

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Zdrowia**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
(NR 11)
z dnia 4 grudnia 2024 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 11)

4 grudnia 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 ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i opiece szpitalnej;
- omówienie i przyjęcie planu pracy podkomisji na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2025 r.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Karaszewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa oraz **Agata Śmiglewska** dyrektor Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, **Adriana Jabłońska** główny specjalista w Sekcji Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Barbara Radecka** konsultant województwa opolskiego w dziedzinie onkologii klinicznej, ordynator Oddziału Onkologii Klinicznej z Odcinkiem Dziennym Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu, **Michał Seweryn** specjalista zdrowia publicznego i epidemiologii, prezes EconMed Europe, **Agnieszka Krawętkowska** wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, **Irena Rej** prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” wraz ze współpracownikiem, **Jolanta Januszczak** sekretarz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Krzysztof Zdobylak** ekspert ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej, **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS, **Aleksandra Wilk** dyrektor Sekcji Raka Płuca Fundacji To Się Leczy, **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich, **Wojciech Wiśniewski** przedstawiciel Federacji Przedsiębiorców Polskich oraz **Grzegorz Habczyk** ekspert Pracodawców RP.

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

Przewodniczący poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia. Witam członków podkomisji, zaproszonych gości. Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje: omówienie i przyjęcie planu pracy podkomisji na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2025 r.; w punkcie drugim rozpatrzenie informacji na temat planowanych zmian w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i opiece szpitalnej – przedstawia minister zdrowia.

Jeżelibyście państwo pozwolili, to może zaczęlibyśmy od drugiego punktu, bo pani przewodnicząca Józefa Szczurek-Żelazko jest teraz na sali plenarnej, ponieważ omawiany jest punkt, który ona tam przedstawia, więc jeżelibyście państwo posłowie pozwolili.

Jest zgoda na to, więc bardzo proszę pana dyrektora o przedstawienie informacji na temat planowanych zmian w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i opiece szpitalnej. Bardzo proszę pana dyrektora o przedstawienie.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Maciej Karaszewski:

Dzień dobry państwu. Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo posłowie, szanowni goście, jakie są najbliższe plany Ministerstwa Zdrowia dotyczące ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego? Przede wszystkim od 1 stycznia chcielibyśmy wprowadzić świadczenie gwarantowane, dotyczące TK tętnic wieńcowych, które aktualnie może zlecać zarówno lekarz specjalista, jak i lekarz POZ, ale w bardzo określonych wskazaniach. Teraz te wskazania zostaną rozszerzone i dodatkowo zostaną uprawnieni do opisywania tych badań, oprócz radiologów, również kardiolodzy i jest to projekt, który jest aktualnie w konsultacjach.

Natomiast jeżeli chodzi o rozszerzenie świadczeń gwarantowanych w rozporządzeniu dotyczącym leczenia szpitalnego, to wprowadzamy świadczenia od stycznia, to jest leczenie ostrej lub przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi odpornej na kortykosteroidy z wykorzystaniem fotoferezy pozaustrojowej ECP. Aktualnie ta fotofereza pozaustrojowa ECP nie jest finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia w tym wskazaniu. Jest ona finansowana wyłącznie w ramach „Narodowego programu transplantacyjnego” na lata 2023–2032 ze środków budżetu państwa. Przewiduje się, że w dziesięcioletniej perspektywie NFZ dodatkowo wyda na finansowanie tego świadczenia ok. 10 mln zł rocznie.

To dotyczy oczywiście węższej grupy pacjentów, natomiast kolejnym takim wprowadzeniem elementu nowych świadczeń gwarantowanych są świadczenia z zakresu radiologii. To są interwencyjne krioablacje i termoablacje – poszerzenie wskazań, według których one były do tej pory finansowane o: przezskórna termoablacja zmiany płuca i oskrzela; przezskórna krioablacja zmiany w obrębie klatki piersiowej; przezskórna termoablacja zmiany w obrębie kości przy użyciu częstotliwości o częstotliwości radiowej lub mikrofal; przezskórna termoablacja zmiany w obrębie kości przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej lub mikrofal z cementoplastyką; przezskórna krioablacja zmiany w obrębie kości; również krioablacja z cementoplastyką i przezskórna termoablacja zmiany nadnerczy. W tym intencją jest oczywiście stworzenie dostępności do nowych wariantów przezskórnej krioablacji i termoablacji. To są nowe technologie, które są małoinwazyjne i dla pacjentów, którzy są objęci opieką onkologiczną.

Nowe procedury polegają na zniszczeniu guzów nowotworowych za pomocą skierowanego bezpośrednio do guza źródła niskiej temperatury lub źródła ciepła, to jest energii mikrofal albo częstotliwości radiowej z zachowaniem zdrowych tkanek przyległych. Celem leczenia z zastosowaniem tych nowych świadczeń jest ograniczenie negatywnych następstw chorób nowotworowych oraz wydłużenie życia i podniesienie jego jakości. Aktualnie ze środków publicznych są finansowane opcje terapeutyczne związane z leczeniem ablacjami nowotworów płuc, klatki piersiowej, kości oraz nadnerczy, do których należą radioterapia stereotaktyczna oraz farmakoterapia systemowa i objawowa. Te ablacje – termo albo krioablacje – będą uzupełnieniem tych świadczeń, które są finansowane, w szczególności dla pacjentów, którzy nie kwalifikują się do innej metody leczenia. Dowody naukowe wskazują, że u niektórych pacjentów jest to metoda skuteczna i bezpieczna, a czasami te zmiany nowotworowe znajdują się w takich miejscach, że takiej stereotaktycznej radioterapii nie można zastosować, a na przykład wszystkie skuteczne linie leczenia farmakoterapii systemowej są wyczerpane.

Kolejne rzeczy to są rzeczy, które chcemy wdrożyć już od 1 stycznia 2025 r., natomiast plany na 2025 r. to są zmiany, które wynikają z Narodowej Strategii Onkologicznej. Planujemy wdrożyć nowy model organizacyjny nad pacjentami, czyli kolejne unity dla raka płuca, nowotwory ginekologiczne i urologiczne; dodatkowy unit dla nowotworów wieku dziecięcego i wdrożenie modelu realizacji procedur diagnostyczno-terapeutycznych w radiologii interwencyjnej i leczeniu małoinwazyjnym nowotworów. Dodatkowo jeszcze planujemy stworzyć modele kompleksowej opieki onkologicznej. One są opracowywane przy udziale ekspertów klinicznych.

Ostatnim elementem, który też jest systemowym rozwiązaniem, to znaczy mamy reformę struktury oraz zasad kwalifikacji. To jest ta ustawa, która była w jednych konsultacjach, teraz została ponownie skierowana do konsultacji społecznych. Ten projekt ustawy przewiduje odejście od dotychczasowego wyodrębnienia w PSZ

sześciu poziomów zabezpieczenia. Doświadczenia dotychczasowe wskazały, że raczej te poziomy zabezpieczenia nie są tak naprawdę dokładnie adekwatne do zakresu usług, które są w tych szpitalach realizowane. W związku z tym do nowej sieci zostaną zakwalifikowane wszystkie szpitale – tak jest projektowane, bo też pamiętamy, że mamy konsultacje – które posiadają przynajmniej jeden profil w zakresie leczenia w trybie pełnej hospitalizacji, objętych pełną umową przez okres co najmniej 2 lat przed kwalifikacją. Tę kwalifikację na terenie danego województwa będzie wykonywał wojewoda właściwy, natomiast tutaj kluczowa będzie też opinia zespołu złożonego z przedstawicieli podmiotów tworzących: dyrektora NFZ i właściwych konsultantów wojewódzkich oraz konsultanta krajowego, którzy oczywiście będą rozpatrywać to pod względem potrzeby właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, określonej w szczególności w mapie potrzeb zdrowotnych oraz w krajowym i wojewódzkim planie transformacji.

Kolejnym elementem wprowadzającym, proponowanym przez tę ustawę jest uproszczenie i złagodzenie zasad regulujących objęcie umowy o udzielanie świadczeń w PSZ, czyli umożliwienie bez wykreślania z wykazu szpitali sieciowych zmiany profili trybu hospitalizacji całodobowej pełnej na hospitalizację planową albo leczenie jednego dnia, ewentualnie rezygnację z udzielania świadczeń o danym profilu i zmianie na SOR, izbę przyjęć lub odwrotnie. To oczywiście będzie możliwe w porozumieniu z dyrektorem oddziału NFZ, tak żeby dostępność do świadczeń w wyniku tych zmian była zachowana.

Kolejnym elementem, który wprowadza ta ustawa, jest możliwość wytworzenia i prowadzenia SPZOZ przez związki jednostek samorządu terytorialnego. Dzięki temu rozwiązaniu JST będą mogły łączyć podmioty lecznicze, co umożliwi tworzenie większych i bardziej efektywnych jednostek. Projekt uszczegóławia przepisy dotyczące programów naprawczych, które dotyczą zarówno SPZOZ, jak i podmiotów w formie spółek. Sporządzenie programu poprzedzają analizy efektywności funkcjonowania i zarządzania, ekonomiczne, jakościowe, operacyjne, działalności leczniczej oraz działalności poszczególnych komórek organizacyjnych. Program ma uwzględniać obowiązek dostosowania działalności podmiotu do regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych.

Na koniec chciałem poinformować, że w przyszłym roku też są plany; AOTMiT ma też plany taryfikacyjne i dotyczące zakresu leczenia, będące w obszarze chorób twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, uszu i nosa, w obszarze chirurgicznego leczenia chorób piersi i w obszarze świadczeń towarzyszących oraz ryczałtów diagnostycznych do nieonkologicznych programów lekowych i w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej również w tych obszarach, które wymieniłem w leczeniu szpitalnym, czyli choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu, czyli po prostu laryngologia i do tego jeszcze leczenie piersi, i dodatkowo w obszarze leczenia insuliną z zastosowaniem pompy insulinowej dzieci i dorosłych do ukończenia 26. roku życia. To z tych planowanych, takich grubszych zmian na pewno jest do realizacji. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za przygotowanie tego obszernego materiału.

Witam bardzo serdecznie państwa. Nie mogłam być na początku posiedzenia, ponieważ akurat w tym czasie był zaplanowany na sali plenarnej punkt, w którym brałam udział, ale widzę, że przebieg podkomisji jest bardzo dobry, tak że dziękuję za przedstawienie tego materiału.

Otwieram dyskusję. Może na początek oddajemy głos państwu posłom, którzy są obecni na posiedzeniu podkomisji. Czy państwo chcielibyście zabrać głos?

Bardzo proszę, pan poseł Tadeusz Chrzan.

Poseł Tadeusz Chrzan (PiS):

Pani przewodnicząca, panie dyrektorze, prosiłbym o jedno uściślenie, bo tu z takim niepokojem przeczytałem.

Jeżeli chodzi o nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, proponują państwo, że po tych reformach obowiązek udzielania tych świadczeń będą miały wyłącznie jednostki, które mają SOR – tutaj z tego czytam. Natomiast mamy jeszcze dość dużą liczbę szpitali powiatowych, gdzie tych SOR jeszcze nie ma, a na dzisiaj jest to jedyne miejsce, gdzie ta opieka świąteczna i nocna jest udzielana. Więc pytanie jest, jak państwo widzą rozwiązanie tego

problemu w tych powiatach, w których SOR w szpitalach nie ma, zwłaszcza w niedużych powiatach, a tych powiatów jest dosyć dużo. Jak państwo widzą rozwiązanie tego problemu i czy też to będzie jakaś głębsza reforma? Bo też wiemy, że ta świąteczna i nocna jest bardzo mocno obciążona, a gdyby nie ten obowiązek, to pewnie wiele jednostek by z tego zrezygnowało ze względu na dość duże niedofinansowanie tych usług świadczonych przez te jednostki w niedziele i święta. Czy też myślą państwo coś o podniesieniu finansowania, bo jeżeli nie będzie obowiązku, to nie wiem, czy ktoś z własnej, nieprzymuszonej woli będzie chciał zająć się tą opieką nocną i świąteczną. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa posłów jeszcze chciałby zabrać głos? Nie widzę.

Ja mam pytanie, ponieważ państwo na początku tej informacji, którą pan dyrektor przedstawił, zaznaczyliście taką chęć zwiększenia dostępności do świadczeń między innymi poprzez zmianę warunków udzielania świadczeń TK tętnic wieńcowych.

Czy tutaj to, o czym pan pisze, że rozszerzacie ilość personelu medycznego, który może wykonywać tego typu badania, ma pan na myśli rozporządzenie ministra zdrowia z 10 października? Bo z tego rozporządzenia wynika wprost, że państwo ograniczacie osoby czy pracowników medycznych, którzy mogą wykonywać to badanie, że mogą wykonywać tylko osoby z wyższym wykształceniem bądź też w trakcie. Czy macie świadomość, ile takich osób jest? Czy wszystkie pracownie radiologiczne zapewniają takich pracowników? Z tego, co do nas dociera, to są takie dosyć alarmujące informacje, to właśnie tym zapisem powodujecie, że niestety w wielu pracowniach, które do tej pory wykonywały tego typu badanie, mimo posiadanego bardzo dobrego sprzętu, niestety nie będą mogły wykonywać tych badań. Jakie jest pana zdanie na ten temat? Dziękuję.

Czy ktoś z państwa posłów... Pan poseł Kapinos. Bardzo proszę.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Czy dobrze należy wnioskować, że największą zmianą w AOS jest dodanie świadczenia o łącznej wartości 10 mln zł rocznie?

I jeszcze, ile środków państwo zamierzacie dodatkowo przeznaczyć na leczenie szpitalne i na ambulatoryjne... Wiadomo, że ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest nielimitowana i czy starczy tych środków w przyszłym roku na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę o odpowiedź.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dziękuję serdecznie.

Na pierwsze pytanie odpowiem tak – tu chodzi o obowiązek, czyli tam, gdzie nie ma SOR, a jest izba przyjęć w szpitalu powiatowym, ta nocna i świąteczna opieka zdrowotna będzie kontraktowana odrębnie w postaci konkursu, bo wiemy, że teraz wiele podmiotów po prostu nie jest w stanie tego obowiązku posiadania nocnej i świątecznej opieki zrealizować, więc będzie trochę taki planowany system mieszany. Oczywiście te finansowanie zostanie. Ci, co mają SOR, tak jak teraz jest, planuje się, że nocna i świąteczna też będą finansowane odrębnie, natomiast na tych obszarach, gdzie tej dostępności nie będzie zapewnionej, będzie kontraktowany odrębnie ten szpital. Jeżeliby się zdecydował, też może wystąpić, ale będą mogły wystąpić też różne inne podmioty w postępowaniu konkursowym.

Jeżeli chodzi o pytanie drugie – tak, zgadzam się z panią przewodniczącą. Do nas też dotarły te sygnały. Generalnie ta zmiana w rozporządzeniu po konsultacjach została wprowadzona de facto na uwagę Polskiego Stowarzyszenia Techników Elektroradiologii, ale potem po wprowadzeniu tej uwagi i po opublikowaniu tego rozporządzenia z 10 października – mieliśmy wtedy vacatio legis – do 1 stycznia podniosły się głosy, że faktycznie w wielu pracowniach elektroradiologii nie mają wyższego wykształcenia w większości i bardzo często wykonują to technicy, którzy mają olbrzymie doświadczenie,

bo po prostu pracują od wielu lat. W związku z tym to, co tutaj jest napisane, to jest szybka nowela tego rozporządzenia zmieniająca warunki i tutaj mamy też, że został dopisany tytuł zawodowy technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii, lub dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog, czyli przywróciliśmy stan pierwotny.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale to już jest to rozporządzenie znowelizowane czy dopiero projekt – ta nowela, o której pan mówi?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Ta nowela jest w trakcie konsultacji, ale planujemy wydać ją do 1 stycznia, tak żeby tamta nie weszła w życie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze. Dziękuję bardzo. Kolejne pytanie pana posła Kapinosa.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

To już jest pytanie, na które chyba odpowiem pisemnie, bo teraz nie jestem w stanie odpowiedzieć. Wiemy, że plan finansowy na 2025 r. NFZ nie został jeszcze zaakceptowany, więc nie mogę posługiwać się informacjami, które mają charakter przyszły, choć niepewny. Jak będzie zaakceptowany plan, to wtedy tylko będzie projekt dostępny; będzie można mówić o tym, jakie środki zostaną przeznaczone na leczenie szpitalne w przyszłym roku i jakie na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale dzisiaj usłyszeliśmy na Komisji Zdrowia, że nawet jeśli nie zostanie zaakceptowany przez ministra finansów, to NFZ działa na podstawie prowizorium budżetowego. Tam już państwo wskazali konkretne kwoty, które są przypisane do poszczególnych rodzajów świadczeń. Myślę, że tu rzeczywiście na piśmie, gdyby państwo odpowiedzieli, to byłibyśmy wdzięczni.

Bardzo proszę, jeszcze pan poseł Bojarski.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Chciałem się dopytać o tę nocną i świąteczną pomoc lekarską. Jakby problemu nie widzę, jeżeli chodzi o szpitale w powiatach, bo najczęściej jest tam jedna jednostka szpitalna i czy jest izba przyjęć, czy SOR, to albo jest zakontraktowane przy SOR, albo przy izbie przyjęć. Natomiast widzę pewien problem związany z tym przepisem, który jak gdyby wymusza obecność nocnej i świątecznej pomocy przy SOR. To dotyczy głównie dużych miast, gdzie czasami mamy skupisko dużych szpitali w sąsiedztwie kilku ulic i czasami mamy taką dziwną sytuację, że w dużym mieście 300–400 tys. ludzi teoretycznie będzie się mieściło cztery czy pięć nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w bliskiej odległości. Natomiast całe obszary miasta, czasem są to osiedla, gdzie mieszka 40–50 tys. ludzi, pozostają bez takiej bliskiej dostępności, bo ona oczywiście jest, tylko trzeba przez to całe miasto przejechać.

Chciałem zapytać, czy rozważacie państwo taką możliwość, aby w obszarach, w których na danym terenie zabezpieczenia w związku z tym wymogiem posiadania nocnej i świątecznej pomocy przy SOR mógł na przykład miejscowy oddział NFZ tworzyć mapę do tych świadczeń. On ma lepsze rozeznanie. Taki prosty, sztywny mechanizm wymuszający tę nocną i świąteczną pomoc przy SOR. Tak jak mówię, on się sprawdza w powiatach bardzo fajnie, bo jest jedna jednostka i zazwyczaj jest to albo SOR, albo izba przyjęć, natomiast w dużym mieście robi się kłopot. Nie wiem, czy podtrzymany będzie ten przepis, który mówi o tworzeniu tych pediatrycznych SOR, bo jeżeli tak będzie, to też robi się kolejny problem. Jeżeli mamy najczęściej – ja mogę to powiedzieć na przykładzie miasta Lublina – jeden duży szpital kliniczny, gdzie są oddziały pediatryczne i gdzie będzie SOR teoretycznie pediatryczny... Teraz proszę sobie wyobrazić, że na tych innych NiSOZ powstanie na pewno taki mechanizm odsyłania tych dzieci, bo zawsze będzie mechanizm „proszę iść do SOR pediatrycznego”.

Z kolei pojawi się następny problem z rozliczeniem, bo jak będzie... I to jest to samo, co mówiłem o tych NiŚOZ przy bliskiej lokalizacji. Jak państwo sfinansujecie świadczenia związane z tymi świadczeniami w domu pacjenta? Na ulice się to podzieli, na bloki? Bo będzie bardzo ciężko ustalić reguły finansowe, jeżeli będziemy mieli trzy NiŚOZ w sąsiedztwie kilkuset metrów od siebie, to ten obszar między nimi musi być jakoś zabezpieczony i musi to być jakoś jasno określone, gdzie ewentualnie ta pomoc w domu pacjenta jest udzielana. Tak że myślę, że warto jest nad tym się tak naprawdę pochylić i zastanowić, czy nie zmienić sposobu organizacji, jeżeli chodzi o obszary, w których jest więcej niż jeden SOR, który będzie wymuszał tworzenie więcej niż jednego ośrodka nocnej i świątecznej pomocy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

Rozumiem z pana wypowiedzi, że każdy szpital, który posiada szpitalny oddział ratunkowy, z mocy prawa – w cudzysłowie – będzie zobowiązany uruchomić nocną i świąteczną pomoc lekarską czy opiekę lekarską. Natomiast to, co nie zostanie obszarowo zapewnione, to w tym momencie będą dodatkowe postępowania konkursowe i mogą się zgłaszać szpitale, które posiadają izbę przyjęć. Ale przewiduje MZ czy NFZ również realizację tego świadczenia przez ambulatoryjne podmioty, tak jak kiedyś. Właśnie to, co tutaj pan poseł mówi, kiedyś były kontraktowane świadczenia w tej nocnej pomocy na obszary i jeżeli szpital nie wystąpił, to było kolejne postępowanie, gdzie każdy podmiot, każda przychodnia praktycznie mogła ubiegać się o kontrakt. Czy tutaj widzicie też takie rozwiązania?

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Ja jeszcze, jeżeli mogę dwa słowa dopowiedzieć, bo sobie przypominałem.

Tam, na przykładzie Lublina, funkcjonują trzy ośrodki nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Jak wejdą te przepisy, będzie musiało powstać pięć. Nie zakładam, że się pula pieniędzy zwiększy, więc prawdopodobnie będzie się dzielić te pieniądze, a zgadzam się tutaj z kolegą posłem, że sposób finansowania tych świadczeń nie jest najbardziej bogaty, więc to znowu będzie kolejny problem, który nam się zrodzi w momencie, kiedy ten przepis będzie się utrzymywał. Naprawdę zachęcam do rozważenia takiej możliwości, w której oddział NFZ w danym miejscu, który ma najlepsze rozeznanie i który naprawdę będzie mógł taką fajną mapę tych świadczeń stworzyć – niekoniecznie to musi się mieścić przy SOR, może przy innym szpitalu z izbą przyjęć, może w jeszcze innej lokalizacji przy jakimś POZ, bo to też czasami tak bywało kiedyś – tak żeby ta dostępność była w miarę równomierna na obszarze takiego dużego miasta kilkuset tysięcy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Proszę bardzo.

Poseł Tadeusz Chrzan (PiS):

Pani przewodnicząca, dwa słowa do tej nocnej i świątecznej pomocy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dwa słowa i pan dyrektor skomentuje.

Poseł Tadeusz Chrzan (PiS):

Ale ja w tym samym temacie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę.

Poseł Tadeusz Chrzan (PiS):

Dziękuję. Niestety mam duże obawy, że przy tym obecnym poziomie finansowania to jednak to, że NFZ ogłosi kontrakty, to one zostaną bez rozstrzygnięcia. Na dzisiaj to finansowanie jest tak niskie... Ale też myślę, że państwo pamiętają, że naprawdę bez obowiązku tworzenia tej nocnej i świątecznej przy szpitalach pewnie by POZ z tego zrezygnowały ze względu na wysokość świadczeń.

Drugi problem to jest też problem lekarzy, którzy w NZOZ zarabiają takie pieniądze, że niestety nie chcą pracować po 15.00 i po południu, więc dzisiaj już z obsadzeniem przez lekarzy nocnej i świątecznej jest duży problem. Jeżeli my to wyjmemy z obowiązku, i tak jak pan dyrektor mówi, puścimy to na wolne kontraktowanie, to ja mam duże obawy, których pewnie pan dyrektor nie podziela. Jeśli podziela, to proszę to powiedzieć, że zostaniemy, o czym mówi pan poseł, z dużymi białymi plamami bez zapewnienia tej nocnej i świątecznej pomocy i z kolei znów będziemy wszyscy narzekać na SOR i izby przyjęć, bo one się po prostu zakorkują. Więc to, o czym mówił pan poseł, pan dyrektor, warto jest rozważyć. Wprowadźmy czy też rozważmy wprowadzenie w tym projekcie obowiązku, być może jeszcze poszukajmy pieniędzy w POZ, bo to też stamtąd powinno być finansowane. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Dziękuję, bo to są cenne uwagi, które my rozważymy. Ja sobie zanotowałem, żeby je przeanalizować i przemyśleć, czy faktycznie jest konieczność tak naprawdę przy wszystkich SOR tworzyć nocną i świąteczną opiekę w sytuacji, kiedy te szpitale są obszarowo bardzo bliskie. Tym bardziej, że w nocnej i świątecznej opiece również są zapewnione wyjazdy i wtedy podzielenie tych regionów będzie problematyczne. Więc to jest jeszcze do przemyślenia, jak zorganizować tę opiekę.

Oczywiście co do poziomu finansowania to jest, jaki jest. Miejmy nadzieję, że ten poziom będzie na tyle dobry, że się będzie bilansowała ta nocna i świąteczna opieka.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Ale te zmiany w realizacji nocnej i świątecznej opieki są planowane już teraz, czy od kiedy? Temat został wywołany, ale rozumiem, że na razie są te umowy, które zostały zawarte i są kontynuowane, tylko państwo rozważacie jakieś wymodelowanie tego systemu, czyli dotychczasowy system udzielania świadczeń w nocnej i świątecznej opiece medycznej będzie nadal kontynuowany. I do kiedy jest przedłużony ten termin obowiązywania tych umów?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Do czerwca na pewno... Do czerwca 2026 r. i do kolejnej kwalifikacji do sieci wtedy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze, bo już tak dokładnie nie śledziłam tych poszczególnych umów, które wygasają, bo też są zmieniane i dlatego sądziłam, że ta dyskusja jest wywołana, że już jakieś zmiany państwo projektujecie. Czyli jest jeszcze ten czas na to, żeby zastanowić się, w taki rozsądny sposób przygotować te kontraktowanie.

Dobrze. Czy ktoś z państwa... Bardzo proszę.

Pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Państwo posłowie, szanowni państwo, ja mam co do tego ostatniego wątku rzeczywiście podobną uwagę jak państwo posłowie. My z całą pewnością mamy trudności nie tylko finansowe, ale przede wszystkim kadrowe – jak państwo zajrzycie na nocną i świąteczną, to znajdziecie państwo naprawdę albo lekarzy, którzy są świeżo po studiach, albo takich, którzy od wielu lat mieliby prawo korzystać z emerytury. Nikogo nie chcę obrażać, ale to jest dosyć powszechny obraz, więc mamy problem z tego tytułu.

Szczerze mówiąc, też jestem nieco zaskoczony, dlatego że, drodzy państwo, gdyby przyjąć założenie, że podstawą nocnej i świątecznej opieki są SOR, to w województwie śląskim na jedną nocną i świąteczną opiekę zdrowotną przypadałoby 290 tys. mieszkańców, na Podlasiu – 87 tys. mieszkańców, ale jak państwo się domyślacie, liczba nocnej i świątecznej opieki na prawie 300 tys. mieszkańców jest abstrakcją. Ja myślę, że wielu dyrektorów się tylko ucieszy z tego rozwiązania, bo rzeczywiście jest gehenną

znalezienie personelu. To finansowanie też jest marne. Będzie problem rzeczywiście ze znalezieniem chętnych do prowadzenia tejże nocnej i świątecznej opieki, szczególnie w mniejszych ośrodkach. Gdyby to było na tej zasadzie, że my mamy prawo się wyłączyć z tego systemu, tak jak pamiętacie państwo, kwestia szpitali pediatrycznych, tej nocnej i świątecznej dla wszystkich. Tu jest w tę stronę i bardzo dobrze, że teraz jest także propozycja, zresztą ona jest wdrażana już w większości przypadków, że SOR w szpitalu pediatrycznym ma udzielać pomocy dzieciom. To jest pierwsza sprawa, którą sygnalizuję.

Chciałbym zapytać o jedną rzecz. Proszę o wyjaśnienie, jeżeli chodzi o kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog. Ja rozumiem, że tu mówimy o kimś, kto uzyskał tytuł zawodowy technik elektroradiolog. Ile jest takich osób i kto wystawia im dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog? To nie oznacza, że to jest ktoś, kto ukończył technikum, tylko ma potwierdzenie kwalifikacji w zakresie technika. W związku z tym pytanie, ile takich osób jest i czy rzeczywiście zależy nam na tym, żeby oni w tym systemie wykonywali badania TK.

Trzecia sprawa dotyczy tej ustawy restrukturyzacyjnej, której na razie nie możemy się doczekać, ale ja chciałem prosić o wyjaśnienie, czy ja dobrze czytam, bo my na Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego prosiliśmy o to, aby, jeżeli w ogóle powstaną związki samorządowe do prowadzenia szpitali, żeby można było...

Posel Elżbieta Anna Polak (KO):

Chodzi o tę konsolidację?

Pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Tak, o tę konsolidację, żeby w przypadku konsolidacji można było SPZOZ, które wejdą do tego związku, przekształcać w spółki prawa handlowego.

Czytam w tym materiale, który otrzymałem, że jest nowy projekt ustawy z 20 listopada i tu się mówi o tym... czytam wprost: „Projekt wprowadza możliwość tworzenia i prowadzenia SPZOZ, a także podmiotów leczniczych w formie spółek kapitałowych i jednostek budżetowych przez związki jednostek samorządu terytorialnego. Dzięki temu podmioty lecznicze będą mogły się łączyć, co umożliwi stworzenie większych i bardziej efektywnych jednostek”.

Jak należy to czytać? W taki oto sposób – jak ja mam dwie spółki i je prowadzę dzisiaj, robimy związek i obie spółki wchodzi, to ja mogę z nich zrobić jedną spółkę, czy mogę to odczytywać też tak – miałem SPZOZ, weszły do związku i mogę na ich podstawie utworzyć spółkę. To jest zasadnicza różnica, czyli mówiąc krótko, na bazie SPZOZ mogę utworzyć spółkę, o co prosiliśmy, choć wydaje się to być i tak mało prawdopodobne, że ktoś z tego rozwiązania skorzysta, ale prosiliśmy...

Posel Elżbieta Anna Polak (KO):

Można. Ja tak robiłam.

Pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

No tak, tylko że pamiętacie państwo, rozgorzała dyskusja powszechna przy poprzednim projekcie, ogromny krzyk z różnych stron, że to jest jakaś próba prywatyzowania szpitali i system się rozleci z tego powodu.

Szczerze mówiąc, nie wiem, jak czytać ten materiał, i dlatego proszę o wyjaśnienie, czy będziemy mogli jako samorządy, tworząc związek, przekształcać w ramach tego związku SPZOZ w spółki prowadzące podmioty lecznicze. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Może kolejne pytanie. Bardzo proszę.

Ekspert ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej Krzysztof Zdobyłak:

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

Państwo przedmówcy skupili się na tym, o czym ten materiał mówi, a ja chciałbym skupić się na tym, czego w tym materiale nie ma. Wszyscy zdajemy sobie sprawę,

że system ochrony zdrowia jest w kryzysie, a nawet w równoległych trzech kryzysach: finansowania, nieefektywności i zaufania. Wydaje mi się, że można by oczekiwać, że zmiany, które nastąpią w przyszłym roku, będą troszkę większe.

Po pierwsze, chciałbym zapytać, które z tej długiej dość listy zmian są już pewne, to znaczy, jest już do nich uchwalone prawodawstwo, bo jak na razie chyba o większości usłyszeliśmy, że są na etapie planowania, a które są już pewne, że wejdą w życie.

Po drugie, jaki jest szacowany wpływ tych zmian albo na koszty, albo na dostępność, bo jeżeli jedyną twardą liczbą w tym dokumencie jest 10 mln zł, które też w odniesieniu do ponad 200 mld zł wydawanych na ochronę zdrowia – szczerze powiedziawszy – nie brzmi jak duża zmiana. Chciałbym spytać na podstawie estymacji wpływu tych zmian, które z nich są też najbardziej priorytetowe, mają największy wpływ. Takimi dużymi nieobecnymi tego dokumentu są dwa flagowe jednak programy.

Co z opieką koordynowaną w 2025 r. i co z odwracaniem piramidy świadczeń? Zwłaszcza ten drugi projekt trwa już od roku i chyba można by oczekiwać, że w 2025 r. przynajmniej pilotaże już się zaczną dziać, a tej informacji tutaj brakuje. Będę wdzięczny za odpowiedź. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo dziękuję.

Jeszcze jedno pytanie. Czy ktoś chce... To bardzo proszę, może po kolei będziemy.

Dyrektor Sekcji Raka Płuca Fundacji To Się Leczy Aleksandra Wilk:

Aleksandra Wilk, dyrektor Sekcji Raka Płuca Fundacji To się Leczy.

Odniosę się do tego, że jest właśnie planowane wdrożenie nowego modelu organizacyjnego opieki nad pacjentami, czyli cancer unity i mam na myśli opiekę nad pacjentami z rakiem płuca. Czy znamy przybliżone terminy, kiedy będziemy mogli to wprowadzić, kiedy pacjenci będą mogli oczekiwać, że one zostaną uruchomione? Odnosnie do odwracania piramidy świadczeń mamy też AOS. Mówiliśmy o tym, czy tej finansowanie diagnostyki zostanie albo przeniesione, albo też zwiększone finansowanie właśnie w poradni ambulatoryjnej przyszpitalnej, jeżeli chodzi o diagnostykę zwłaszcza chorób nowotworowych. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Może poproszę o odpowiedź, bo trzy pytania; po trzy pytania seria i odpowiedź. Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Na pytanie pana przewodniczącego Marka Wójcika – jeżeli chodzi o liczbę osób, których dotyczą dyplom potwierdzającego kwalifikację, nie znam odpowiedzi na to pytanie teraz, mówiąc szczerze.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Może tak powiem – doceniając tutaj wiedzę i kompetencje pana dyrektora, bardzo ubolewam, że nie ma nikogo po raz kolejny z kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, bo skądinąd jest to ważna podkomisja do spraw organizacji ochrony zdrowia i mieliśmy przyjemność chyba tylko raz czy dwa razy gościć przedstawicieli kierownictwa, którzy mogliby szerzej popatrzeć i odpowiedzieć też perspektywicznie na niektóre pytania czy tematy, które państwo poruszacie. Rozumiem, że pan dyrektor ma dużą wiedzę o różnych projektowanych działaniach, natomiast za strategię odpowiada kierownictwo MZ, a wiele tych pytań dotyczy tak de facto strategii. Pan może nam mówić o tym, co faktycznie już zostało wdrożone i jakie zasady wdrożenia, ewentualnie jakiś rys tylko przedstawić projektowanych tam zamiarów.

Tak że trudno jest też mieć pretensje do pana, ale w takim razie my poprosimy, żeby jednak były odpowiedzi na piśmie i w tym momencie może państwo z kierownictwa pochylić się nad tymi odpowiedziami.

Dobrze, teraz do kolejnego pytania.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Oczywiście potwierdzam. Pan przewodniczący pyta się o spółki kapitałowe, czy JST będą mogły zakładać... Tak.

Jeżeli chodzi o element...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

W tej chwili na etapie projektowania państwo mówicie, że tak, natomiast jest jeszcze droga legislacyjna bardzo daleka przed tym projektem.

Poseł Elżbieta Anna Polak (KO):

Dzisiaj też mogą.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Oczywiście, że mogą, natomiast my mówimy o spółkach prowadzonych w formie związków samorządów. Tego w przepisach prawa na dzień dzisiejszy nie mamy wyjaśnionego – pan dyrektor potwierdza to, co jest w projekcie, i jak należy to interpretować, natomiast jaki będzie ostateczny kształt tej ustawy, to dopiero jak podpisze prezydent, będziemy wiedzieć.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Zgadzam się. Dziękuję bardzo.

Jeżeli chodzi o te całe elementy, to moim zdaniem największy wpływ na zmianę, jeżeli nie mówimy o projektach, bo jeżeli mówimy o projekcie ustawy, o której teraz rozmawialiśmy, to oczywiście ona ma największy impakt na system. Natomiast to jest, jak pani przewodnicząca powiedziała, wydarzenie przyszłe i niepewne.

Jeżeli odnosimy się do tego, co jest pewne, to pewne są: wprowadzenie tych badań do tego rozporządzenia do TK tętnic; wprowadzenie termoablacji i krioablacji w różnych typach nowotworów jako świadczeń gwarantowanych; wprowadzenie tego świadczenia fotoferezy w chorobie przeszczep przeciwko gospodarzowi. I to są zdarzenia pewne. Dodatkowo, jeżeli mówimy o tym... I pewne jest też zdarzenie, czyli przeprowadzenie przez AOTMiT taryfikacji tych sekcji, o których mówiłem, czyli od razu powiem pani, że ta taryfikacja, jeżeli to jest szpital i AOS, to będą, tak jak w poprzednich elementach, jeżeli były wyłącznie taryfikowane, to zwykle łączyło się to też z pewnym podniesieniem pewnych procedur diagnostycznych w AOS, natomiast obniżeniem tego w szpitalu, tak żeby zachęcać do realizacji tych procedur w ramach AOS.

Do OKPOZ się nie odnosiliśmy w tym zakresie, dlatego że te plany, które są, to jest dalsze rozwijanie potencjału OKPOZ, to znaczy zawieranie coraz większej ilości umów poprzez zachęcanie efektywnie poprzez szkolenia koordynatorów, które są w programie FERS, i umożliwienie występowania w konkursie o sfinansowanie w 100% sprzętu i drobnych remontów w procesie FEnIKS, który, tak jak już było wielokrotnie wspomniane na wielu wystąpieniach, że tam najwyższe są punktowane właśnie te podmioty, które realizują OKPOZ.

Odnosząc się do tego, czy jeszcze jakieś dodatkowe elementy planujemy jako ministerstwo w OKPOZ, to planujemy wprowadzenie monitorowania onkologicznego po zakończonym aktywnym leczeniu i po tym okresie, i dodatkowo fizjoterapię, natomiast to jest ten element, który cały czas dyskutujemy. Nie dlatego, że byłoby to nie do wdrożenia, tylko to jest taki element, który, zastanawiamy się, nie zniechęci przy takiej propagacji, jak aktualnie OKPOZ, czyli ok. 40%; czy dokładanie dodatkowych ścieżek i obowiązków na POZ de facto nie zniechęci w ogóle do podpisywania umów na realizację tego projektu. Stąd to jest jeszcze w trakcie takich prac analitycznych i dyskusji ze środowiskiem.

Odpowiedziałem na to, kiedy taryfa. Natomiast jeżeli chodzi o unity, to stawiam na połowę przyszłego roku, ale ja bym tak to widział, ale też nie jest to jedynie decyzja mojego ministerstwa. Tam również i Krajowa Rada Onkologiczna w tym zakresie pracuje, więc trochę jesteśmy do tej rady... od wyników jej prac i zespołów trochę zależni.

O odpowiedź na OPŚ i na temat projektu odwróconej piramidy świadczeń to bardzo poproszę panią dyrektor Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, panią Agatę Śmiglewską, która jest szefową tego projektu.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak, oczywiście.

Bardzo proszę.

Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia Agata Śmiglewska:

Dzień dobry państwu. Agata Śmiglewska, Departament Analiz i Strategii w MZ.

Od stycznia pracujemy nad takim zadaniem, które nazwaliśmy „odwrócona piramida świadczeń”. Ten tytuł krąży w przestrzeni publicznej, natomiast nie do końca odzwierciedla to, co rzeczywiście się w ramach tych zadań dzieje. Rzeczywiście przewidywanym efektem wszystkich mechanizmów, nad którymi obecnie pracujemy, jest odwrócenie tego poziomu finansowania, tak niekorzystnego u nas w kraju, czyli cały ciężar spoczywa na szpitalu i to ma być efekt naszych prac.

Zadanie jest podzielone na kilka cykli dziedzinowych. Obecnie pracujemy nad kardiologią, pulmonologią i endokrynologią. Zakłada się zupełnie inne patrzenie na organizację systemu ochrony zdrowia, czyli w ramach tych prac analitycznych na początku wyszliśmy od ścieżki pacjenta, czyli patrzymy, jak i taki uniwersalny schemat został opracowany dla wszystkich typów poradni, taka optymalna ścieżka pacjenta od momentu, kiedy on się pojawia w POZ poprzez określenie momentu, w którym ten pacjent powinien przejść do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W ramach AOS przewidziane są pakiety diagnostyczne wstępne, diagnostyczne pogłębione i pakiety dotyczące monitorowania po to, żebyśmy wiedzieli, na jakim etapie jest ten pacjent i mogli tym zarządzać. Następnie opracowujemy mechanizmy, które umożliwią powrót tego pacjenta po przeprowadzonym leczeniu do POZ i powrót do AOS na ten etap ewentualnie niezbędnego monitorowania.

W następnym kroku projekt przewiduje redefinicję produktów charakterystyki JGP po to, żeby z kolei nie stymulować i nie inspirować do diagnostyki w ramach hospitalizacji. Projekt zakłada jakby odejście od takiego wyłącznie ekonomicznego podejścia do fazy klinicznej opieki nad pacjentem i właśnie dlatego pracujemy nad tą ścieżką kliniczną. Projekt jest realizowany w partnerstwie zarówno z NFZ, AOTMiT, Departamentem Lecznictwa MZ, Departamentem Opieki Koordynowanej MZ po to, żeby wszystkie te mechanizmy były spójne i żeby nie wchodziły ze sobą w jakiś sposób w konflikt. Pan dobrze zna ten projekt, bo zapraszaliśmy pana również; zapraszamy różnych uczestników z systemu ochrony zdrowia do rozmów i do wypracowania tych mechanizmów. W związku z tym posiłkujemy się też wsparciem szerokiego gremium ekspertów zarówno polskich towarzystw, jak i konsultantów krajowych, jak też reprezentantów świadczeniodawców.

Obecnie jesteśmy na etapie takim, że kardiologia jest w zasadzie koncepcyjnie zakończona. Mamy wypracowane te pakiety, mamy wypracowane mechanizmy – podkreślam jeszcze raz – z ekspertami, czyli akceptowalne przez środowisko, natomiast to jest projekt bardzo długofalowy, bo jest bardzo szeroki. W związku z tym obecnie robimy mapę legislacji, która będzie niezbędna do wdrożenia tych mechanizmów, i nad rozwiązaniami informatycznymi, dlatego że tak szeroka komunikacja i poprowadzenie pacjenta poprzez różne poziomy opieki, poprzez różnych świadczeniodawców wymaga wielkiego wsparcia informatycznego. W związku z tym taki optymistyczny plan jest taki, że ta kardiologia, pulmonologia i endokrynologia gdzieś w okolicach półrocza 2025 r. będzie możliwa. Natomiast znając sytuację, znając te kryzysy, o których pan powiedział, czyli rzeczywiście wielkim kryzysem jest dostępność pacjenta do opieki ambulatoryjnej, jakość, optymalizacja tej opieki pacjenta... pracujemy teraz nad takim rozwiązaniem, powiedzmy, krótkoterminowym, które spowoduje, czy też wytworzy taką przestrzeń dla wdrożenia tego dużego mechanizmu, nad którym pracujemy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Brzmi to bardzo dobrze, natomiast zobaczymy, w jaki sposób będzie wprowadzane. Rozumiem, że w tej chwili tylko w tych trzech czy czterech zakresach jest projektowana.

Dyrektor departamentu MZ Agata Śmiglewska:

Teraz trzy, a od stycznia zaczynamy kolejne dwie dziedziny. Planujemy okulistykę, neurologię i reumatologię. Tak sukcesywnie ten pierwszy, rozruchowy, koncepcyjny etap musiał trwać tak długo, natomiast liczymy, że po wypracowaniu tych mechanizmów

na tyle, na ile one będą specyficzne, uniwersalne, to już nie będzie trzeba w kolejnych dziedzinach tego wypracowywać; dalsze prace będą polegały na znalezieniu specyficznych mechanizmów z punktu widzenia choroby, które będą musiały w poszczególnych dziedzinach trochę niuansować ten core, że tak powiem, rozwiązań.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Życzymy powodzenia, żeby to się udało, bo rzeczywiście to mogłaby być duża zmiana w systemie ochrony zdrowia.

Natomiast myślę, że bardzo duże zmiany będą dotyczyły leczenia szpitalnego w tym zakresie, bo skoro delegujemy większość tych świadczeń w poszczególnych obszarach do AOS... więc pojawi się też problem chyba jakiś w tych podmiotach, które udzielają konkretnych rodzajów świadczeń, konkretne oddziały posiadają... Myślę, że jest sporo pracy do wykonania, żeby to przeprofilować, bo to nie o to chodzi, żeby pacjentów tylko i wyłącznie jakoś tam lokować w AOS, ale jednak i finansować świadczenia szpitalne w takim wymiarze, jak to w tej chwili wygląda. Jest sporo takiej pracy i pewnie też takie rzeczy bierzecie pod uwagę – funkcjonalność systemu i oddziaływanie na system, na strukturę ochrony zdrowia w ogóle w naszym kraju.

Dyrektor departamentu MZ Agata Śmiglewska:

Jeśli mogę jeszcze dopowiedzieć, to te rozwiązania tak naprawdę zdiagnozowaliśmy – główne powody braku tej dostępności i tej nieoptymalnej ścieżki klinicznej pacjenta.

Czyli, po pierwsze, w AOS mamy bardzo duży udział pacjentów, którzy są w AOS raz. Jeśli są raz, to tak naprawdę być może nie potrzebowali wizyty ambulatoryjnej. Nadmierne skierowywanie pacjentów z POZ do AOS, czyli tak naprawdę, jak przychodzi pacjent z dusznością, to może dostać trzy skierowania jednocześnie: do kardiologa, pulmonologa i alergologa. My w ten sposób nieoptymalnie wykorzystujemy dosyć ograniczony zasób, więc jak wdrożymy mechanizmy i... Mało tego, ten pacjent jednorazowy, jeżeli w kardiologii duży udział tych pacjentów dotyczy nadciśnienia samoistnego, to znaczy, że ten pacjent to jest pacjent, który powinien być zaopiekowany w POZ. I tutaj mam jako wsparcie, tę opiekę koordynowaną, ale wiemy, że jeszcze pokrycie na mapie Polski tą opieką koordynowaną nie jest pełne. W związku z tym to są takie mechanizmy, którym chcemy zapobiec, takie powody.

Poza tym druga przestrzeń nieoptymalnego wykorzystania AOS to jest rotacja pacjenta, który zakończył proces leczenia i on jest w procesie monitorowany. Przychodzi ten pacjent – w ciągu roku ma 5, 10, 15 wizyt. To jest kolejny obszar w AOS, który, jeżeli dobrze zagospodarujemy, to umożliwi wejście pacjentów pierwszorazowych, pacjentów, którzy dziś czekają w kolejce. Taka jest myśl.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

No tak, bo wiemy, jak funkcjonują systemy w innych krajach, gdzie już to funkcjonuje, że większość tych problemów zdrowotnych pacjentów rozwiązywanych jest na poziomie POZ i AOS, a szpital to jest dosłownie ułamek świadczeń.

Bardzo proszę, pani poseł.

Posel Elżbieta Anna Polak (KO):

Bardzo dziękuję. Nie chcę przedłużać. Poproszę na piśmie, chyba że będzie krótka odpowiedź, bo już jesteśmy zmęczeni. Ja mam takie pytanie, bo gdzieś... Nie wiem, zgubiłam się chyba. Na jakim etapie jest opieka koordynowana chorób jelit, głównie Crohna? Wiem, że był taki projekt przygotowany, prowadzony przez konsultant krajową, prof. Rydzewską bodajże. To jeden temat.

Po drugie, mam różne informacje na temat KPO po rewizji, a tu właśnie ten temat, który zaproponowałam na przyszły rok – rozpatrzenie informacji dotyczącej oceny efektywności, dostępności i jakości ochrony zdrowia – to jest temat wyjęty z KPO, gdzie mieliśmy konkretne inwestycje, ile sprzętu będzie zakupionego, jakie będą środki w tym rozdziale pod takim tytułem. Potrzebujemy taką króciutką, kompleksową informację, jak to wygląda po rewizji. Tak, bardzo proszę na piśmie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę. Ja myślę, że obydwie tematy, które pani poseł...

Bardzo prosimy. Pan dyrektor chyba jeszcze chciał skomentować, tak? Czy uzupełnić wypowiedzi?

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak, jeżeli chodzi o opiekę koordynowaną, to już na piśmie odpowiemy.

Natomiast ja bym chciał uzupełnić, bo to jest jeden z elementów tej ustawy, która jest procedowana, czyli ta możliwość przekształcania się w jednodniówki bez straty umowy, czyli przez przerzucanie do AOS tych elementów zabiegowych z hospitalizacji pełnej do planowej. Teraz wszyscy, którzy są w sieci, muszą mieć hospitalizację pełną w tych profilach. Jeżeli przekształcają się w planówkę albo jednodniówkę, to muszą wystąpić w konkursie, co nie jest pewne, czy wtedy ten kontrakt dostaną. Już nie mówiąc, że któryś z profili wykreślają, który ich kwalifikował do sieci, to już w ogóle wtedy tracą umowę. Więc jednym z tych pomysłów w tej ustawie, która miałaby wejść teraz, podążając za tą odwróconą piramidą świadczeń, miałoby być to, że bezkarnie podmioty mogą się przekształcać w niektóre oddziały. Oczywiście nie może być tak, że wszyscy się przekształcą na terenie, więc to będzie zatwierdzane i rozpatrzone przez dyrektora oddziału na potrzeby zdrowotne, ale że będą się mogły przekształcać bez utraty umowy sieciowej. Wtedy będziemy mieli trochę synergii z tą odwróconą piramidą świadczeń, bo jeżeli będziemy mieli jednodniówkę zakontraktowaną, to będą mogli korzystać z tych rozwiązań, a niekoniecznie na przykład z całą interną z kardiologią.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę po kolei.

Specjalista zdrowia publicznego i epidemiologii, prezes EconMed Europe Michał Seweryn:

Bardzo dziękuję. Michał Seweryn, ja jestem farmakoekonomistą i epidemiologiem. Pracuję naukowo na Uniwersytecie Frycza Modrzewskiego w Krakowie.

Chciałem zapytać, korzystając z obecności pani dyrektor, czy są w ogóle w planach działania związane z odwróconą piramidą świadczeń w odniesieniu do programów lekowych, zwłaszcza programów lekowych onkologicznych, ponieważ zajmowałem się tym tematem, współtworząc niedawno raport dotyczący raka płuca wspólnie z Polską Grupą Raka Płuca, który to... Nie wiem, czy państwo zdajecie sobie sprawę – wydajemy ponad 1 mld zł na ten jeden program lekowy i tam właśnie bardzo szczegółowo prześledziliśmy ścieżkę pacjentów i ta ścieżka jest faktycznie bardzo daleka od optymalnej.

Pacjenci w sposób bardzo duży mają utrudnione swoje życie, ponieważ przeprowadziliśmy ankietę wśród pacjentów i 45% z nich twierdziło, że dojazdy do szpitali bardzo mocno dezorganizują im życie. Policzyliśmy bardzo szczegółowo koszty związane z absencjami chorobowymi pacjentów, związane z absencjami osób, które się opiekują pacjentami. Bardzo wyraźnie widzimy, bo 80% świadczeń to jest hospitalizacja pacjentów, podczas gdy mamy dostępne bardzo często, oczywiście nie w każdym przypadku, ale formy tabletkowe, formy podskórne i ci pacjenci, którzy zgodnie z tą ankietą dojeżdżają średnio 86 km do dużych ośrodków onkologicznych, ewidentnie w wielu przypadkach nie musieliby w tych ośrodkach onkologicznych być przyjmowani tylko po to, aby wydać im tabletkę albo tylko po to, żeby zrobić im zastrzyk. Tutaj Polska Grupa Raka Płuca, składająca się przecież z klinicystów, między innymi konsultanta krajowego, ewidentnie widzi bardzo wysoki brak optymalności, zwłaszcza biorąc pod uwagę to, że epidemiologia w przypadku nowotworów jest mało optymistyczna. Nabór nowych lekarzy onkologów również jest bardzo mało optymistyczny, ponieważ na 200 miejsc zgłasza się 15 rezydentów i tu obejmuje rezydenturę. Warto byłoby też być może o tym pomyśleć. Stąd moje pytanie: Czy w obszarze programów lekowych, gdzie widzimy bardzo dużo potencjału optymalizacji, zwłaszcza tych onkologicznych, są planowane też prace? Dziękuję bardzo

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ja może wzmocnię też ten głos, dlatego że do nas docierają sygnały, że rzeczywiście w programach lekowych pacjenci są zmuszeni pokonywać, powiedzmy, dziesiątki kilometrów po to, żeby na przykład mieć wykonane kilka badań, które mogą wykonać u siebie w najbliższej placówce, najbliższym podmiocie leczniczym i te badania można... Ja rozumiem, że program lekowy jest koordynowany, nadzorowany przez konkretnych specjalistów w danej dziedzinie i chcieliby też taką rolę utrzymać, ale niektóre czynności w ramach tego programu lekowego, niektóre świadczenia można by było wykonywać w innych podmiotach leczniczych i też ta weryfikacja na miejscu – to na pewno byłoby dla pacjenta o wiele korzystniejsze, a być może nawet z punktu widzenia ekonomiki ochrony zdrowia też. To słuszna uwaga. Nie wiem, czy państwo w tym zakresie planujecie...

Dyrektor departamentu MZ Agata Śmiglewska:

Odwrocenie piramidy świadczeń w zakresie programów lekowych jest chyba najprostszym możliwym mechanizmem. Od jakiegoś czasu NFZ stymuluje takie zachowanie i powiem panu, że te zróżnicowanie w województwach – akurat robiłam taką analizę – jest bardzo duże. Są takie podmioty, które jeden program w jednym regionie – jakiś szpital – realizują w 80% ambulatoryjnie, a w drugim krańcu Polski ten sam program świadczeniodawca realizuje w zupełnie odwrotnej proporcji. Rzeczywiście te programy lekowe są podzielone na samo podanie leku i na tę obsługę, diagnostykę i monitorowanie tego procesu terapeutycznego. Rzeczywiście to podanie leku mogłoby się odbywać ambulatoryjnie i my jako system, jako MZ, jako NFZ staramy się stymulować takie zachowanie świadczeniodawców, natomiast różnie nam to wychodzi. Dziękuję za ten głos, bo wydaje się, że to odwrócenie piramidy jest banalnie proste przy pewnej komunikacji i być może przy prostych mechanizmach, które zachęcą świadczeniodawców do tej formy ambulatoryjnej.

Specjalista zdrowia publicznego i epidemiologii, prezes EconMed Europe Michał Seweryn:

Tylko tytułem uzupełnienia – nasz raport będzie dostępny. My bardzo chętnie się podzielimy tym, bo wykonaliśmy sporą pracę w tym obszarze, nie tylko pytając pacjentów, ale też analizując wszystkie dane. Ze współudziałem klinicystów zaproponowaliśmy jakiś nowy model, który może być optymalny i oparty oczywiście na Lung Cancer Unit, więc bardzo chętnie się włączymy...

Posel Elżbieta Anna Polak (KO):

To samo dotyczy leczenia biologicznego.

Specjalista zdrowia publicznego i epidemiologii, prezes EconMed Europe Michał Seweryn:

Tak, oczywiście. Zresztą AOTMiT wydał w tym zakresie propozycje, rekomendacje, że one powinny pójść do ambulatorium zamiast...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Pani mówi, że to jest proste – tak, z punktu widzenia takiego systemu organizacyjnego jest proste, natomiast tu wchodzi w rachubę kwestia finansowania tych świadczeń. Jeżeli ten pacjent, który jest w programie lekowym, w programie terapeutycznym, założymy, w szpitalu klinicznym w Warszawie, a u siebie chciałby te jakieś monitorujące wizyty odbywać czy diagnostyczne, czy też w kwestii wydania tego leku, to jest kwestia też rozliczenia całego programu lekowego. Myślę, że o to chodzi też, żeby nad tym popracować, żeby w ramach konkretnego programu lekowego była możliwość wykonywania tych świadczeń u innych świadczeniodawców.

Specjalista zdrowia publicznego i epidemiologii, prezes EconMed Europe Michał Seweryn:

Dokładnie. Zaproponowaliśmy taki model, w którym jest ośrodek wiodący, bo wiadomo, że włączanie pacjentów do programów lekowych to jest pewien proces czy ta najtrudniejsza diagnostyka, ale też takie ośrodki współpracujące, które mogłyby być. Zwłaszcza że w świecie e-konsyliów zawsze jest możliwość kontaktu pomiędzy jednym a drugim ośrodkiem, w świecie elektronicznej dokumentacji przecież te badania mogą przepływać. Oczywiście to nie jest proste tak bardzo, bo to zawsze wymaga pewnej zmiany zarządzeń prezesa czy innych aktów prawnych, ale wydaje się, że tu stosunkowo szybko można

by osiągnąć pewien efekt bardzo pozytywny, zwłaszcza że sami onkolodzy mówią, że... My tam pokazujemy konkretne liczby. W samym tym jednym programie przez 5 lat jest trzy razy więcej pacjentów w tej samej substancji szpitali, więc to jest bardzo niepokojące.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze. Rozumiem, że państwo też skrzętnie notujecie te uwagi i ewentualnie przy projektowanych zmianach weźmiecie pod uwagę.

Po kolei może w takim razie.

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, jestem rzecznikiem Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS, a także rzecznikiem osób objętych opieką paliatywną.

Przed wszystkim chciałam bardzo podziękować za udostępnienie dużego wachlarza świadczeń radiologii interwencyjnej, bo to jest czwarta, bardzo ważna metoda leczenia w onkologii, w Polsce przez długi czas niezauważana. My jako pacjenci onkologiczni o tę metodę walczyliśmy i cieszę się, że ona jest.

Natomiast ja mam pytanie – nie wiem, czy dobrze sformułowane – bo jest napisane, że będą wdrażane cancer unity dla dzieci. Mnie się wydaje, że bardziej chodzi o program przejścia z opieki pediatrycznej do opieki dla dorosłych, bo tego nam brakuje. Cancer unity mamy bardzo dobre dla dzieci – nasze nowotworowe leczenie u dzieci jest po prostu na poziomie światowym. Myślę, że chyba bardziej chodzi, panie dyrektorze, o te przejście.

Jeszcze chciałam też nawiązać do tej dyskusji, która się wywiązała, dotyczącej piramidy. Widzę, że ta piramida w lutym będzie szeroko omawiana, ale chciałam zwrócić uwagę, że to odwrócenie tej piramidy, jeśli chodzi o udostępnienie terapii tabletkowych czy terapii podskórnych, jest bardzo ważne i ono ma wiele aspektów dotyczących jakości życia pacjenta, dotyczących finansowania i organizacji pracy. Ta jakość jest bardzo ważna. Ona nie jest uwzględniana przy ocenie technologii medycznych. Nie ma takiego parametru. Mówimy o efektywności i o klinicznej wartości, nie oceniamy leków pod względem ich wpływu na jakość życia pacjenta, a może byłoby warto. Tak samo nie oceniamy kosztów pośrednich, bo było mówione, że pacjent, który dostaje tego typu leczenie, może pracować, ma więcej czasu dla rodziny i to jest szalenie ważne. Pod względem finansowym to też by należało obliczyć właśnie, jakie mamy korzyści z zachowania tego typu leczenia. My wiemy, że te technologie podskórne czy tabletkowe są czasami bardzo drogie w stosunku do dożylnego podania, ale to trzeba właśnie bardzo rozważyć pod tym kątem. Wiem, że pani doktor robiła takie badania i te badania wskazały, że naprawdę jest duża korzyść z tego, tak samo jak z podawania na przykład chemioterapii za pomocą infuzorów, które pacjent może wykonywać w domu. Jest więc dużo takich metod już, powiedziałabym, takiego samoleczenia domowego pacjentów. Jest na przykład takie leczenie podskórne w raku wątroby, już jest wdrożone – pacjenci je dostają, więc myślę, że należałoby to przejrzeć.

Jeszcze chciałam zwrócić uwagę na bardzo ważną rzecz – na to leczenie jednego dnia. Ono jest świetne, tylko jest jedna rzecz, na którą narzekają i pacjenci, i lekarze. To znaczy to, że ono jest obwarowane, po prostu jest tam taka biurokracja w tym, bo ja rozumiem, że to jest prawie tak, jakby się na tydzień przyjmowało pacjenta do szpitala. Więc o tym cały czas mówią lekarze i my też to zauważamy, że ten lekarz, jak nas przyjmuje... jak ja jadę z moją mamą na leczenie jednego dnia, to godzinę zajmuje wypełnianie papierów. Więc coś jest nie tak, coś trzeba by tu zmienić. To raczej do NFZ bardziej uwagi.

Też jeszcze chciałam nawiązać do wypowiedzi koleżanki, bo ona może tak do końca nie powiedziała – chodzi nam o to, że te wszystkie badania diagnostyczne, genetyczne zwłaszcza czy molekularne absolutnie powinny być wykonywane w ambulatorium. Są takie w trzecim koszyku badanie NGS, które, jeżeli jest wykonywane ze świeżego materiału, to pacjent musi leżeć na oddziale. To jest kompletnie bez sensu i wtedy dopiero płaci NFZ za to, więc na pewno trzeba przejrzeć te świadczenia pod tym kątem, bo to też bardzo by nam tę piramidę odwracało.

Jeszcze jedna rzecz, o której chciałam powiedzieć, o hematologii, gdzie brakuje łóżek. My bardzo narzekamy. Hematologia to jest drastyczny brak miejsc do leżenia i są też takie procedury, które umożliwiają pacjentom przejście do opieki ambulatoryjnej.

Dużo już przeniesiono w tej hematologii, ale na przykład jest coś takiego – pacjenci, którzy mają transfuzję, dostają tzw. leczenie chelatujące i te leki są podawane dożylnie, to trwa przez ileś godzin przez kilka dni. To jest bez sensu, a są leki tabletkowe i one są nawet generyczne, polskie firmy je produkują – trzy firmy są w Polsce, które to produkują. Myślę, że też nad tym należałoby się zastanowić. Już nie mówię o dzieciach z hemofilią, gdzie to leczenie podskórne dla nich powinno być jak najszybciej udostępnione, bo o tym na jednym z posiedzeń była mowa. Ono zostało udostępnione, ale jeszcze w zbyt wąskim zakresie. Jeszcze większa liczba dzieci powinna to dostać. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Chciałabym przypomnieć, że jeżeli chodzi o dyskusję na temat odwróconej piramidy świadczeń, to będziemy mieli temat w lutym i tutaj już widzę, że jest bardzo ciekawie i na pewno ta debata będzie bardzo ciekawa, i też z góry tutaj zapowiadamy, że będziemy oczekiwali ze strony MZ już jakichś konkretnych odpowiedzi.

Natomiast proponuję, żebyśmy wrócili do dzisiejszego tematu, jakim są projektowane zmiany w AOS i leczeniu szpitalnym.

Ale to może przy drugiej rundzie, bo pani już zabierała głos, żeby każdemu dać szansę. Poproszę, pani dyrektor.

Prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” Irena Rej:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Chciałam powiedzieć, że bardzo nas cieszy to, że kontynuacja leczenia szpitalnego przechodzi na niższe szczeble.

Chciałam również poinformować panią przewodniczącą, że będziemy uczestniczyć w tym lutowym spotkaniu, ponieważ też robimy projekt związany z odwróconą piramidą świadczeń. Mamy przygotowany raport, więc to się będzie świetnie uzupełniało z pana raportem dotyczącym płuc, związany z kosztami i w ogóle z propozycjami, w jaki sposób można rozwiązać – to, co pani przewodnicząca pytała się – problemy finansowe w momencie, kiedy przekazujemy część świadczeń dalej. Ten problem też już został przez nas zbadany. Zaproponujemy pewne rozwiązania oczywiście do dyskusji. Tak że cieszymy się bardzo, że ta idea przesunięcia, żeby łóżka w szpitalach najdrożej wyceniane były po prostu dla ludzi, którzy chcą przyjść do nowego diagnosty na nowe leczenie, a ci, którzy mają już to na szczęście za sobą, byli leczeni w lepszych warunkach, dlatego że oprócz tych podróży to jeszcze koszty tej podróży pokrywa pacjent, co też jest bardzo istotne. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

Bardzo proszę.

Dyrektor Sekcji Raka Płuca Fundacji To Się Leczy Aleksandra Wilk:

To ja tylko tutaj odniosę się do koleżanki, pani Aleksandry... Przepraszam, to nie ja?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Proszę.

Dyrektor Sekcji Raka Płuca Fundacji To Się Leczy Aleksandra Wilk:

To tak szybko. Odnośnie do AOS nie mówiliśmy o braku finansowania biopsji płynnej w raku płuca. Czyli mamy tę możliwość wykonania badania NGS tkanki, badania zaawansowanego, ale nie mamy biopsji płynnej. To też by się przydało w AOS w przyspieszeniu ścieżki diagnostycznej, dlatego że bardzo często pacjenci, jeżdżąc po ośrodkach w Polsce, marnują ten materiał tkankowy albo też badany jest w kilku ośrodkach i w końcu docierają do kolejnego, i już tego materiału tak naprawdę nie ma, nie ma z czego wykonać, ani rozpoznania postawić, ani wykonać badań molekularnych predykcyjnych czynników do leczenia.

Odnośnie do tych terapii podskórnych... Też współpracuję z Polską Grupą Raka Płuca. Była inauguracja tego raportu, o którym pan wspomina na konferencji tegorocznej, i ta diagnostyka plus te terapie podskórne czy też tabletkowe jak najbardziej... Nasi pacjenci przemierzają albo pół Polski, albo całą Polskę, żeby raz na miesiąc pojechać

po te tabletki. Jeżeli będzie Lung Cancer Unit, czyli będzie główny ośrodek z ośrodkami konsolidującymi, to jasne jest, jeżeli to ma być współpraca, po prostu przekierowanie tego pacjenta, przekierowanie tych tabletek, czyli tego leku do ośrodka najbliższego miejsca zamieszkania tego pacjenta. Ja tak bym to widziała, jeżeli jest taka możliwość i tak to będzie usankcjonowane w tych Lung Cancer Unitach.

Chciałam podziękować, ponieważ już pan dyrektor Mateusz Oczkowski zapowiedział, że ta terapia podskórna, pierwsza immunoterapia będzie wprowadzona w refundacji w styczniu przyszłego roku. Składamy serdeczne podziękowania, bo to jest naprawdę poprawa jakości życia tych pacjentów. To jest 5–8 minut podania, a nie godzina, co maksymalnie skraca czas, nawet jeżeli pacjent dojeżdża, to jest to zdecydowanie poprawienie komfortu. Trzymam mocno kciuki za kolejne nowotwory, na przykład raka piersi, gdzie te pacjentki będą miały możliwość skojarzonej terapii podwójnej w podaniu podskórnym, jeżeli taka wejdzie do refundacji. Tak że bardzo dziękuję i trzymam kciuki.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, kolejny głos.

Ekspert Pracodawców RP Grzegorz Habczyk:

Dziękuję bardzo. Radca prawny Grzegorz Habczyk, ekspert Pracodawców RP.

Ja w temacie sieci szpitali, więc wróćę może do głównego wątku. Odnośnie do kwalifikacji obecnie projekt już po zmianach przewiduje, że kwalifikacja będzie się odbywała w oparciu o decyzję czy postanowienie wojewody, który zasięgnie opinii komisji zespołu, który będzie zgromadzony. Natomiast wydaje mi się, że z intencji uzasadnienia do tej ustawy chyba też chodzi o to, żeby ta kwalifikacja była w jakiś sposób automatyczna, czyli każdy szpital, który posiada jeden bądź więcej oddziałów kwalifikujących z umową na NFZ przez ostatnie 2 lata kalendarzowe, żeby był w tej sieci szpitali.

Jak czytam tę ustawę, to w mojej opinii powinna być właśnie przejrzystość i transparentność tego procesu kwalifikacji, czyli powinna być automatyczna kwalifikacja dla tych wszystkich podmiotów, a dopiero w kolejnym kroku ten zespół konsultujący przy wojewodzie powinien przyjrzeć się białym plamom, potrzebom zabezpieczenia jak najwyższej jakości opieki zdrowotnej lub innym potrzebom regionalnym, bo znają swoje regiony, i zaopiniować te pozostałe szpitale, oddziały, które nie weszły do sieci szpitali, czy powinny być lub nie powinny być w sieci szpitali. Czyli wprowadzić taki miks pierwotnego projektu, który przewidywał sztywne kryteria kwalifikacji nawet z jakąś kwestią jakości, współczynników, procentów wykonywanych zabiegów, a w drugim kroku taki wentyl bezpieczeństwa dla każdego obszaru, gdzie zespół opiniowałby, czy pozostałe ośrodki również nie powinny znaleźć się w tej sieci szpitali. W mojej opinii takie jasne, obiektywne kryteria wprowadzą przede wszystkim dla zarządzających szpitalami pewną stabilność, pewność w zakresie planowania i przyszłości rozwoju i tego, jak mają inwestować w infrastrukturę i też w kadry medyczne, które są towarem deficytowym w dniu dzisiejszym niestety.

Ten temat też wiąże się z drugą reformą, która pośrednio jest projektowana, czyli Siecią Kardiologiczną. Tutaj ustawodawca, już słusznie państwo zauważyli, że... wymaganie w sieci szpitali izby przyjąć do kwalifikacji kontraktu nie jest konieczne, bo izba przyjąć musi być w każdym szpitalu. Każdy szpital ma obowiązek jej posiadania i funkcjonowania, co wynika z rozporządzeń ministra zdrowia. Natomiast przy projekcie – chciałem zwrócić uwagę – Sieci Kardiologicznej utrzymywany jest wymóg posiadania kontraktu na izbę przyjąć, żeby znaleźć się w tej Sieci Kardiologicznej, więc skoro przy sieci szpitali już odchodzimy od tego... Zresztą ministerstwo słusznie zauważa, że posiadanie kontraktu na izbę przyjąć nie jest jakby konieczne do udzielania świadczeń, to żeby zerknąć być może też równolegle do Sieci Kardiologicznej, czy powinno zostawić izby przyjąć jako komórki same albo nie wspominać, że to jest obowiązek, a nie odnosić się do posiadanego kontraktu. Tyle z mojej strony. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Na pewno do rozważenia te propozycje, bo są i za, i przeciw.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Posel Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Tam jeszcze.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę.

Przedstawiciel Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Uprzejmie dziękuję. Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich. Przepraszam, bo usiadłem najwyraźniej po złej stronie.

Natomiast zainspirowany przez pana Marka Wójcika chciałbym zwrócić uwagę na dwa fakty, bo chciałbym cofnąć tę dyskusję do KPO, a dokładnie do „Krajowego planu transformacji”. Jeżeli chodzi o kamień milowy dotyczący transformacji szpitali, to on brzmi dokładnie: „wprowadzenie rozwiązań legislacyjnych służących redukcji zadłużenia szpitali”, więc nie trzeba przyjmować konkretnie jednej albo drugiej ustawy, aby ten kamień zrealizować.

Zwrócę tylko też uwagę, że to, co budziło wielkie zainteresowanie opinii publicznej w kontekście poprzedniego projektu, czyli możliwość łączenia SPZOZ ze spółkami kapitałowymi ma natychmiast jedną bardzo ważną konsekwencję gospodarczą. Mianowicie mam solidne podstawy przypuszczać, że w jeden dzień po wdrożeniu takiego przepisu wszyscy dostawcy szpitali, których klienci to przede wszystkim SPZOZ, dostałyby wypowiedzenie umowy kredytu z banku, co wynika po prostu z tego, że zobowiązania SPZOZ są zobowiązaniami Skarbu Państwa i są traktowane, mimo kilkuset dniowych terminów płatności, za wiarygodnego klienta końcowego.

Natomiast cofnąłem się pamięcią, bo z całego serca wspieramy koncepcję unitów narządowych, natomiast sięgnąłem pamięcią do 2018 r. Wtedy, kiedy miałem zaszczyt pracować w Fundacji Onkologicznej Alivia, ówczesna wiceminister – mam nadzieję, że nie popełniam błędu – pani Katarzyna Głowala wysłała do AOTMiT zlecenie nr 87, w którym określono, żeby właśnie stworzyć koncepcję unitów narządowych dla najczęściej występujących nowotworów: płuco, rak jelita grubego, ginekologia onkologiczna bodaj. Od terminu przesłania tego zlecenia do agencji minęły 2394 dni i nie zdradzę zapewne w szczególnej tajemnicy, że wszystkie te koncepcje są od dawna gotowe. Zachęcam z całego serca do tego, aby ciężką pracę analityków AOTMiT odkopać, o ile te dokumenty zostały przeniesione z ówczesnej siedziby agencji do dzisiejszej i po prostu to wdrożyć. Naprawdę już nie ma żadnego powodu, żeby czekać. Mamy zbyt rozproszoną chirurgię i bez skoncentrowania tych zabiegów po prostu nie ruszymy z poprawą skuteczności opieki onkologicznej w Polsce. Z całego serca proszę o odkopanie tego, co od dawna jest gotowe. Pięknie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że przedstawiciele ministerstwa odkopią, jak to pan nazywa, i mam nadzieję, że te materiały nie mają tylko wartości archiwalnej.

Dobrze. Poproszę jeszcze panią profesor, tak? Pani prof. Barbara Radecka.

Konsultant województwa opolskiego w dziedzinie onkologii klinicznej, ordynator Oddziału Onkologii Klinicznej z Odcinkiem Dziennym Opolskiego Centrum Onkologii w Opolu Barbara Radecka:

Tak, ja nazywam się Radecka. Jestem onkologiem klinicznym, kierownikiem kliniki onkologii w małym ośrodku onkologicznym – Opolskim Centrum Onkologii.

Korzystając z obecności szanownych państwa, chciałam zwrócić uwagę na pewne problemy, które dotyczą opieki onkologicznej w Polsce, która to opieka staje się dramatycznie niewydolna. W tej chwili mamy taką sytuację, jak wspominał pan dyrektor Seweryn, że mamy bardzo niską zgłaszalność młodych lekarzy do tej specjalizacji, zarówno radioterapii, jak i onkologii klinicznej; to są bardzo trudne specjalizacje. Nie lepiej jest w zakresie patomorfologii. Liczba tych chorych systematycznie wzrasta.

Jest jeszcze jedna rzecz, z której nie zdajemy sobie na co dzień sprawy, bo patrzymy tylko na wskaźniki rosnące zachorowań i wydaje nam się, że te wzrosty nie są takie duże. Jednakże znacząco wydłuża się czas, kiedy pacjenci pozostają w systemie tej opieki onkologicznej. Jest coraz więcej dostępnych opcji leczenia. Około 70% chorych

jest leczonych z powodu choroby paliatywnej. Dążyliśmy do tego, aby rak stał się chorobą przewlekłą i tak się stało, ale przewlekłe jest również nieustanne leczenie.

Oszacowałam swoje tylko dane. Leczenie radykalne to chory leczone tylko 5–6 miesięcy średnio. Leczenie paliatywne to 20–25 miesięcy. Z jednej strony wydaje się, że to nie jest niby tak dużo, to są 2 lata, ale są w tym chorzy, którzy są leczeni rok, i są chorzy, którzy są leczeni 10 lat. Jeśli każdy statystyczny chory jest ponad 2 lata obecny w systemie w nieustannym leczeniu, to każdego miesiąca przybywają nowi chorzy, a więc ten system po prostu puchnie ilościowo i to nie jest wynikiem wyłącznie wzrostu zachorowań, ale również tego, że nasi chorzy żyją dłużej, ale przez większość tego czasu pozostają nieustannie pod opieką.

Nawiązując do wypowiedzi pana dyrektora odnośnie do tworzenia KPOZ i tych ścieżek dla różnych obszarów terapeutycznych, pan dyrektor wspomniał, że również są takie plany w odniesieniu do onkologii. Bardzo nas to cieszy – mówimy konkretnie monitorowaniu chorych po przebytym leczeniu onkologicznym. Jednocześnie skomentował pan dyrektor to w taki sposób, że to bardzo trudny obszar i można się spodziewać, że nawet jeżeli wprowadzimy ten system, to nie będzie chętnych na kontraktowanie. Myślę, że takim myśleniem sami się ograniczamy, bo standardy opieki po leczeniu onkologicznym są dosyć jasno zdefiniowane zarówno w zakresie tego, jakie są cele tej opieki, jak i też jak ona powinna wyglądać. Chciałabym, żebyśmy też w tworzeniu tego nie myśleli, że pewnie nikt nie będzie chciał tego robić, bo na pewno znajdą się rozwiązania, które pozwolą, aby część tych chorych po przebytym leczeniu mogła mieć tę opiekę nadal w POZ.

Dziś tak naprawdę chory przychodzi do nas po zaświadczenie na wyrwanie zęba, na zgodę po rehabilitacji po przebytym leczeniu onkologicznym. To również jest przedmiotem pracy codziennej onkologa klinicznego. To w ogóle tak naprawdę nie powinno mieć miejsca. Ociążenie szpitali, proszę państwa, w onkologii dzieje się w zasadzie – zaryzykuję stwierdzenie – dużo bardziej niż w szeregu innych dyscyplin zachowawczych, ponieważ onkologia od dawna dąży do tego, aby leczenie było oderwane od łóżka szpitalnego. Jeśli ja kieruję kliniką, w której są 24 łóżka stacjonarne, 18 łóżek dziennych, do tego oczywiście poradnia, to ja mam możliwość realizowania świadczenia zakontraktowanego w NFZ w każdy sposób. Jeśli są wskazania medyczne do położenia, kładę na łóżku szpitalnym, jeśli nie, robię to w trybie ambulatoryjnym. Jest mi o tyle prościej, że województwo opolskie jest małe – 80 km ma najdalej pacjent do naszego ośrodka. W innych województwach na pewno specyfika tego jest różna, ale dzięki temu, że ja dysponuję – mówię dysponuję w cudzysłowie – wspólnie z zespołem różną formą realizacji świadczenia, dzięki temu mogę to robić. Jednocześnie w tym samym moim województwie, nie wskazując podmiotu, leczenie prowadzone systemowe nowotworów odbywa się w 90% na łóżku szpitalnym tej samej kohorty chorych, których ja w ogóle w klinice nie oglądam. Na leczenie tabletkowe to taki chory w ogóle nie powinien wchodzić na teren kliniki; nie ma takiego powodu, to wszystko może odbyć się w trybie ambulatoryjnym.

Zgadzam się z tym, co powiedziała pani Ola Rudnicka, że ten osobodzień jest bardzo administracyjnie rozbudowany. Gdybyśmy nie mieli sztabu świetnych sekretarek od lat z nami pracujących, to lekarz przyjąłby tych pacjentów dużo mniej. Ja na tych 24 łóżkach stacjonarnych wykonuję ok. 2000 do 2500 hospitalizacji rocznie, a na tych 18 dziennych ponad 10 tys. rocznie. Chcę, żeby państwo zobaczyli tę skalę, bo do tego powinniśmy dążyć. Mało tego, nadal uważam, że 20% ludzi hospitalizuję z powodów społecznych, a nie medycznych, ale wprowadzam szeroko chemioterapię podawaną w infuzorach, o których tu była mowa – 48 godzin wlew, pacjent przychodzi, pompka osobista jednorazowego zastosowania, do domu, za 2 dni odłączenie. Wielu moich kolegów niechętnie to wprowadza, bo jest to finansowo, powiedziałabym, średnio opłacalne. Odłączenie tej pompy w tym trzecim dniu dopiero od niedawna jest, proszę państwa, bardzo fajnie wycenione. Ukłon w kierunku ministerstwa. Wcześniej to była groszowa porada, przepłukanie portu itd. W tej chwili to jest bardzo fajnie wyceniona procedura.

To ja sobie myślę tak – to my tych chorych wysłamy w teren, żeby odłączali te pompy w terenie, bo każdemu się będzie ta procedura opłacała. Nie, można ją rozliczyć tylko wtedy, kiedy ma się kontrakt na chemioterapię. To pytam się, po co jest to utrudnienie,

skoro to jest procedura na poziomie gabinetu zabiegowego, który może ją dobrze ocenić, więc ten chory i tak trzeciego dnia przyjeżdża do nas na odłączenie tej pompy. Takich rzeczy mamy dużo. Ja wiem, że państwa męczę tą opowieścią, ale to są rzeczy naprawdę bardzo ważne, drobiazgi do wprowadzenia jednym akapitem rozporządzenia, które by to ułatwiły, czy na poziomie ministerstwa, czy NFZ. Nie jestem ekspertem, proszę mi wybaczyć, w tym obszarze.

Wspomniano kilkakrotnie o terapiach podskórnych. Proszę państwa, to jest przełom w onkologii. Chcę państwu powiedzieć, że producenci leków biologicznych masowo prowadzą badania w kierunku testowania form podskórnych, gdzie godzinny lub półtoragodzinny wlew zostaje zastąpiony kilkuminutowym wstrzyknięciem. My takie leki już mamy. One też już są na przykład w raku piersi, jeden z nich refundowany od lat. Cały świat idzie w tym kierunku.

Tu kilkakrotnie była mowa o raku piersi. Też moje pytanie również do państwa, czy są perspektywy refundacji preparatu dwuskładnikowego. W Unii Europejskiej nie mamy refundacji tylko my i Belgowie. Wszystkie kraje w tym kierunku idą. Ja sobie nie wyobrażam, że dziś w dobie, kiedy ja od 8 lat stosuję podskórny lek biologiczny u chorych na raka piersi, miałabym wrócić masowo do postaci dożylniej. Przecież ja nie mam farmaceutów szpitalnych. Proszę państwa, te leki biologiczne podskórne nie wymagają pracowni cytostatyków. To jest ampulka, pielęgniarzka to wyciąga, wstrzykuje w udo i do domu.

Z drugiej strony miałabym teraz rozpuszczać ten lek w pracowni cytostatyków? Farmaceuta, proszę państwa, w dzisiejszym rynku pracy, jaki jest, to powiedzcie mi, czy on przyjdzie na normalną umowę o pracę do szpitala, żeby pracować przy cytostatykach? Przecież on ma atrakcyjny rynek pracy poza tym szpitalem. Pozyskanie farmaceuty jest bardzo trudne, więc jeśli popatrzymy na te wszystkie elementy, to tak naprawdę... Ja rozumiem, cena leku na fakturze ciągle robi na nas wrażenie, ale te wszystkie rozwiązania, które odciążają system, są kolosalnie ważne. One są na wyciągnięcie ręki, one są prawnie dopuszczalne i my nad tymi wszystkimi rozwiązaniami po prostu musimy się pochylać, ponieważ my w tej chwili jesteśmy w ośrodkach onkologicznych – mam na myśli głównie publiczne centra onkologiczne – naprawdę zdeptani.

Wierzcie mi państwo, to, że środowisko występuje w kierunku refundacji jakichś leków, to tak naprawdę w domyśle dokłada sobie kolejnej pracy, kolejnej trzeciej, czwartej linii leczenia. Ale świat idzie do przodu. Postęp w zakresie farmakoterapii nowotworów jest ogromny i chcę podkreślić, że ostatnie lata również przyniosły ten ogromny postęp w Polsce, bo refundacji pojawiło się naprawdę bardzo dużo. My tych chorych leczymy, oni dłużej żyją, ale oni ciągle pozostają w systemie i wymagają naszej opieki, dlatego każde rozwiązanie, które odsuwa chorego od łóżka szpitalnego, które skraca czas jego pobytu w podmiocie leczniczym, jest po prostu niezwykle ważne. Chciałabym, żeby każdy z państwa, który podejmuje decyzje w tym aspekcie, zawsze po prostu miał to na uwadze.

Polecam wizytę w publicznym centrum onkologicznym. Państwo z Warszawy macie blisko na Ursynów. Tak wyglądają wszystkie podmioty w całym kraju – załadowane korytarze pacjentami, którzy, pamiętajcie, przychodzą raz i nawet z chorobą źle rokującą pozostają 2 lata w tym systemie, a z lepszym rokowaniem chorobę przerzutową leczymy 10–12 lat. To się dzieje tu i teraz. To chciałabym, żeby mieć na uwadze, bo to obciążenie się będzie zwiększało również przez wydłużanie ludzkiego życia. Do tego dąży cały świat. Rak jest chorobą przewlekłą i przewlekle leczony jest pacjent onkologiczny – powtarzam, ok. 65% do 70% chorych. Dziękuję bardzo. Przepraszam, że tyle czasu zajęłam.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Ale bardzo ważne uwagi, spostrzeżenia, tak że bardzo serdecznie dziękuję, pani profesor. Myślę, że przedstawiciele ministerstwa, funduszu zapewne uwzględnią te bardzo cenne uwagi.

To jeszcze po jednym zdaniu, bo naprawdę czas się nam...

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Jedno zdanie jako ten rzecznik osób objętych opieką paliatywną, ponieważ pani profesor podniosła bardzo ważny wątek przewlekłego życia pacjentów. Ci pacjenci, którzy żyją przewlekle, powinni być objęci opieką paliatywną i tego brakuje w naszych

ścieżkach leczenia. Nigdzie opieka paliatywna nie jest uwzględniana. Widziałam teraz ścieżkę raka płuca – wszyscy specjaliści, nie ma opieki paliatywnej, a ona powinna być włączana w momencie, kiedy u pacjenta jest postawiona diagnoza, a zwłaszcza diagnoza choroby, która jest rozsiana, bo wtedy jest potrzebne leczenie bólu, wtedy jest zapewnienie jakości życia potrzebne i tym się zajmują lekarze opieki paliatywnej. Oni bardzo często mówią o tym, że niestety nie są pacjenci kierowani do tej opieki, bo też sami lekarze mają taką troszeczkę obawę... po prostu mają stare myślenie na temat opieki paliatywnej, która jest mylona z hospicjum. To są różne rzeczy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Myślę, że wyczerpaliśmy już chyba tę rundę pytań. Nie wiem, czy pan dyrektor jeszcze chciałby jakiś komentarz do tego, bo rozumiem, że na te pytania, które zostały zadane, a nie ma odpowiedzi, to państwo przygotujecie odpowiedź, zgodnie zresztą z regulaminem Sejmu, na piśmie.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Tak, oczywiście. Już odpowiadam takim komentarzem.

Pani profesor, bardzo dziękuję, bo powiedziała pani jedną bardzo ważną rzecz – wszystkie te możliwości są, są możliwości w przepisach prawa, są finansowane przez NFZ. De facto musimy się teraz zastanowić, jak te dobre praktyki od pani profesor – ale też jest trochę innych i więcej podmiotów, które tak realizują świadczenia – rozpowszechnić na całą Polskę. Myślę, że jednym z tych elementów, o których tutaj mówimy, który usprawni, to do końca wdrożenie tej ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej i stworzenie tej sieci onkologicznej, dlatego że na przykład mówimy, o tym, że badania można zrobić do programu lekowego, że badania mogą zrobić lokalnie. Powiem szczerze, że z moich doświadczeń – akurat ja się nie leczę, ale w rodzinie – żadne badania, nawet laboratoryjne, które są spoza danego ośrodka, nie są honorowane. Ten ośrodek mówi tak: nie ma laboratorium, nie wiem z jakiego to laboratorium i muszę zrobić własne.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Ale są certyfikacje.

Dyrektor departamentu MZ Maciej Karaszewski:

Ale certyfikacji nie ma. Właśnie o to chodzi, że certyfikowane są sieciowe laboratoria, a u nas jest tylko audyt wewnętrzny tych badań. Nie ma zewnętrznego dla wszystkich badań laboratoriów, więc one są certyfikowane, ale przez audyt wewnętrzny. Audytem zewnętrznym jest tylko część laboratoriów objęta i część zakresu badań, ponieważ nie jest to obowiązkowe, łączy się tylko z dodatkową płatnością, a część laboratoriów po prostu nie jest zainteresowana, żeby przechodzić tę procedurę i płacić za procedurę więcej. Więc to jest jeden z tych elementów. Oczywiście jak będziemy mieli wdrożoną sieć, to będzie możliwość, że zejdzie niżej; wtedy te niższe podmioty będą współpracować z tymi, którzy prowadzą leczenie i tam te badania będą honorowane.

Zresztą to jest podobne, dlaczego ten Lung Cancer Unit został wstrzymany, bo był procedowany najpierw pilotaż KSO i te wszystkie unity się przesunęły w czasie, mimo że to nie są archiwalne dokumenty, które były wypracowane. Chciałem powiedzieć, że te dobre praktyki dobrze by było jednak rozpowszechniać. Ja widzę niektóre ośrodki – zresztą tak jak tutaj pani dyrektor Śmiglewska mówiła – które robią 80%. Podobnie jest w radioterapii, że są ambulatoryjnie robione, a są takie, które po prostu hospitalizują i dobrze by było, żebyśmy te dobre praktyki rozpowszechniali, bo więcej łóżek raczej nie będziemy mieli na onkologii. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo się cieszę, że wszystko idzie w kierunku racjonalizacji tego systemu. To jest chyba przyszłość, bo tych środków finansowych zawsze będzie mało, chociaż moglibyśmy więcej wydawać, bo inne systemy mają do dyspozycji więcej środków. Myślę, że też w tym kierunku będziemy dążyć, ale też racjonalność wydatków i system organizacyjny odgrywa ogromną rolę. Te pomysły, które państwo prezentujecie i przekazujecie, są bardzo cenne zarówno dla

państwa, jak i dla nas, posłów, bo my też w toku różnych dyskusji nabywamy tę wiedzę i przekazujemy tym, którzy te decyzje podejmują. Tak że bardzo serdecznie państwu dziękuję.

Jeszcze pan poseł. Bardzo proszę.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Mam ogromną prośbę do posłów z koalicji rządzącej, żeby jednak poprosić – to już tak poza całą polityką – kierownictwo ministerstwa, żeby ktoś przychodził. Przyjechali, sfatygowali się ludzie z całej Polski: z Opola przyjechała pani profesor, Krakowa, naprawdę poświęcili swój czas dzisiaj. I nie chodzi o to, żebyśmy sobie dzisiaj tylko pogadali, porozmawiali... Ja wierzę, że pan dyrektor i pani dyrektor prześlą te informacje, ale uważam, że ktoś z kierownictwa powinien na te podkomisje przychodzić. Nie ma tu żadnej polityki, jest merytoryczna dyskusja i bardzo państwa proszę, żebyście przekazali do kierownictwa ministerstwa, żeby przychodzili na te podkomisje. Naprawdę te wszystkie pomysły, te dobre praktyki... następna głowa, jaka by była jeszcze tutaj z kierownictwa ministerstwa na pewno, bo to oni podejmują te najważniejsze decyzje strategiczne. Państwo możecie tylko sugerować, ale te wszystkie słowa, dobre praktyki, wypowiedzi itd., to, co się dzieje w całej Polsce – warto tego posłuchać, żeby kierownictwo posłuchało. Również prosimy tutaj państwa z dyrekcji, żeby przekazali ten nasz apel. Myślę, że to będzie wspólny apel.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak, oczywiście. To jest nasz wspólny apel. Dziękuję tutaj panu posłowi Kapinosowi za ten apel, bo tak jak mówię, to jest miara szacunku do posłów RP, ale przede wszystkim dla państwa, którzy tu przyjeżdżacie z różnych stron, późna pora, poświęćcie czas po to, żeby jednak ten system ochrony zdrowia w jakiś sposób uratować. Dziękuję.

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Chciałam powiedzieć tylko, że niedawno była konferencja pacjentów The Voice Of Patients i niestety siedziało na scenie sześciu pacjentów i nikt ani z ministerstwa, ani z NFZ – a były dwie osoby zaproszone – nie przyszedł, wobec czego koleżanka odegrała rolę pani ministrowi z dużym powodzeniem, była bardzo propacjencka, i był kolega, który zagrał szefa NFZ, więc jakoś sobie poradziliśmy, ale...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Rozumiem, ale myślę, że już następnym razem będziemy mieli przedstawicieli kierownictwa.

Dziękuję bardzo. Zakończyliśmy ten pierwszy punkt, tak że bardzo serdecznie państwu dziękuję.

Jeszcze poproszę państwa posłów o pozostanie na chwilę, ponieważ mamy przygotowany projekt planu pracy.

Czy państwo macie uwagi? Bo to też zostało w taki sposób przedstawione... Państwo otrzymaliście informację z prośbą o przekazywanie nam tematu. W związku z tym, że wpłynęły tematy, to znaczy z panią poseł Polak uzgodniliśmy, że jeden z punktów, który miał być realizowany w ubiegłym roku, będzie realizowany w styczniu. Pan poseł Kapinos wykazał się bardzo dużą aktywnością, zaproponował kilka i jeszcze mi teraz szepcze do ucha, że ma kolejny temat, który chciałby wprowadzić. Oczywiście zaproponowałam też kilka tematów. Tak że dziękuję bardzo. Czy państwo macie uwagi do tego projektu?

Tak, pan poseł.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Ja mam jeszcze jeden pomysł, żeby jednak wprowadzić podsumowanie programu „Profilaktyki 40+”. Wzięło w nim udział 4 mln osób i oczywiście z tych 2 mln, z których jest zrobiona analiza, 61% ma przekroczony cholesterol; jeżeli chodzi o poziom cukru, podwyższony ma 30%; 12% ma podwyższony próg... Nie, tylko chcę powiedzieć, że ten program powinien dalej funkcjonować.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

W kwietniu jest profilaktyka, to dołożymy do tego tematu.

Dobra, dziękuję. Rozumiem, że państwo posłowie zgadzają się.

Dziękuję bardzo. Na tym wyczerpaliśmy porządek obrad. Dziękuję za uwagę. Zamykam posiedzenie.