj nie mam.

Co my robimy? Jednostki, generalnie rzecz biorąc, w wyniku naszych kontroli odpowiadają na wystąpienia pokontrolne i nam w wielu sytuacjach tłumaczą, co robią, aby uniknąć nieprawidłowości i tych skutków finansowych w przyszłości. To zależy oczywiście od jednostki, bo tych jednostek kontrolujemy bardzo wiele w ciągu roku, nie jako departament a jako cała izba. Mówiliśmy więc o kwotach globalnych. Szczegółowe dane zapewne mają departamenty merytoryczne. Ja mogę za Departament Zdrowia odpowiadać i za tę działkę zdrowotną szeroko rozumianą, bo tak jak wspomniałem, również delegatury naszej instytucji robią kontrole w przedmiocie zdrowia.

Było jeszcze pytanie pani poseł dotyczące Rzecznika Praw Pacjenta. Jeżeli chodzi o Rzecznika Praw Pacjenta, to te nieprawidłowości w rozpatrywaniu spraw, które my stwierdziliśmy, są w tej

informacji szczegółowo wymienione. Oczywiście zaraz mogę państwu to wszystko odczytać. Natomiast generalnie rzecz biorąc, my we wszystkich obszarach stwierdziliśmy naruszenie, jeżeli chodzi o jednostki i świadczeniodawców.

Natomiast jeżeli chodzi o rzecznika, to rzecznik nie zawsze się wywiązywał ze swoich ustawowych obowiązków. Nie wystąpił na przykład z wnioskiem do ministra zdrowia o doprowadzenie do podjęcia inicjatywy ustawodawczej dotyczącej badań genetycznych dla celów zdrowotnych. W Polsce brakuje kompleksowo określających zasady poradnictwa genetycznego regulacji prawa.

Rzecznik nie stworzył warunków organizacyjnych, które pozwalają na prowadzenie postępowań wyjaśniających w sposób rzetelny i zgodny z prawem. Ponadto niemal we wszystkich analizowanych postępowaniach, 85, przekroczono terminy.

Przekroczenia terminów dotyczyły też postępowań w sprawie naruszenia zbiorowych praw pacjentów. W latach 2019–2023 wszczęto ogółem 874 takie postępowania. W badanym okresie ich liczba wzrosła z 48 do 228. W połowie analizowanych postępowań poszczególne czynności wykonywano ze znacznym opóźnieniem, w skrajnym przypadku do około 20 miesięcy.

Kontrolerzy NIK ustalili, że w latach 2019–2023 prowadzono w sumie 396 postępowań wyjaśniających w sprawach o naruszenie praw pacjenta po uzyskaniu informacji o śmierci tego pacjenta. Decyzja wydana w takich okolicznościach jest nieważna i stanowiła rażące naruszenie prawa.

Rzecznicy praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, którzy są zatrudniani przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, mieli działać na terenie całego kraju, zapewniając ochronę praw wszystkich pacjentów wszystkich szpitali psychiatrycznych w Polsce. Tak się jednak nie stało, ponieważ liczba rzeczników była zbyt mała w stosunku do liczby szpitali psychiatrycznych. W ramach tej kontroli NIK oceniła negatywnie również decyzję Rzecznika Praw Pacjenta, która skutkowała nadmiernym obciążaniem rzeczników zadaniami i wielu z nich skłoniła do rezygnacji z pracy.

Rzecznik Praw Pacjenta utworzył stanowisko specjalisty odpowiedzialnego za ochronę praw pacjentów przebywających w placówkach leczenia uzależnień. Pracownikowi temu przypisano 98 takich placówek na terenie Polski. W ocenie izby, było to działanie niecelowe. Ta zmiana organizacyjna nie zapewniała bowiem rzetelnej ochrony praw pacjentów.

To te podstawowe rzeczy, pani poseł. Oczywiście jeżeli pani poseł to nie wystarczy, to prześlemy również dodatkową informację.

Szanowni państwo, chciałbym jeszcze odpowiedzieć na pytanie o pielęgniarki. Tutaj pan poseł pytał. W ramach tej kontroli szpitali wojewódzkich – bo zapewne o tej kontroli jest mowa – w jednostkowych kontrolach wychodziły nam te braki. Nie jesteśmy więc w stanie globalnie powiedzieć, z czego to wynika, natomiast w każdym przypadku to były inne powody.

Ta kontrola nie dotyczyła kadr medycznych. Kadry medyczne kontrolowaliśmy w latach poprzednich i tam mamy szczegółowe wyjaśnienie tych trendów na rynku pracy. Jeżeli więc chodzi o kontrolę szpitali wojewódzkich, nie skupialiśmy na kadrach w sensie ich liczebności i dostosowania do systemu.

A! Jeszcze państwo pytali o kontrolę inwestycji, o kontrolę tej nadpodaży. Chodzi o stwierdzenie nadpodaży. Szanowni państwo, w ramach kontroli tego systemu głównie ocenialiśmy, jak on funkcjonuje, czy on coś przynosi, bo często jest tak, że wiele inwestycji w systemie ochrony zdrowia jest prowadzonych bez rozeznania potrzeb. Oczywiście wiemy doskonale, że w poszczególnych jednostkach, w mniejszych miejscowościach często zakupuje się sprzęt, tylko jest pytanie o wykorzystanie tego sprzętu. Poza tym, że mamy na przykład 2 tomografy w jednej małej miejscowości. Często tak bywa. Dlatego my ocenialiśmy, czy ten system w ogóle spełnia swoją rolę. Z naszej kontroli wychodzi, że ten system nie spełnia swojej roli – system oceny inwestycji. Dlatego myślę, że to jest odpowiedź na pana pytanie. My bynajmniej nie chcemy ograniczać tego nikomu, bo sami mówimy przecież w każdej kontroli o tym, że są problemy z dostępem do świadczeń. Nie chcemy ograniczać, tylko chcemy, żeby te środki były racjonalnie wydatkowane a sprzęt wykorzystany.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Nie, panie pośle, już będziemy przyjmować. Jeszcze coś?

P o. dyrektora Departamentu Zdrowia NIK Marcin Stolarczyk:

To chyba wszystko, co chciałem powiedzieć.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Super. Bardzo dziękuję. Zamykam dyskusję. Szanowni państwo, proponuję, aby Komisja przedstawiła Komisji do Spraw Kontroli Państwowej opinię, że pozytywnie opiniuje powyższe sprawozdanie i nie wnosi uwag ani wniosków do sprawozdania z działalności NIK w 2024 r. w zakresie działania Komisji.

Czy jest ktoś przeciwny przyjęciu opinii dla Komisji do Spraw Kontroli Państwowej w proponowanym brzmieniu? No to musimy wtedy głosować. To w takim razie proszę o zalogowanie się i będziemy głosować.

Poddaję pod głosowanie wniosek o przyjęcie opinii Komisji w brzmieniu: „Komisja Zdrowia na posiedzeniu w dniu 8 lipca 2025 r. rozpatrzyła sprawozdanie z działalności Najwyższej Izby Kontroli w 2024 r., druk nr 1405, w zakresie działania Komisji. Komisja, po wysłuchaniu informacji udzielonych przez przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli i przeprowadzeniu dyskusji, pozytywnie opiniuje powyższe sprawozdanie i nie wnosi uwag ani wniosków”.

Kto jest za przyjęciem powyższego wniosku? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Bardzo proszę o przedstawienie wyników głosowania.

Głosowało 15 posłów. Za – 12, przeciw – 0, wstrzymało się – 3. Stwierdzam, że Komisja przyjęła powyższy wniosek. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia Komisji.

Zamykam posiedzenie Komisji.