

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Zdrowia**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
(NR 10)
z dnia 7 listopada 2024 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 10)

7 listopada 2024 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Józefy Szczurek-Żelazko (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, oraz posła **Fryderyka Sylwestra Kapinosa (PiS)**, zastępcy przewodniczącej podkomisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

- rozpatrzenie informacji na temat planowanych zmian w podstawowej opiece zdrowotnej – kontynuacja;
- rozpatrzenie informacji w sprawie planów dotyczących objęcia przez Narodowy Fundusz Zdrowia opieką koordynowaną w podstawowej opiece zdrowotnej wszystkich pacjentów – kontynuacja;
- rozpatrzenie informacji na temat czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń w systemie ochrony zdrowia.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Karaszewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia, **Beata Koń** zastępca dyrektora Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia, **Izabela Podeszfińska** główny specjalista kontroli państwowej w Najwyższej Izbie Kontroli, **Jakub Adamski** dyrektor Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Monika Kaczmarek** prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, **Irena Rej** prezes zarządu Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” wraz ze współpracownikiem, **Krystyna Ptok** przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych wraz ze współpracownikiem, **Ewa Godlewska-Sowa** przedstawicielka Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Alina Górecka** wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, **Dorota Korycińska** prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Jolanta Łysak** prezes Zarządu Głównego Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce wraz ze współpracownikiem, **Dorota Korycińska** prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Magdalena Kołodziej** prezes zarządu Fundacji MY PACJENCI, **Joanna Frątczak-Kazana** wicedyrektorka Onkofundacji Alivia, **Krzysztof Zdobylak** ekspert do spraw transformacji systemu ochrony zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej, **Monika Pintał-Ślimak** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Grzegorz Byszewski** członek prezydium Komitetu Farmaceutycznego AmCham, **Tomasz Dybek** prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów wraz ze współpracownikiem, **Andrzej Śliwczyński** wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ekonomiki Zdrowia oraz **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich.

W posiedzeniu udział wzięł pracownik Kancelarii Sejmu: **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł **Józefa Szczurek-Żelazko (PiS)**:

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie.

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia.

Witam wszystkich członków podkomisji i zaproszonych gości.

Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Na początku chciałabym państwa, szczególnie gości, bardzo przeprosić za ten czas oczekiwania, ale Komisja Zdrowia, która poprzednio obradowała tutaj, w tej sali,

przedłużyła się. Wiadomo, tematy bardzo ważne. W związku z tym nie mieliśmy możliwości rozpoczęcia posiedzenia o czasie.

Szanowni państwo, na poprzednim posiedzeniu rozpatrywaliśmy informację na temat planowanych zmian w podstawowej opiece zdrowotnej oraz rozpatrywaliśmy informację w sprawie planów dotyczących objęcia przez NFZ opieką koordynowaną w podstawowej opiece zdrowotnej wszystkich pacjentów. Z powodów technicznych też nie mogliśmy kontynuować tych dwóch tematów. Zgodnie z zapowiedzią dzisiaj chciałabym, żebyśmy kontynuowali tę dyskusję. Na poprzednim posiedzeniu w zasadzie państwo posłowie mieli możliwość wypowiedzenia, ale jeżeli też będziecie państwo sobie życzyć, to też bardzo chętnie oddamy państwu głos. Natomiast chciałabym oddać głos gościom, ponieważ państwo macie cenne uwagi dotyczące tych tematów. Częściowo wysłuchaliśmy państwa opinii i komentarzy na temat realizacji tych programów, które zostały wdrożone, szczególnie jeżeli chodzi o opiekę koordynowaną. Dla nas to są niezwykle ważne informacje, dlatego proponuję kontynuację tej dyskusji i proponuję rozpocząć tę debatę właśnie od państwa gości.

Otwieram listę osób, które chciałyby kontynuować tę dyskusję. Chyba że ktoś z państwa posłów jeszcze na tym etapie. Tak? Pan poseł, bardzo proszę.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Czy jest ktoś z nami z ministerstwa? Jest. Tylko chciałbym zapytać, czy mamy takie mierzalne wskaźniki pozwalające określić...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Do mikrofonu.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Cieężko mówić do pana tyłem. Czy mamy mierzalne wskaźniki, które pozwolą nam określić efektywność opieki koordynowanej? Przysłuchiwałem się dyskusji. Rozumiem, że po przerwie wtedy nie była już dalej kontynuowana, czy była jeszcze, bo po przerwie już nie byłem? Przysłuchiwałem się dyskusji. Dla mnie informacja, ile osób jest objętych tą opieką koordynowaną, to jest oczywiście ważna informacja, natomiast istotniejsza dla mnie byłaby informacja, czy efektem opieki koordynowanej na podstawie numerów PESEL pacjentów było zmniejszenie ilości hospitalizacji, zmniejszenie ilości wizyt w AOS – czy takie dane mamy, czy zbieramy i czy to już gdzieś jest, żebyśmy mogli ocenić, jaki mamy efekt poza tym, że wprowadzamy taką opiekę? Słusznie, mądrze, tylko tak jak mówię, czy mamy mierniki efektywności tego systemu? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To nie wiem – czy pan dyrektor w tej chwili odpowie, czy też zaczekamy na jakąś grupę zgłaszanych? Dobrze. To w takim razie posłowie rozpoczynają, więc bardzo proszę, jeszcze pan poseł Patryk Wicher.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Tylko króciutkie pytanie. Pani przewodnicząca, wysoka podkomisjo, dochodzą do nas sygnały, że jakoby nie wszystkie podmioty, które nawet wyraziły chęć implementowania do siebie właśnie tej opieki koordynowanej, miały taką możliwość podpisania umowy. Teraz pytanie wiąże się z tym, czy są – już je skrócę – podmioty, które zadeklarowały chęć wprowadzenia opieki koordynowanej, z którymi do dzisiaj nie podpisano umowy z NFZ? Jeśli są, to jaka jest to skala w rozproszeniu na województwa? Bardzo by nas to interesowało. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy pan dyrektor teraz odpowie na te pytania? Czy potrzebuje pan chwilę?

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Maciej Karaszewski:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Na pierwsze pytanie mogę odpowiedzieć, natomiast na drugie to pewnie poproszę NFZ.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Ten proces kontraktacji, podpisywania jest od strony NFZ. Tak. Oczywiście okres obserwacji jest krótki, bo pamiętajmy, że – jak jeszcze byłem pracownikiem NFZ – w 2023 r. to było pół miliona osób, u których były wystawione IPOM-y. W 2024 r. już w pierwszym półroczu ponad pół miliona IPOM-ów było wystawionych, więc to oczywiście zaczyna być coraz większa populacja. Wstępne takie oceny, jak pacjent, który jest w opiece koordynowanej, jak korzysta z AOS – tam widać już trend spadkowy. Taki odsetek niezaopiekowania, czyli tak naprawdę to są pacjenci, którzy są wypychani do sektora prywatnego, ale to będę mógł potem Komisji ewentualnie pokazać, jak tutaj z NFZ jeszcze ustalę potem te wszystkie dane. Natomiast ten odsetek niezaopiekowania, tzn. pacjenci, którzy są w opiece koordynowanej, to jaki ich odsetek nie korzysta z POZ – i tam jest zdecydowana różnica między tymi POZ, które nie są w opiece koordynowanej, czyli oni są wypychani po prostu na zewnątrz albo są w AOS. Te trendy zaczynają być widoczne.

Co do hospitalizacji, liczby hospitalizacji – jeszcze tego nie sprawdzaliśmy, bo prawdopodobnie ten efekt jest jeszcze zbyt mały, żeby to ocenić. Bo tak naprawdę musieliśmy popatrzeć na ścieżkę pacjenta od IPOM i dopiero ewentualnie popatrzeć za dwa, trzy lata do przodu potem, czy oni faktycznie rzadziej trafiają do szpitali niż ci pacjenci, którzy są poza opieką koordynowaną – i wtedy będziemy mogli na te pytania odpowiedzieć. Ale tak, analizujemy to cały czas na bieżąco, próbując wykluczyć pewne zaburzenia w danych, które są ze względu na jeszcze niski efekt skali.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

Jeżeli chodzi o kontraktowanie tej opieki koordynowanej, to, co pan poseł Wicher pytał – czy z NFZ mamy kogoś?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tu podpowiadają, że na razie nie mają tej informacji, więc pewnie to prześlą.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

To bardzo prosimy na piśmie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To bardzo proszę odpowiedzieć, czy są informacje z NFZ.

Kierownik Działu Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Zaopatrzenia w Wyroby Medyczne w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia Agnieszka Górską:

Takie dane możemy państwu przekazać później, po podkomisji.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Satysfakcjonująca odpowiedź?

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Tak jak mówię, jeśli dostaniemy na piśmie. Bardzo prosiłbym kierować na panią przewodniczącą, pani przewodnicząca przekieruje do wszystkich członków podkomisji.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze. Dziękuję bardzo.

W takim razie kontynuujemy. Pan Zdobyłak, bardzo proszę, Naczelna Izba Lekarska.

Ekspert do spraw transformacji systemu ochrony zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej Krzysztof Zdobyłak:

Krzysztof Zdobyłak, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej do spraw transformacji systemu ochrony zdrowia.

Chciałbym jednak kontynuować troszkę ten temat, na który pan dyrektor już zaczął odpowiadać, czyli tych mierników efektywności. Bo do tej pory, ile razy rozmawiamy o opiece koordynowanej w POZ, to słyszymy tylko, jaki procent placówek przystąpił, jaka część pacjentów jest teoretycznie objęta opieką koordynowaną. Natomiast nie wiemy, jaka jest efektywność tej opieki koordynowanej, a to byłby też bardzo jasny sygnał, żeby

wiedzieć, czy opiekę koordynowaną chcemy i powinniśmy wdrażać na 100% placówek, czy niekoniecznie.

Przede wszystkim powinniśmy tutaj tak troszkę ustrukturyzować może te mierniki i zrozumieć przede wszystkim korzyści dla pacjentów, ale też oszczędności dla systemu. W zakresie korzyści to przede wszystkim będzie, jak skróciły się czasy oczekiwania na badania, które można zlecić w ramach opieki koordynowanej, versus pacjenci, którzy nie są objęci opieką koordynowaną – jak poprawiła się dostępność, jak poprawił się stan zdrowia i czy wpływa to na przykład na przestrzeganie zaleceń przez pacjentów. Czy widzimy, że pacjenci, którzy są objęci opieką koordynowaną, przestrzegają bardziej zaleceń lekarskich, postępują zgodnie z tą ścieżką versus pacjenci, którzy nie są?

To pozwoliłoby też oczywiście na dostosowanie programu opieki koordynowanej, ponieważ wiemy, że jest to działanie nowe i jak każde tak wprowadzane działanie będzie wymagać pewnych dostosowań, ale jeśli nie mierzymy efektywności i efektów, to nie wiemy, co trzeba poprawiać ani w jakim kierunku.

Jeśli zaś chodzi o oszczędności, to oczywiście, po pierwsze, o ile jest mniej tych wizyt w AOS bezpośrednich, a po drugie, jak całościowy koszt takiego pacjenta, który jest objęty opieką koordynowaną, porównuje się do całościowego kosztu zaopiekowania pacjenta, który tą opieką koordynowaną nie jest objęty, a ma podobne czynniki demograficzno-społeczne i podobną chorobowość?

Jeśli chodzi o dane procesowe, które dostajemy, które widzimy co jakiś czas odnośnie do udziału placówek i pacjentów objętych opieką koordynowaną, to chciałbym jednak poprosić o troszkę bardziej urealnione dane, czyli jak słyszymy, że 38% placówek jest w opiece koordynowanej, to znaczy to, że przystąpiły przynajmniej do jednej ścieżki. Myślę, że warto, żebyśmy też dowiedzieli się, jaka część placówek jest we wszystkich pięciu ścieżkach i jaki jest ważony udział placówek, które są w opiece koordynowanej, czyli spośród pięciu ścieżek, ile jest w jednej, dwóch, trzech, czterech, pięciu, bo to nam dopiero powie, jaka jest realna skala objęcia opieką koordynowaną – i ona będzie dużo, dużo niższa niż 38%, patrząc chociażby po danych na stronie NFZ dedykowanej opiece koordynowanej, bo tam większość placówek jest tylko w jednej, maksymalnie w dwóch ścieżkach.

Ostatnie pytanie. Jaki jest plan rozszerzenia, jeśli rzeczywiście potwierdzimy już, że ta opieka koordynowana daje korzyści i pacjentom, i systemowi, czyli finansowe – jaki jest plan rozszerzenia tej opieki koordynowanej na 100% placówek podstawowej opieki zdrowotnej, tak żeby wszyscy pacjenci w Polsce mogli korzystać z tej lepszej formy opieki? To znaczy do kiedy jest plan rozszerzenia tego na 100%? I mam nadzieję, że jest to perspektywa roku, maksymalnie półtora roku, bo pamiętajmy, że jest to zmiana, której czas jest przeciwnikiem, tzn. im bardziej będziemy to rozwlekać w czasie, tym mniejsza jest szansa, że się to uda wdrożyć na 100%, bo będzie się pojawiać coraz większy opór, przyzwyczajenie do poprzedniego sposobu funkcjonowania, niepełnego wdrożenia itd. Jaka jest planowana ścieżka dojścia do tych 100%, czyli ile chcemy mieć na koniec tego roku, na koniec kolejnego półrocza itd.? Jakie działania zostaną podjęte?

Pamiętam, że w materiale, który był udostępniony na poprzednim posiedzeniu tej podkomisji, znalazły się informacje o tym, jakie działania realizują poszczególne pojedyncze wojewódzkie oddziały NFZ. Pytanie, czy jest planowane rozszerzenie tych działań, które się sprawdziły, na skalę całego kraju, tak żeby rzeczywiście zmaksymalizować liczbę tych placówek, które chcą i przystępują do opieki koordynowanej, nawet gdy jeszcze nie jest to obowiązkowe. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo. Bardzo proszę się przedstawić.

Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Monika Pintal-Slimak:

Monika Pintal-Slimak, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych.

Chciałabym poznać odpowiedź na pytanie, w jakim zakresie jest wykorzystywany budżet powierzony na badania laboratoryjne w ramach opieki koordynowanej.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dobrze, dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze z państwa chce zabrać głos ze strony społecznej? To bardzo proszę pana dyrektora o odpowiedź na pytania, które tutaj były z Naczelnej Izby Lekarskiej i od diagnostów.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Muszę usprawiedliwić pana dyrektora, bo go zagadałem.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Już powiem, bo pierwsze pytanie usłyszałem, tzn. ile jest placówek, ile grup dziedzinowych, prawda? To było pytanie, że 38% placówek de facto. Odpowiadam, pięć grup dziedzinowych ma 422 placówki z tych 2100. Bo to jest za pierwsze półrocze 2024 r., czyli 2092 świadczeniodawców miało umowę koordynowaną, z czego na pięć grup dziedzinowych było 422, na cztery grupy dziedzinowe 585, na trzy grupy dziedzinowe 299, na dwie grupy dziedzinowe to jest 357 i jedna grupa dziedzinowa to jest 429.

Posel Tadeusz Chrzan (PiS):

Jakby pan dyrektor był uprzejmy powtórzyć.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

To jest pierwszy...

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Panie dyrektorze, czy może pan dziedziny wymienić też po kolei?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Jeżeli popatrzymy, to być może... Bo pewnie i tak będziemy musieli odpowiedzieć tutaj na piśmie, To powiem tak, w dziedzinie diabetologii z tych 2092 – bo jeszcze takiego układu, że ile dokładnie, to nie mam – miało 1604. Pamiętajmy, że to jest na 30 czerwca tego roku. To jest płynne. Diabetologia – 1600, endokrynologia – 1288, kardiologia – 1707 i nefrologia – tę najnowszą ścieżkę miało 523, a pulmonologię – 1368. Czyli najbardziej popularna oczywiście była kardiologia, ponad 80% świadczeniodawców miała kardiologię, potem była diabetologia – ponad 75% itd. Pulmonologia i endokrynologia – ponad 60% i nefrologia – 25% tych, którzy mieli podpisane.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Jeszcze?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Nie, jeżeli jest jeszcze...

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Może pan Zdobyłak jeszcze powtórzy te pytania, żeby już było...

Ekspert NRL Krzysztof Zdobyłak:

To było pytanie o mierniki efektywności, zarówno korzyści dla pacjentów, jak i oszczędności dla systemu, tutaj w rozbiciu na poszczególne podkategorie i plan dojścia do 100% opieki koordynowanej. Czy to będzie na koniec 2025 r., czy na połowę 2026 r.? Jakże konkretnie działania są planowane? Jakaś ścieżka dojścia jest zaplanowana, żeby 100% placówek miało 100% ścieżek?

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dziękuję bardzo za te pytania. Jeżeli chodzi o pytanie o efektywność, to tak jak tutaj już odpowiadałem, dopiero jesteśmy w trakcie analiz, żeby zobaczyć, jak wygląda efekt tego wdrożenia, bo to jest pół miliona złotych w zeszłym roku, 600 tys. zł w pierwszym półroczu tego roku wystawionych IPOM-ów, więc musimy popatrzeć po prostu, jak to działa. Chociaż trendy zaczynamy już obserwować, tzn. ci pacjenci, którzy są w opiece koordynowanej POZ, pod tą opieką, rzadziej korzystają z AOS i mają więcej świadczeń realizowanych w POZ. To już można powiedzieć z tych analiz za dwanaście miesięcy, gdzie patrzyliśmy na ścieżkę pacjentów.

Jeżeli chodzi o plan dojścia do 100% opieki koordynowanej POZ w Polsce, to zasadniczo uważamy, że całkowite pokrycie, 100% prawdopodobnie jest mało realne, ale będziemy dążyć do tego wskaźnika w krótkiej perspektywie czasowej, tzn. na przykład tego tutaj sugerowanego półtora roku. Natomiast jest stosowanych sporo narzędzi, tzn. jednym z elementów jest oczywiście ten program unijny FEniKS, gdzie jest dużo punktów dodatkowych do dofinansowania sprzętu i drobnych remontów dla tych świadczeniodawców, którzy realizują opiekę koordynowaną – to jest jedna z tych zachęt finansowych. Drugi element to będą szkolenia koordynatorów z drugiego programu, z FERS, i tam będą mogły się zgłaszać te podmioty, które albo potrzebują douczenia, albo chcą zacząć realizować tę koordynację – oni dostaną narzędzia, wiedzę do tego, jak to zrealizować. Kolejny element, który miał być łączony z tymi miejscami, które mają trudność – ale to jest dopiero w fazie projektowej, nie chcę tego obiecywać, że tak będzie – to włączenie możliwości używania na terenach, gdzie nie można pozyskać specjalistów do konsultacji, narzędzia e-konsylium. To jest kolejny element, który będzie mógł być wdrożony, chociaż jeszcze tego na 100% obiecać nie mogę. Te dwa są w trakcie realizacji, to trzecie, e-konsylium, dopiero jest w trakcie prac.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Na ostatnim posiedzeniu podkomisji podczas dyskusji z Ministerstwa Zdrowia były takie informacje, że możecie dołożyć onkologię do opieki koordynowanej POZ. Uważam, że to jest bardzo ważne, ponieważ jeżeli jest szpital onkologiczny, to jest czasami o 100 km czy 150 km odległy od miejsca zamieszkania pacjenta. Tutaj naprawdę pacjenci, szczególnie osoby starsze, niepełnosprawne, ale w każdym wieku, kiedy zderzają się z chorobą nowotworową, są w bardzo trudnej sytuacji. Należałoby te osoby przeprowadzić przez cały czas trwania tej choroby, żeby zapewnić im...

Tutaj, patrząc też z drugiej strony, na Fundację MY PACJENCI – nie wiem, czy jest ktoś z tej fundacji? To dziękuję bardzo. Widzimy te wnioski tutaj, że jeśli chodzi o plan diagnostyki leczenia, 92% pacjentów jest zadowolonych. Jakby pani mogła jeszcze, bardzo prosiłbym, żeby pani omówiła, bo to jest ważne, żeby jeszcze przypomnieć, bo tutaj jednak też odpowiadamy sobie na pytania. Zarządzanie lekami również jest dobrze oceniane – 96%. Pacjenci oceniają, że informacje dotyczące leczenia były przekazywane na czas – 96% pacjentów jest zadowolonych. Kontakt z personelem przychodni, większość pacjentów – 96,6% – wie, z kim się skontaktować w przychodni w przypadku pytań o stan zdrowia, a prawie 95% potwierdza, że może skontaktować się ze swoim lekarzem w razie potrzeby dodatkowych informacji. To pokazuje, że pacjenci mają dostęp do odpowiedniego wsparcia personelu medycznego. Opieka przychodni, wsparcie koordynatora medycznego i współpraca – 96,4% pacjentów jest zadowolonych, więc to też pokazuje pewne... To Fundacja MY PACJENCI. Nie zrobiło tego ministerstwo, tylko zrobiła fundacja. Myślę, że na pewnej próbie zostało wykonane to badanie i to jest też dla nas jakaś informacja, że warto iść w tę opiekę koordynowaną.

Mamy tutaj też odpowiedź z Ministerstwa Zdrowia: „Odnosząc się do pierwszego pytania z poruszonych w piśmie planowanych zmian w podstawowej opiece zdrowotnej, uprzejmie informuję, że prowadzone są prace legislacyjne mające na celu zmianę przepisów w kierunku: zagwarantowania ważności deklaracji wyboru niezależnie od przystąpienia do zespołu POZ, przedłużenia czasu potrzebnego do ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej oraz przyznania zwolnienia z obowiązku odbycia wyżej wymienionego kursu wobec lekarzy legitymujących się co najmniej dziesięcioletnią pracą jako lekarz POZ i rozszerzenia katalogu podmiotów, które pokrywają koszty kursu, o jednostkę prowadzącą kurs oraz z wykorzystaniem środków unijnych”. Na jakim etapie są właśnie te prace legislacyjne?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Wczoraj była Komisja Zdrowia. Pierwsze czytanie. Przekazane do Sejmu.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Może Fundacja MY PACJENCI, której bardzo dziękuję za przygotowanie tego materiału i przesłanie dla wszystkich członków podkomisji, chciałaby zabrać głos?

Prezes zarządu Fundacji MY PACJENCI Magdalena Kołodziej:

Z wielką przyjemnością. Oczywiście jesteśmy taką organizacją, która bardzo chętnie i często bada różne zmiany systemowe, a jako że ta zmiana wydała nam się niezwykle istotna z punktu widzenia pacjenta, więc zrobiliśmy takie badanie na bardzo specyficznej grupie, bo przebadaliśmy takich pacjentów, którzy korzystają z opieki koordynowanej. Grupa pacjentów, która trafiła do badania, to jest ponad 1000 osób, więc już bardzo, bardzo mocna grupa i możemy mówić, że silna reprezentacja tych przedstawicieli pacjentów.

Wniosek taki główny, który płynie z badania, to pacjenci, którzy mają możliwość korzystania z opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej, czują się bezpiecznie, czują się zaopiekowani, mają zawsze informację, gdy jej potrzebują, wiedzą, gdzie się zgłosić z dodatkowymi pytaniami. Bardzo dobrze też oceniają i chętnie korzystają z porad edukacyjnych, z porad dietetycznych nieco mniej, ale tutaj mamy jeszcze trochę do odrobienia jako społeczeństwo, gdzie duża grupa respondentów odpowiada, że taka porada była im zaproponowana, ale nie uznali za potrzebne, żeby z niej skorzystać.

Generalnie wyniki badania wyraźnie pokazują, że wszystkie te podstawowe potrzeby pacjentów opieka koordynowana adresuje, czyli plan diagnostyczny, plan leczenia, wspomniany tutaj przez pana dyrektora IPOM, który daje pacjentowi to poczucie, że on wie, co będzie dalej, ma koordynatora, który wspomaga ten proces i ścieżkę pacjenta, pomaga w umawianiu wizyt. Jeśli jest konieczność wizyty u specjalisty, to ta wizyta też jest umawiana przez koordynatora i jest ona w ciągu kilku, kilkunastu dni, więc bardzo szybko. Respondenci badania też bardzo mocno podkreślają, że czas oczekiwania na dodatkowe różne badania diagnostyczne, które do tej pory nie były dostępne z perspektywy podstawowej opieki zdrowotnej, tylko po skierowaniu w AOS, znacznie się skraca, bo patrząc tylko na sam czas oczekiwania na badanie – to są różnice między dwa tygodnie w opiece koordynowanej do kilkunastu, szesnastu, dziewiętnastu tygodni oczekiwania po skierowaniu przez lekarza z AOS. Jeszcze jak dodamy do tego czas oczekiwania na wizytę w AOS, to te różnice w oczekiwaniu na badanie, a co za tym idzie – też na diagnostykę i na rozpoczęcie leczenia są bardzo, bardzo duże.

Państwo mieli możliwość, myślę, zapoznać się już z całym raportem, bo przesyłaliśmy do wszystkich państwa. On jest też dostępny na naszych stronach. Gdyby trzeba było jeszcze komuś indywidualnie przekazać, to oczywiście się polecam, ale wniosek jest taki, że to rozwiązanie jest rozwiązaniem, które służy bardzo, bardzo pacjentom i wiele ich potrzeb może być doskonale rozwiązanych w podstawowej opiece zdrowotnej, uwalniając tym samym dostęp do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej tym pacjentom, którzy rzeczywiście wymagają głębszej diagnostyki i pochylenia się lekarza specjalisty, gdy choroba jest zaostrzona, powikłana, niestabilna. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Jeszcze mam pytanie do pana dyrektora o poszerzeniu o tę onkologię – czy pracujecie nad takim rozwiązaniem?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak, pracujemy, aczkolwiek to nie jest takie rozwiązanie, że lekarz POZ będzie prowadził pacjenta onkologicznego w aktywnym leczeniu, bo to nie jest tak, że będzie prowadził program lekowy czy tego typu rzeczy.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Nie mówimy o tym...

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Głównie to ma dotyczyć tego elementu monitorowania po leczeniu de facto, tego komponentu, ewentualnie może przyszłościowo jakiejs współpracy też z lekarzami onkologami, w sensie na przykład wykonywania badań przed podróżą pacjenta na chemioterapię czy do programu lekowego, ale to też jest jeszcze na etapie uzgodnień. Na pewno najbliższe nam jest wprowadzenie tego lekarza POZ do monitorowania po aktywnym leczeniu.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Kiedy ewentualnie chcielibyście poszerzyć?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Najpierw zespół i ministerstwo chcą się zająć profilaktyką, poszerzeniem zadań lekarza POZ w zakresie profilaktyki – i to jest plan przyszłoroczny. Więc myślę, że onkologia to będzie w kolejnym roku. Też musimy wiedzieć, że nie możemy naraz wszystkich obowiązków wrzucić lekarzom POZ i ich zespołom, bo zaczną się bać po prostu odpowiedzialności, bo i tak teraz pewnie inaczej muszą pracować, niż pracowali dotychczas, inaczej zorganizować pracę, więc też, jak rozmawiamy ze środowiskiem, to oni mówią: nie wszystko naraz, bo nie damy rady i część środowiska się przestraszy i zacznie się wycofywać.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę. Proszę się przedstawiać.

Prezes KRDL Monika Pintał-Ślimak:

Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Monika Pintał-Ślimak.

Jeszcze chciałam się zwrócić ponownie z zapytaniem, jaki procent z powierzonego budżetu był przeznaczony na badania laboratoryjne, bo pan dyrektor chyba nie usłyszał tego pytania.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, jeszcze następny pan się zgłosił, więc może na następne pytanie też.

Prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów Tomasz Dybek:

Tomasz Dybek, Krajowa Izba Fizjoterapeutów.

Mam pytanie do Ministerstwa Zdrowia, czy planuje prace nad wprowadzeniem podstawowej opieki fizjoterapeutycznej, czyli tzw. fizjoterapeuty pierwszego kontaktu. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy są jeszcze jakieś pytania ze strony społecznej? Nie ma. Bardzo proszę, panie dyrektorze, o odpowiedź.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Na pytanie to myślę, że odpowiemy pisemnie, bo akurat tych danych nie mam, więc trudno mi powiedzieć.

Natomiast jeżeli chodzi o podstawową opiekę tzw. fizjoterapeutyczną, pytanie pana prezesa Dybka, to jesteśmy w trakcie uzgodnień, bo różne są propozycje rozwiązania tej podstawy opieki fizjoterapeutycznej. Więc czy takie rozwiązanie, że to będzie fizjoterapeuta współpracujący z lekarzem POZ, tutaj jeszcze są różne pomysły, patrzymy, przeglądamy też, jak to jest rozwiązane gdzie indziej i co jest najbardziej efektywnym sposobem współpracy między lekarzem POZ a fizjoterapeutą.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Zamykamy drugi punkt – rozpatrzenie informacji w sprawie planów dotyczącego objęcia przez Narodowy Fundusz Zdrowia opieką koordynowaną w podstawowej opiece zdrowotnej wszystkich pacjentów.

Teraz będziemy rozpatrywać trzeci punkt – rozpatrzenie informacji na temat czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń w systemie ochrony zdrowia. Bardzo proszę pana dyrektora o przedstawienie.

Czekając na odpowiedź, chciałbym wyrazić też trochę smutek, że nie ma nikogo z kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, bo to są bardzo ważne tematy. Cieszymy się, że jest pan dyrektor, ale chcielibyśmy, żeby na podkomisję również przychodził przedstawiciel kierownictwa, bo wiadomo, że decyzje to podejmuje kierownictwo ministerstwa. Cieszymy się, że jest pan dyrektor, ale proszę przekazać, żeby ktoś jednak z kierownictwa

ministerstwa przychodził na podkomisję, bo na podkomisji naprawdę merytorycznie dyskutujemy, bez jakiegś tam polityki, w związku z czym jest ogromna prośba, żeby przekazać, żeby ktoś z kierownictwa ministerstwa przechodził. Dziękuję.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dziękuję serdecznie.

Do tego punktu – sytuację mamy taką, że mimo tego, że rosną nakłady i rośnie liczba świadczeń udzielanych w AOS, kolejki się wcale nie zmniejszają. Tutaj mamy taki niekorzystny trend. Dlaczego tak się dzieje? Dlatego że udział pacjentów pierwszorazowych w strukturze świadczeń udzielanych w AOS praktycznie się nie zmienia. To znaczy cały czas mamy taką sytuację, że jest to kilkanaście procent pacjentów, którzy pierwszy raz trafiają, taka jest mediana, kilkanaście procent pacjentów, którzy trafiają do AOS, są to pacjenci pierwszorazowi. Mimo tego, że cały czas jest zwiększana liczba świadczeń, to tak naprawdę przez to, że pacjentów pierwszorazowych nie przybywa w obsługiwanych, to kolejki nam de facto się nie zmniejszają.

Teraz troszkę szczegółów. Sytuacja na listach oczekujących we wrześniu 2024 r. w większości przypadków była gorsza niż we wrześniu 2023 r. Sytuacja ta występuje pomimo wzrostu liczby udzielanych świadczeń, co wskazuje, że podaż oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej nie nadąża za rosnącym popytem. Osoby oczekujące wśród 501 raportowanych kolejek: w 279 kolejkach liczba osób oczekujących we wrześniu 2024 r. była wyższa niż we wrześniu 2023 r. Biorąc tylko pod uwagę kolejki, dla których liczba osób oczekujących we wrześniu 2024 r. była wyższa niż 20 osób – to było 235 kolejek – to wzrost zaobserwowano w przypadku 198 kolejek. Liczba osób oczekujących – przy czym to nie są pojedyncze osoby, pojedyncze numery PESEL, tylko to jest po prostu osoba w danej kolejce, więc to może być osoba, która stoi w kilku kolejkach – wzrosła o 362 tys. osób. Największy wzrost liczby osób oczekujących zaobserwowano do fizjoterapii ambulatoryjnej – o 195 tys. osób wzrosło, ortopedia i traumatologia ruchu – to jest 19,6 tys. osób, poradnia neurologiczna – o 19 tys. osób i świadczenia rezonansu magnetycznego – wzrosło o 18,3 tys. oczekujących. Natomiast spadek był do endoprotezoplastyki stawu kolanowego – 1,5 tys. mniej osób stało niż w zeszłym roku i do endoprotezoplastyki stawu biodrowego – tutaj również spadek o 1,5 tys. osób w kolejce oczekujących.

Jeżeli chodzi o przypadki stabilne, to tutaj liczba osób oczekujących była wyższa w 55% raportowanych kolejek, a liczba osób oczekujących wzrosła o 143 tys. To jest o ok. 2% w stosunku do września zeszłego roku. Największy wzrost osób oczekujących...

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Przepraszam, panie dyrektorze, to pan wrzesień do września tamtego roku porównuje, bo tutaj mamy półrocze, w tych materiałach mamy półrocze, a tutaj wrzesień do września, tak?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak. To jest dokument, który dostałem tutaj od pani dyrektor z NFZ, zajmujący się analizami kolejek i właśnie to są wrzesień do września. Nie byłem na poprzedniej podkomisji i powiem szczerze, nie wiem, jakie zostały wtedy materiały wysłane.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Tu mamy materiały takie, że mamy tamten rok na półrocze i na koniec roku. 2022 r. na półrocze i na koniec roku – i mamy też stan na 30 czerwca. Pan mówi, że na wrzesień. Cieszymy się, że ma pan nowsze...

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Rozumiem, że po prostu, ponieważ nie wiedziałem dokładnie, tak jak w przerwie przejąłem obowiązki dyrektora, to do końca nie wiedziałem, co zostało dokładnie wysłane, więc zostały wygenerowane nowe dane po prostu.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

To ja się cieszę, że mamy nowsze dane.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak i te świeższe dane.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Możecie państwo te dane nam przesłać tutaj do pana Jakuba, sekretarza Komisji, żeby rozesłał wszystkim członkom podkomisji te dane nowe i porównanie, to co pan właśnie teraz przedstawia, bo te dane dostaliśmy bez żadnego komentarza, a to kilkadziesiąt, 30 stron, jest tych tabel bez zdania komentarza.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dobrze, ale to mogę kontynuować z najnowszymi danymi, które posiadam.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Bardzo się cieszę, że z najnowszymi.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak jest. Tutaj mamy podobną sytuację, jak w przypadku pilnych, najbardziej wzrosły kolejki do fizjoterapii ambulatoryjnej – o 34 tys. osób, kolonoskopii – 28 tys. osób, gastrokopii – 19 tys. osób i do ośrodka rehabilitacji leczniczej – o 18 tys. osób. Natomiast najbardziej spadło w przypadku stabilnych do poradni rehabilitacyjnej – o prawie 16 tys. osób mniej oczekiwało, do poradni neurologicznej – spadek o prawie 14 tys. osób, okulistycznej – o 13,5 tys. osób i do poradni położniczo-ginekologicznej spadło na 12,5 tys. osób. To osoby oczekujące.

Teraz kolejna informacja to będzie na temat czasu oczekiwania, co też jest bardzo ważne. Teraz mamy taką informację, że z tych 501 kolejek w 244 kolejkach, czyli 49% wszystkich kolejek, średni czas oczekiwania był wyższy niż w poprzednim roku we wrześniu. Natomiast, jeżeli weźmiemy pod uwagę liczbę osób skreślonych z powodu wykonywania świadczenia, czyli faktycznego wykonania świadczenia, to wzrost zaobserwowano w 148 kolejkach. Największy wzrost czasu oczekiwania obserwowano w przypadku poradni foniatrycznej dla dzieci – o 53 dni, w poradni neurochirurgicznej – o 40 dni, do oddziału otolaryngologicznego dla dzieci – wzrost o 39 dni, do pomostów, czyli do pomostowania – wzrost o 32 dni, ale oczywiście w trybie planowym, a nie w trybie nagłym, do poradni genetycznej – wzrost o 30 dni i do poradni hematologicznej – wydłużyły się kolejki, oczekiwanie na pierwsze świadczenie o 30 dni.

Natomiast najbardziej skrócił się czas oczekiwania do poradni endokrynologicznej osteoporozy – o 73 dni, do rehabilitacji pulmonologicznej – spadek o 56 dni okresu oczekiwania. Natomiast do oddziału audiologicznego o 40 dni i jeżeli chodzi o świadczenie, do którego jest kolejka, to jest histerektomia – o 49 dni spadł okres oczekiwania. Jeżeli chodzi o przypadek stabilny, to w tym samym okresie wzrost obserwowano w 52% kolejek i najdłużej się czeka do poradni genetycznej dla dzieci, poradni foniatrycznej dla dzieci, oddziału leczenia zaburzeń nerwic. To takie bardziej niszowe świadczenie. Natomiast skrócił się czas oczekiwania do oddziału chirurgii naczyniowej i poradni endokrynologicznej.

Ostatnia informacja to jest liczba świadczeń – ambulatoryjna opieka specjalistyczna. I tutaj jest informacja, stan na styczeń–sierpień, czyli do końca sierpnia, bez września, i jest to 57,7 mln świadczeń. I w porównywalnym okresie styczeń–sierpień 2023 r. było to 54,6 mln świadczeń. To znaczy, że w tym czasie udzielono o 5,6% więcej świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a mimo tego kolejki nie spadły z przyczyn, które tłumaczyłem na początku, czyli to jest trochę obracanie pacjentem, powiedzmy sobie szczerze na podkomisji.

Natomiast jeżeli chodzi o samo pierwszorazowe, to wzrosło z 5,4 do... Tu jest dobrze napisane? Nie, czyli spadło pierwszorazowe. Wzrosło z 5,4 mln do 5,5 mln świadczeń, czyli pierwszorazowych był tylko wzrost o 100 tys. Jeśli chodzi o wszystkie świadczenia w AOS, był o ponad 3 mln wzrost, więc rok do roku, patrząc styczeń–sierpień 2023 r. do stycznia–sierpnia 2024 r., wzrosło świadczeń o ponad 3 mln, ale pierwszorazowych tylko 100 tys. Dlatego widać, dlaczego kolejki się nie skracają – bo nie rośnie szybko obsługa pacjentów. Podobnie – tylko że to są oczywiście bardziej jednorazowe badania – jest z ASDK, czyli to są tomografie, rezonanse, gastrokopie i kolonoskopie, liczba badań z 3,5 mln w tym okresie ośmiu miesięcy 2023 r. wzrosła do 3,9 mln w 2024 r., czyli ok. 10%.

Jeżeli chodzi o świadczenia szpitalne, to w okresie ośmiu miesięcy 2024 r. było 12,9 mln świadczeń szpitalnych, a w analogicznym okresie 2023 r. było 2,1 mln świadczeń sprawozdanych i rozliczonych, czyli wzrosła liczba świadczeń o 7,2%. Więc tutaj też, tak jak na poprzedniej komisji – o ograniczeniu dostępności trudno mówić. Chyba na razie tyle, jeżeli jeszcze jakieś dodatkowe pytania, to bardzo proszę.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo prosimy o przesłanie tych materiałów.

Co należy zrobić? Ponieważ jest więcej świadczeń, a kolejki rosną w większości przypadków, jakie działania ministerstwo zamierza podjąć, żeby to zmienić? To jest najważniejsze pytanie. Co Ministerstwo Zdrowia, pan jako przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, zamierza zrobić z tym, żebyśmy skrócili ten okres oczekiwania?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak, rozważane są aktualnie różne scenariusze, żeby uzyskać ten efekt. Prawdopodobnie proponowane są albo połączone mechanizmy – według mnie powinny być. To znaczy trochę ewentualnie to, co pani minister mówiła – regresja za którąś tam wizytę kolejną. Albo dodatkowo na przykład ustawienie limitu świadczeń pierwszorazowych, które muszą być zrealizowane, tak żeby mieć dalej zachowaną bezlimitowość. Mechanizmów może być kilka, głównie takich generalnie finansowych, które mogłyby zachęcić świadczeniodawców do przyjmowania pacjentów z kolejki, a nie zapisywania pacjentów do tych samych po prostu co miesiąc, nawet jeżeli oni tego nie potrzebują.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Jeszcze mam takie pytanie, ponieważ część pacjentów umawia wizytę i jednak na tę wizytę nie przychodzi – jak zamierzacie to zmienić? Szczególnie to jest w okolicach świąt, że na dwudziestu pacjentów siedmiu, ośmiu pacjentów nie przychodzi. Oczywiście ktoś, kto potrzebuje tego specjalisty, nie ma go.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak, cały czas jest jeszcze taki element przypominajki, który rozsyła NFZ, i to są te SMS-y, które przychodzą do pacjentów. Myślę, że na razie nie ma takiej zgody, żeby obciążyć odpowiedzialnością pacjenta de facto za to, że nie powiadomił, że odwołuje. Mamy powszechny system ubezpieczenia zdrowotnego, a nie abonamenty. Tam, gdzie abonamenty – ewentualnie wtedy mogą być jakieś obciążenia dla samego pacjenta albo tego, który płaci abonament. Natomiast w naszym systemie jest to niemożliwe.

Jeszcze oczywiście, jeżeli będzie taka możliwość... Wystartował pilotaż centralnej rejestracji i wtedy te sloty się będą uwalniały, na razie tylko do cytologii, mammografii i do kardiologii. Jeżeli ten system centralnej rejestracji zadziała, to znaczy, że będą te sloty wystawiane przez świadczeniodawców, a pacjenci nie będą się zgłaszać i te sloty się będą uwalniać, wtedy automatycznie będą wskakiwać następni pacjenci w to miejsce. To jest pewnie jakieś rozwiązanie, które umożliwi bardziej płynne zarządzanie kolejką i zabezpieczenie przed takimi pustymi przebiegami, że lekarz siedzi, czeka, a pacjent nie przychodzi.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję.

Jeszcze mam jedno pytanie, bo są kolejki oczekiwania na pilne ponad 100 dni. Co tu zamierzacie zrobić? Jeżeli ktoś ma przez lekarza rodzinnego wystawione skierowanie jako pilne i czeka powyżej 100 dni, ale ma pilne. I niepilne też. Takie też są.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak, to tutaj jest faktycznie taka postawa, taka trochę furtka, żeby omijać i wpisywać pacjenta na pilne. To też powoduje pewien element tego, że te kolejki nawet na pilne się już zapychają. Mówiąc szczerze, w tym momencie nie odpowiem na to pytanie, jak rozwiązać ten problem.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

To poprosimy ministerstwo, żeby przesłało nam tę odpowiedź na piśmie.

Czy państwo posłowie? Bardzo proszę, pan poseł Chrzan.

Posel Tadeusz Chrzan (PiS):

Panie przewodniczący, panie dyrektorze, szanowni państwo, niestety ten państwa przedłożony raport nie napawa optymizmem w żadnym wypadku, bo jeżeli popatrzymy nawet na opiekę specjalistyczną czy też na lecznictwo zamknięte, to te kolejki w 2024 r. – trudno znaleźć jakkolwiek dziedzinę, żeby one się skróciły, w każdym przypadku, patrząc w stosunku do lat poprzednich, w większości się wydłużyły.

Natomiast też pytanie. Bo mówi pan, że jakimś tam panaceum może być ta elektroniczna rejestracja, natomiast ostatnie informacje, jakie docierają z resortu, to uruchomienie planowane jest na 2029 r. Czy to jest prawda? Czy to nie jest prawda? Takie informacje docierają z mediów branżowych. To jest druga rzecz.

Trzecia rzecz, panie dyrektorze. Pytanie jest takie, bo mamy duży problem z kolejkami, nawet w AOS dzisiaj. Czy państwo widzą już jakieś większe zagrożenie, czy co się dzieje w tej chwili wskutek niepłacenia nawet tych wykonań, które były nielimitowane? Wiemy, że AOS był nielimitowany, więc czy te kolejki dzisiaj zarówno w tym lecnicztwie zamkniętym, szpitalnym, jak i w AOS już się wyraźnie powiększają? Czy państwo to monitorują teraz? Wiemy oczywiście z innych danych, że część oddziałów zostało zamkniętych, ale nie mamy takich danych, nie mamy informacji i stąd moje pytanie, czy państwo to monitorują, że wstrzymywane są przyjęcia nawet na te oddziały, które funkcjonują. I też czy nie jest ustawiana kolejka w AOS wskutek tego, że niestety NFZ nie płaci nawet za to, co jest nielimitowane? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy pan dyrektor teraz odpowie, czy może stronę społeczną jeszcze? Czy ktoś z państwa posłów? Bardzo proszę. Najpierw pani się zgłosiła, proszę się przedstawić.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry. Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna.

Chciałabym się odnieść do tej kwestii podnoszonej dosyć często, że pacjenci się umawiają na wizyty u lekarzy, natomiast nie odwołują i się nie pojawiają. Natomiast fundacja Alivia, w imieniu której chciałam tutaj się wypowiedzieć, bada tak zwaną responsywność, jeżeli chodzi o badania radiologiczne, i te wyniki też pokazują troszeczkę inną stronę medalu. Na przykład dodzwonalność po to, żeby się umówić – co oznacza również, że takie same problemy są z rezygnacją z wizyty – wynosi na przykład w niektórych miejscach 39%, 63%, 54%, 57%.

Tak szczerze mówiąc, tu przykładów kilka podałam, natomiast na stronie fundacji Alivia można to sobie doskonale sprawdzić i zobaczyć, jak to wygląda, oczywiście mówię tylko w przypadku badań radiologicznych. Pacjenci też często właśnie mówią, że oni po prostu nie mogą się dodzwonić i sam fakt, że jest wysyłany SMS z przypomnieniem o wizycie, nie rozwiązuje jeszcze całego problemu, dlatego że ten pacjent na SMS-a nie może odpowiedzieć, a jednocześnie nie może się nigdzie dodzwonić. W związku z tym mam pytanie do Ministerstwa Zdrowia i jednocześnie taki apel – czy mogą państwo opracować taki system, w którym będą udrożnione rejestracje w taki sposób, żeby można było nie tylko się zarejestrować, co też jest dramatem i ludzie czasami potrzebują trzech do pięciu dni praktycznie bezustannego dzwonienia, żeby się dodzwonić... Jest takie hasło: Odwołuję, nie blokuję. A nam czasami przychodzi do głowy hasło: Odbieram telefon po to, żeby móc umówić albo odwołać wizytę. Mam jeszcze raz pytanie do Ministerstwa Zdrowia – czy są jakieś plany, żeby system zapisów telefonicznych, elektronicznych i odwoływań wizyt udrożnić w taki sposób, żeby rzeczywiście nie było blokowania? I wydaje nam się, że to jednocześnie może nieco zmniejszyć kolejki i uporządkować ten temat. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pan Zdobyłak, proszę bardzo.

Ekspert NRL Krzysztof Zdobyłak:

Dziękuję.

Chciałbym zapytać, ponieważ usłyszeliśmy od pana dyrektora wiele porównań, wiele różnych typów świadczeń, jak tam się kolejka zmieniła, ale tak sumarycznie. Może nie

wyłapałem tego, ale jak zmieniła się sytuacja w porównaniu do rok temu? O ile łącznie zwiększyła się liczba oczekujących i jak średnio wydłużył się czas oczekiwania?

Budując troszkę na tym, co pan przewodniczący już wcześniej wspominał, ponieważ widzimy w tych danych liczne przypadki czasów oczekiwania nawet na świadczenia pilne powyżej 100 dni, jaki jest taki docelowy czas oczekiwania dla przypadków pilnych i dla przypadków stabilnych, który NFZ chciałby osiągnąć i mógłby wtedy powiedzieć, że dobrze obsługuje swoich ubezpieczonych pacjentów i zaspokaja ich potrzeby?

Kolejne pytanie. Co NFZ robi, żeby rzeczywiście osiągnąć ten swój poziom docelowy, czyli skrócić te kolejki? Jakie są prowadzone działania proefektywnościowe może w obszarze poprawy prowadzenia tego pacjenta przez system, w obszarze poprawy przepływu informacji, żeby nie trzeba było dublować pewnych świadczeń, na przykład diagnostycznych? Być może szersze wprowadzenie opieki koordynowanej jest takim rozwiązaniem. Tylko co robimy, żeby to się tak naprawdę zadziało?

Pan dyrektor wspomniał tutaj o obracaniu pacjentów i takim zjawisku, że na wizyty w AOS są kierowani nawet co miesiąc. I chciałbym spytać, ponieważ NFZ ma na pewno takie dane – jaka jest skala tego zjawiska i ile dałoby to tak naprawdę korzyści, oszczędności, skrócenia czasu kolejki, gdyby to zjawisko wyeliminować?

Finalnie, odnosząc się też do tego, co moja przedmówczyni powiedziała, myślę, że wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego, że wydłużenie czasu oczekiwania powoduje też wzrost liczby tych tzw. *no-shows*. Zarówno dlatego, że pacjenci zapominają, dlatego, że skorzystali już ze świadczenia prywatnie, albo też dlatego, że zostali skreśleni z listy pacjentów z powodu zgonu. Chciałbym zapytać, jak skala tych *no-shows* się zmienia, biorąc pod uwagę wydłużanie się czasów oczekiwania i czy przypadkiem nie potęgujemy sobie tego problemu, że im dłuższa kolejka, tym więcej *no-shows*, tym więcej potem znowu czasu oczekiwania. Jakie są planowane działania, żeby przerwać tę pętlę wzajemnego wydłużania się tej kolejki? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Tam pan jeszcze się zgłaszał, bardzo proszę.

Członek prezydium Komitetu Farmaceutycznego AmCham Grzegorz Byszewski:

Tak jest. Grzegorz Byszewski, Komitet Farmaceutyczny AmCham.

Chciałbym zapytać pana dyrektora, bo nie słyszałem, nie złapałem tego momentu, kiedy pojawiła się informacja o kolejkach do programów lekowych. Czy gdzieś te informacje w tym przekazanym materiale od państwa to się pojawiło, czy nie? Bo mamy informacje, że te kolejki się w ostatnim okresie – z powodów, o których słyszeliśmy na poprzednim posiedzeniu Komisji Zdrowia, ze względów finansowych – bardzo wydłużają z jednej strony, a z drugiej strony mamy coraz częstszy przypadek tzw. pustych refundacji, czyli minister zdrowia podejmuje decyzję o objęciu danego produktu finansowaniem ze środków publicznych, jest publikowany w obwieszczeniu refundacyjnym, po czym przez pół roku żaden pacjent nie ma szansy skorzystać z danego leczenia, dlatego że Narodowy Fundusz Zdrowia de facto nie ogłasza konkursu. Mamy takie przypadki, gdzie lek jest objęty, czyli jest formalnie świadczeniem gwarantowanym od 1 kwietnia – i do dzisiaj jest leczony jeden pacjent. Nie jest to choroba rzadka i populacja pacjentów, którzy mogliby skorzystać, jest znacznie, znacznie większa.

My też przygotowaliśmy analizę. Jeżeli państwo się zgodzą, to chętnie by pan profesor Andrzej Śliwczyński w kilku zdaniach powiedział, jakie my identyfikujemy bariery i szanse na to, żeby przyspieszyć ten dostęp do leków po refundacji, żeby to była taka sytuacja, jak była w refundacji otwartej. Dzisiaj pacjent, jeżeli jest lek dostępny w refundacji otwartej w aptece, to kolejnego dnia może ten lek nabyć. Jeżeli chodzi o dostępność w programach lekowych, to tak jak mówiłem, ten czas jest... Też są różne sytuacje, ale to jest zwykle naście tygodni do kilku miesięcy. Nawet mamy takie przypadki, gdzie osiem, dziewięć miesięcy de facto nieogłaszane są postępowania konkursowe, nierozstrzygane postępowania konkursowe, fizycznie ten produkt jest niedostępny dla pacjentów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo.
Bardzo proszę.

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Ekonomiki Zdrowia Andrzej Śliwczyński:

Dzień dobry. Andrzej Śliwczyński, Polskie Towarzystwo Ekonomiki Zdrowia.

Przygotowuję razem z konsorcjum AmCham raport dotyczący barier w dostępności do programów lekowych. Problem jest o tyle istotny, że po pierwsze, to są nowatorskie terapie, które mają niejednokrotnie walor ratujący życie. Natomiast w tej chwili zdarzają się dwie sytuacje. Pierwsza jest taka, że kontrakty na nowe programy lekowe są podpisywane niejednolite w okresie zaraz po obwieszczeniu, tylko są w różnym czasie w różnych województwach. Trwa to dość długo, w związku z tym pytanie i wniosek do zarówno Ministerstwa Zdrowia, jak i NFZ, czy nie można przyjąć procedury, która mówi o tym, że umowy na nowe programy lekowe obwieszczone przez ministra zdrowia w obwieszczeniu nie mogą być zawarte później niż miesiąc po ukazaniu się obwieszczenia – albo jakiś inny czas, ale jednocześnie w całej Polsce.

Drugie pytanie. W tej chwili pacjenci mówią, że nie są kwalifikowani, nie jest podejmowane leczenie w programie lekowym. Sugestia ze strony szpitali jest: nie mamy łóżek, nie mamy czegoś. Natomiast tak naprawdę chodzi o sprawy finansowe, czyli zwłokę lub niepłacenie za świadczenia udzielone w ramach programu. I znowuż tutaj, żeby było coś konkretnego, to może chociaż wniosek taki, że można byłoby płacić. Czy NFZ mógłby płacić za świadczenia rzeczowe, czyli za leki, które są w tych programach? Tym bardziej że jest to w programach koszt mniej więcej 80% kosztu danego programu, to są właśnie te nowe cząsteczki, które pozwalają na poprawienie sytuacji pacjentów. Każde takie opóźnienie i obsuwa we wdrożeniu programu pacjenta powoduje, że ten pacjent, który jest leczony, a ma nagle zawieszony program, traci efekty zdrowotne i musimy wyłożyć dużo więcej pieniędzy, żeby je odzyskać. Z kolei ten, który nie został włączony z różnych powodów do programu i jest w zawieszeniu, po prostu traci zdrowie.

Cały raport zostanie tutaj przekazany na ręce pani przewodniczącej z prośbą o przekazanie członkom Komisji. Tam jest dużo więcej rzeczy i dużo więcej tych barier zidentyfikowaliśmy. Natomiast te dwie rzeczy w tej chwili są bardzo pilne. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo.
Bardzo proszę pana dyrektora o odpowiedź.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Po pierwsze, pytanie było tutaj, już pan poseł wyszedł, dotyczące tego, czy w związku z tym, że NFZ nie płaci za nielimitowy AOS, to wzrosły kolejki. Tu rozmawialiśmy dwie godziny temu, że dwa kwartały są pokryte, trzeci kwartał będzie zapłacony, więc widać też po liczbie świadczeń, która przyrosła o te 5 mln, że to nie wpływa specjalnie na świadczeniodawców co do realizacji świadczeń. To są dane za osiem miesięcy, więc myślę, że tutaj akurat to zupełnie nie ma wpływu na wydłużenie kolejek.

Jeżeli chodzi o pytanie o wydłużenie kolejek do szpitali, to myślę, że to jest jednak trochę mało konkretne pytanie. Też mogę odpowiedzieć, bo odczytałem dane na temat wzrostu liczby udzielonych świadczeń również w trakcie hospitalizacji, więc trudno tę tezę obronić, że spadła dostępność i że pacjentów jest przyjmowanych mniej, bo jest przyjmowanych więcej.

Nie jestem w stanie odpowiedzieć, odnieść się do tych informacji medialnych, że ta centralna rejestracja będzie wdrożona dopiero w 2029 r. To jest do sprawdzenia.

Natomiast wydaje mi się, że zgłaszalność, żeby podjąć jakieś działanie... Oczywiście minister zdrowia nie wpłynie na to, że panie w rejestracji będą odbierać telefony od pacjentów w lepszy sposób, natomiast pewnie jakimś rozwiązaniem będzie wdrożenie tej centralnej rejestracji, gdzie będzie możliwość odwołania tej wizyty po takim *pushu*, który pacjent dostanie. Jak uzna, że już był na przykład u lekarza prywatnie,

dajmy na to, albo że już z innego powodu nie potrzebuje tej wizyty, będzie mógł tam tę wizytę anulować.

Pozostałe pytania. Mediana czasu oczekiwania, ten czas, kiedy ma być pilne – w ustawie jest: niezwłocznie powinno być udzielenie tego świadczenia. Też jeżeli mówimy o skali *no-shows* i skali też takiego częstego przyjmowania tego samego pacjenta i kolejki do programów lekowych – to nie wiem, czy pani dyrektor Koń ma odpowiedzi na te pytania.

Natomiast co do następnych rozwiązań proponowanych przez stronę z grupy AmCham, to myślę, że to nie jest tematem dzisiejszej podkomisji i być może na razie się nie będę do tego ustosunkowywać. Dziękuję. Nie wiem, czy pani dyrektor ma te dane ewentualnie... Nie?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Przepraszam, panie dyrektorze, ale są problemy i bardzo też chcielibyśmy, żeby przedstawiciel ministerstwa odpowiadał na niektóre pytania. Ubolewam, że nie ma tutaj nikogo z kierownictwa. Natomiast padło konkretne pytanie, dlaczego już po decyzji o wprowadzeniu na listę refundacyjną nie są uważane konkursy. Na to pytanie to myślę, że pan dyrektor albo NFZ powinien w tym momencie odpowiedzieć.

Głos z sali:

Na piśmie pan odpowie.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Odpowiem oczywiście, zwrócimy się do NFZ, żeby odpowiedział, w jakich przypadkach te konkursy nie są ogłaszane, czy to jest duża skala, czy to jest po prostu pojedynczy...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Jest dosyć spora skala, bo do nas się zwracają pacjenci na piśmie. Nawet w moim biurze mam kilka takich przypadków, gdzie jest decyzja o refundacji tego leku, natomiast po prostu szpital nie ma możliwości podania i zgłoszenia się, bo konkurs nie jest zorganizowany. To trwa nie tydzień, dwa, trzy po decyzji, tylko trwa to dobrych kilka miesięcy. Więc bardzo prosimy. Może zresztą też zwrócimy się formalnie do państwa z prośbą o odpowiedź, jakie są te czasy ogłaszania konkursu od momentu decyzji, w jakich rodzajach tych terapii i dlaczego tak jest.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Oczywiście.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czy państwo z NFZ na temat tych kolejek i tych pacjentów powtarzających się, rewi-
zyt itd. macie jakieś dane? Bo to jest też temat taki kluczowy, który wpływa na czas oczekiwania pacjentów.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń Narodowego Funduszu Zdrowia Beata Koń:

Beata Koń. Przysobienie mam tych danych, ale oczywiście możemy je na piśmie przedstawić. Jak najbardziej jest to do przygotowania.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To bardzo prosimy. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Czy są jeszcze jakieś pytania ze strony społecznej, od państwa posłów?

To tak jak pani przewodnicząca mówiła, przygotowujemy wnioski do ministerstwa, jak po każdej podkomisji. Bardzo prosimy o te materiały, które były wcześniej, bo tu pan dyrektor ma na wrzesień te materiały i porównywał wrzesień do września, a dostaliśmy tutaj na półrocze, więc w związku z powyższym bardzo prosilibyśmy o odpowiedź na te wszystkie pytania, o które zapytamy, żeby nam konkretnie podpowiedzieć. Głównie chodzi o to, co zrobić, żeby zmniejszyć kolejki, żeby pacjent był jak najszybciej zaopiekowany. Jeżeli pacjent czeka 100 dni, ponad 100 dni, a ma na skierowaniu „pilne”... Tutaj pani przewodnicząca mówiła, że wszyscy są pilni, ale niektórzy, jak mają tylko jakieś tam zwykłe zawroty głowy, to lekarz nie napisze „pilne”, tylko...

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Zawroty głowy to bardzo pilne.

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Bardzo pilne. Ten sam pacjent, jak przychodzi co chwile, tak że różne są sytuacje. Pani przewodnicząca?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak. Rozumiem, że już na tym wyczerpaliśmy temat, dyskusję.

Bardzo serdecznie państwu dziękuję za udział w tym spotkaniu.

Kolejne posiedzenie podkomisji planujemy w grudniu w trakcie posiedzenia Sejmu, na pierwszym posiedzeniu grudniowym będzie omawiany kolejny temat z listy.

Sekretarz Komisji Jakub Stefański:

Proponowane zmiany w AOS i w szpitalach.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak, to będą właśnie planowane zmiany w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej i w szpitalach. Tak że bardzo prosimy.

Jeszcze może na koniec, zanim zamknę, taka uwaga. Panie dyrektorze, tutaj myślę, że każdy z nas doświadcza tego, że nie można się dodzwonić do konkretnej poradni czy do szpitala, nawet do rejestracji. Pan tak bezradnie trochę powiedział, że na to nie mamy wpływu. NFZ finansuje świadczenie zdrowotne. Elementem świadczenia zdrowotnego jest możliwość zarejestrowania czy kontaktu. Więc prosty temat – NFZ może przecież zadzwonić do swoich potencjalnych świadczeniodawców i sprawdzić, za którym razem odbierają. Bo dają głowę, że niektórzy w ogóle nie odbierają telefonów albo automatyczna sekretarka gra przez dwadzieścia minut, trzydzieści, czterdzieści, zanim ktośkolwiek odbierze telefon. Więc tutaj to jest kwestia weryfikacji tego wszystkiego.

Rozumiem, że pan dyrektor chciałby jeszcze, tak?

Dyrektor Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta Jakub Adamski:

Jeżeli mogę. Jakub Adamski, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.

Myślę, że tutaj będę w stanie dodać do tej dyskusji o odbieraniu telefonów tyle, że muszę powiedzieć, że to jest pewnie najczęściej kierowana skarga do rzecznika praw pacjenta przez pacjentów – i to są skargi, które traktujemy poważnie. One są jednym z najczęstszych przykładów sytuacji, gdzie prowadzimy postępowanie o naruszenie zbiorowych praw pacjenta, i one są dokładnie przez nas weryfikowane, że wielokrotnie próbujemy się sami dodzwonić do placówek, testując, czy jest to możliwe – i w ten sposób te sprawy indywidualnie, gdy taka sprawa trafi, są załatwiane.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Dziękuję za udział.

Na tym zamykam posiedzenie podkomisji. Dziękuję.