

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

**Komisja
Zdrowia**

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
(NR 12)
z dnia 9 stycznia 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 12)

9 stycznia 2025 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Józefa Szczurek-Żelazko (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– informację na temat kompleksowej oceny wsparcia obszaru efektywności, dostępności i jakości systemu ochrony zdrowia w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO).

W posiedzeniu udział wzięli: **Katarzyna Kacperczyk** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Tomasz Pawłęga** kierownik Sekcji Partnerstwa i Innowacji w Biurze Partnerstwa i Innowacji Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Grażyna Cebula-Kubat** przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy wraz ze współpracownikiem, **Mariusz Ciszkowski** radca prawny Naczelnej Izby Aptekarskiej, **Łukasz Fijałkowski** ekspert Pracodawców RP, **Wojciech Wiśniewski** ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich, **Zofia Czyż** I wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Katarzyna Różycka-Espinosa** członek Sądu Dyscyplinarnego Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED wraz ze współpracownikiem, **Andrzej Tytuła** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu ds. legislacyjnych Związku Miast Polskich oraz **Krzysztof Zdobyłak** ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **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. Bardzo serdecznie witam członków podkomisji, państwa posłów oraz zaproszonych gości.

Bardzo serdecznie witam panią minister Katarzynę Kacperczyk – bardzo nam miło – podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Dziękujemy, że pani minister przyjęła zaproszenie i jest na dzisiejszym posiedzeniu naszej podkomisji.

Witam dyrektora Departamentu e-Zdrowia, pana Wojciecha Demediuka. Witam bardzo serdecznie. Witam również pana dyrektora Departamentu Oceny Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia, pana Krzysztofa Rózanowskiego. Bardzo serdecznie witam.

Jest z nami przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, pani Grażyna Cebula-Kubat. Witam serdecznie. Witam, radcę prawnego Naczelnej Izby Aptekarskiej, pana Mariusza Ciszkowskiego. Witam serdecznie przedstawiciela Pracodawców RP, pana Łukasza Fijałkowskiego. Witam. Jest również ekspert OZZL, pani Anna Gołębicka. Witam serdecznie.

Mamy jeszcze pana wiceprezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, pana Andrzeja Tytułę – witam serdecznie. I oczywiście jest z nami pan Krzysztof Zdobyłak, członek zespołu roboczego ds. transformacji w ochronie zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej. Witam państwa bardzo serdecznie. Dziękuję za przyjęcie zaproszenia.

No i oczywiście witamy pana Marka Wójcika, który reprezentuje Związek Miast Polskich. Witam serdecznie.

Szanowni państwo, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat kompleksowej oceny wsparcia obszaru efektywności, dostępności i jakości systemu ochrony zdrowia w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności. Poprosimy panią minister o zreferowanie. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Informuję państwa posłów, że materiały zostały wysłane na państwa maile i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej. Bardzo proszę panią minister o przedstawienie informacji ministra zdrowia na temat dzisiejszego posiedzenia.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Katarzyna Kacperczyk:

Bardzo serdecznie dziękuję, szanowna pani przewodnicząca, drogie panie posłanki, panowie posłowie, za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie podkomisji. Mam przyjemność dzisiaj państwu krótko przedstawić stan realizacji i to, co się dzieje w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększania Odporności. Bardziej szczegółową informację państwo otrzymali w formule pisemnej. Myślę, że nie będę jej jeden do jednego odczytywać, tylko po prostu powiem o najważniejszych rzeczach. Oczywiście jesteśmy otwarci na wszelkie państwa pytania, sugestie i dalszą dyskusję.

Jak pewnie już wszyscy wiedzą, bo o tym dość dużo się mówi, KPO jest realizowane w obszarze zdrowia w tak zwanym komponencie D „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”. Krajowy Plan Odbudowy nie jest instrumentem nowym, bo odnośnie do zasady powinien być wdrażany od 2022 r., kiedy zostało podpisane porozumienie między rządem polskim a Komisją Europejską i została podjęta również decyzja wykonawcza Rady Unii Europejskiej, która jakby przyjmowała zarówno ramy KPO, jak również w formie aneksu szczegółowy opis kamieni milowych, wskaźników, reform, inwestycji.

Warto może powiedzieć, że Krajowy Plan Odbudowy składa się z dwóch zasadniczych komponentów. Z jednej strony są to reformy, a z drugiej strony są to inwestycje. Odnośnie co do zasady, uruchamianie unijnych środków finansowych na inwestycje jest możliwe po zrealizowaniu reform, które zostały wprowadzone, opisane w KPO.

My jako Ministerstwo Zdrowia odpowiadamy za 4 reformy i za 5 bloków inwestycyjnych. Krótko powiem, czego dotyczą te reformy. One dotyczą: zwiększenia efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych podmiotów wysokospecjalistycznych; również zwiększenia efektywności, dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym; stworzenia odpowiednich warunków dla zwiększenia liczebności kadry medycznej; podniesienia efektywności i jakości systemu ochrony zdrowia poprzez wsparcie potencjału badawczo-rozwojowego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Tym czterem reformom odpowiadają tematycznie 4 kategorie inwestycji. Dodatkowo do inwestycji jest dołożony piąty komponent, czyli ten piąty dział, który dotyczy szeroko pojętej cyfryzacji ochrony zdrowia.

W ramach realizacji Krajowego Planu Odbudowy i Rozwoju od 2022 r. rząd polski, i również Ministerstwo Zdrowia, przeprowadził dwie rewizje. Pierwsza rewizja była w 2023 r., druga rewizja, ta największa, w 2024 r. Dla przypomnienia dodam, że ta rewizja jest procesem długotrwałym, ponieważ ona musi się skończyć nie tylko samymi negocjacjami, ale też wynik tej rewizji jest zatwierdzany w decyzji wykonawczej Rady Unii Europejskiej.

Ta rewizja, która została przeprowadzona w 2024 r., tak naprawdę umożliwiła odblokowanie środków inwestycyjnych Krajowego Planu Odbudowy i Rozwoju, również, albo przede wszystkim z naszej perspektywy, w obszarze zdrowia.

Ja w tym materiale, który państwo dostali, przekazałam, jakie były te najważniejsze kwestie, które podnieśliśmy w rewizji. Dodam tylko, że rewizja tego komponentu dotyczącego zdrowia była – tak zresztą jest oceniana przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej – największą ze wszystkich obszarów, które są realizowane przez inne ministerstwa i podlegały rewizji.

Myślę, że z perspektywy inwestycyjnej i także uruchamiania środków kluczowe dla nas było wprowadzenie zmiany i wynegocjowanie z Komisją zmiany struktury samego KPO, ponieważ w Krajowym Planie Odbudowy pierwotnie wpisana była znana państwu ustawa o modernizacji i poprawie efektywności szpitali, której nie było. Plan był napisany w taki sposób, że od tej ustawy tak naprawdę uzależnione było uruchomienie środków

na inwestycje. To udało się nam podzielić i to, co państwo teraz obserwujecie w kolejno uruchamianych konkursach, wynika z tej filozofii dołożenia dodatkowych kamieni milowych, które umożliwiają, po zrealizowaniu reformy w danym obszarze, uruchomienie inwestycji w danym obszarze.

Dość istotną rzeczą, którą udało się w czasie tej rewizji wynegocjować, jest przesunięcie środków, które były zarezerwowane dla szpitali na poziomie powiatowym. One były pierwotnie wpisane w części pożyczkowej. Nam udało się przesunąć te środki do części granatowej i zwiększyć alokację do 300 mln euro. Nie muszę państwu tutaj tłumaczyć, że dużo mniejsze byłoby zainteresowanie ze strony podmiotów leczniczych, tych na poziomie powiatowym, gdyby środki im udostępnione w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności były utrzymane w części pożyczki.

Oprócz tego, praktycznie w zakresie wszystkich kamieni musieliśmy zmienić termin wdrażania, ponieważ żaden z tych terminów nie był aktualny. Dodatkowo opisy kamieni milowych, które umożliwiały ich zrealizowanie i rozliczenie.

Z kluczowych elementów, takich, które dotyczyły w części reform, to między innymi usunięcie z Krajowego Planu Odbudowy i Rozwoju ustawy o modernizacji i zwiększaniu efektywności szpitali, tej jednej ustawy, która została przesłana do Komisji i szczegółowo opisana w Krajowym Planie Odbudowy, a Komisja oczekiwała jej realizacji. Jak wiemy, ta realizacja nie była możliwa.

Z rzeczy aktualnych, o których powiem, do grudnia 2023 r. nie został rozliczony żaden kamień milowy w obszarze reform, a w konsekwencji również żaden kamień milowy i wskaźnik, który dotyczył części inwestycyjnej. Do tej pory rozliczyliśmy kamienie milowe w ramach pierwszego, drugiego i trzeciego wniosku o płatność. Te płatności już wpłynęły za te kamienie milowe. W ramach pierwszego wniosku o płatność to były kamienie D23G, D29G i D1L. To są kamienie, które dotyczyły nowelizacji ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, te, które umożliwiały udzielanie wsparcia finansowego dla studentów, ale też sfinansowanie w ramach KPO programu mentoringowego dla lekarzy i lekarzy dentystów. Również akt prawny – to jest kamień D29G – który ustanawiał system zachęt, na podstawie którego moglibyśmy właśnie stypendia wypłacać, także kamień, który dotyczył przeglądu opieki długoterminowej.

Kamienie w ramach drugiego i trzeciego wniosku, to jest ta płatność, która wpłynęła pod koniec roku. To jest 12 kamieni milowych i to jest tak naprawdę, z perspektywy Ministerstwa Zdrowia, chyba największa płatność, która wpłynęła za kamienie i wskaźniki, które ministerstwo realizuje. To są kamienie dotyczące jakby większości reform. Dzięki temu mogliśmy uruchomić środki na opiekę długoterminową dla szpitali powiatowych w obszarze onkologii. Też są akty prawne dotyczące wsparcia szkolnictwa. Państwo mają w materiale wymienione wszystkie te kamienie milowe, które zostały w ramach drugiego i trzeciego wniosku rozliczone.

Złożyliśmy również wniosek o rozliczenie czwartego i piątego wniosku o płatność. To są kolejne kamienie milowe. Dodam, jeszcze tutaj, że mamy dwa kamienie milowe A69G i A70G, które są realizowane, a dotyczą tworzenia kompleksowego systemu opieki długoterminowej, która nie tylko dotyczy świadczeń medycznych, ale obejmuje również ten komponent społeczny. Te dwa kamienie milowe realizowane są w zespole roboczym powołanym przez ministra do spraw polityki senioralnej z udziałem Ministerstwa Zdrowia i ministerstwa rodziny. Pamiętamy więc, że jeszcze te dwa kamienie – one może nie dotyczą wyłącznie i bezpośrednio obszaru zdrowia – również są realizowane.

W ramach inwestycji z KPO udało się nam uruchomić już pierwsze nabory. Jeżeli chodzi o ten pierwszy komponent, to tutaj jest łączna alokacja na wsparcie szpitali. To jest prawie 8 mld zł. Ogłosiliśmy i zakończyliśmy nabór w ramach rozwoju opieki długoterminowej dla szpitali na pierwszym i drugim poziomie w sieci szpitali. To jest kwota alokacji 1,3 mld zł. Również konkurs na wsparcie podmiotów zakwalifikowanych do Krajowej Sieci Onkologicznej. To jest kwota 5,2 mld zł.

Tu jeszcze powiem, co jest istotne z perspektywy podmiotów. W toku negocjacji z Komisją i rewizji KPO udało się nam wpisać dodatkowo, że środki w ramach onkologii mogą być przeznaczane również na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, która służy wsparciu pacjenta, diagnozowaniu i leczeniu pacjenta onkologicznego. Tak więc ten element jest

także elementem inwestycji, czyli podmioty zakwalifikowane do sieci mogą również inwestować w ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.

Jeżeli chodzi o transformację cyfrową, tutaj jest alokacja 4,3 mld. Pierwszy nabór niekonkurencyjny, który został skierowany do Centrum e-Zdrowia, został ogłoszony i zakończony. W najbliższym czasie będziemy ogłaszać nabór konkurencyjny w tym obszarze. Jeżeli państwo będziecie zainteresowani czy mieli dodatkowe pytania, pan dyrektor Wojciech Demediuk udzieli szczegółowych informacji dotyczących zakresu konkursu i zakresu wsparcia.

Jeżeli chodzi o inwestycje związane z modernizacją i doposażeniem obiektów dydaktycznych, w tym obszarze uniwersytecko-dydaktycznym mamy dwa takie główne rodzaje działań. Pierwsze, to jest wsparcie studentów i wsparcie tego procesu kształcenia poprzez finansowanie mentoringu, ale też stypendia dla studentów. Drugi charakter działań wsparcia ma wymiar inwestycyjny i polega na doposażeniu i modernizacji obiektów, które związane są z dydaktyką na kierunkach medycznych. W tym obszarze pierwsze dwie edycje wsparcia stypendialnego zostały ogłoszone. Jeżeli chodzi o kwestie wsparcia infrastruktury, również pierwszy nabór, ten największy, został już ogłoszony dla uczelni medycznych podległych ministrowi zdrowia – to była największa alokacja – i kolejno będą realizowane inwestycje w innych uczelniach, które kształcą na kierunkach medycznych.

Kolejnym obszarem w KPO jest rozwój badań w zakresie nauk medycznych i nauk o zdrowiu. Na ten cel zostało alokowane 1,140 mld zł. Ten obszar realizujemy we współpracy z Agencją Badań Medycznych. Agencja ogłosiła 5 naborów, wszystkie, które są przewidziane w ramach KPO. Pierwszy został rozstrzygnięty parę dni temu, tj. na tworzenie nowych centrów wsparcia badań klinicznych, tak żeby uzupełnić tę sieć badań klinicznych i wypełnić te białe plamy. W najbliższym czasie zostanie również rozstrzygnięty konkurs na wsparcie działalności tych CWBK-ów, które już istnieją.

Oprócz tego są jeszcze 3 konkursy. Agencja planuje w najbliższym czasie te konkursy rozstrzygnąć. Te nabory zostały już zamknięte. Myślę, że może na tym zakończy, pani przewodnicząca, ale jeżeli są jakieś pytania czy są potrzebne dodatkowe uzupełnienia, to jesteśmy do dyspozycji. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że na pewno będzie dyskusja. W takim razie otwieram dyskusję. Zapraszam do zabierania głosów. Oczywiście państwa posłów również, ale rozumiem, że za chwilę. Pierwsze zgłoszenie. Bardzo proszę o przedstawianie się do protokołu.

Ekspert Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Anna Gołębicka:

Dzień dobry. Anna Gołębicka, ekspert OZZL. Ja mam takie bardzo proste pytanie, ponieważ tutaj mamy punkt, który się nazywa efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia. Pytanie jest więc takie. Jakie państwo mają wskaźniki i jak te wskaźniki, te „kejpiaje” się zmieniają, jeżeli zrealizujemy ten program? Czy państwo to w jakiś sposób liczycie, szacujecie? Czyli, gdy skończymy KPO, to w którym punkcie będziemy, jeżeli chodzi o poprawę tej efektywności i dostępności i jakości systemu ochrony zdrowia?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Proponuję jeszcze kolejne pytanie. Pan Marek Wójcik, bardzo proszę.

Pełnomocnik zarządu ds. legislacyjnych Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Pani przewodnicząca, państwo posłowie, pani minister, szanowni państwo, Marek Wójcik, Związek Miast Polskich. Ja mam kilka takich bardzo konkretnych pytań odnośnie do tego materiału, dziękując w ogóle za podjęcie tej tematyki. Mamy niewiele powyżej 600 dni do zakończenia okresu wdrażania, jeśli dobrze liczę, w związku z tym dobrze, że nad tym państwo się pochylają.

Po pierwsze, chciałbym zapytać, jak mam rozumieć taki punkt dotyczący ustawy o poprawie efektywności szpitali, której wersja druga krążyła. Na razie nie ma wersji trzeciej. Tu pojawia się taki zapis mówiący o tym, że brak podstawy do uruchomienia środków inwestycyjnych. Z tego co wiem, do tej pory nie mówiło się o tym, że na realizację tej ustawy będą środki inwestycyjne i w tych poszczególnych propozycjach legislacyjnych, w tej drugiej szczególnie, nie było w ogóle żadnego komponentu finansowego, narzędzia

wspierającego inwestycje w szpitalach, które miały być restrukturyzować. Zatem pytanie, co oznacza w kolumnie „Status na grudzień 2023 r.” zdanie „brak podstawy do uruchamiania środków inwestycyjnych”.

Kolejna rzecz, to jest kwestia kamienia milowego dotyczącego e-zdrowia i tego konkursu, który się skończył 18 grudnia, niekonkurencyjnego. Jest pytanie, czy rzeczywiście udało się uzyskać wnioski projektowe, które wykorzystywałyby całą alokację.

Następna rzecz dotyczy opieki długoterminowej. Pytanie, kiedy zostanie rozstrzygnięty konkurs, bo nabór się skończył i 1,3 mld środków jest na to zaplanowane. Pytanie, kiedy będziemy znali wyniki. dotyczące tego naboru?

Jest taki kamień milowy D2L – wejście w życie aktu wykonawczego w sprawie wsparcia na rzecz ustanowienia jednostek/ośrodków opieki długoterminowej geriatrycznej w szpitalach powiatowych. Rozumiem, że państwo te ustawę, tak zwaną prezydencką, traktują jako to rozstrzygnięcie. Mówię o tym dlatego, że ta ustawa nie jest wdrażana. Jej zapisy nie są w ogóle wdrażane. My na przykład prawie rok temu mieliśmy przekazać informację o tym, gdzie chcemy lokalizować poszczególne elementy tej ustawy, chociażby te centra. Wojewodowie wstrzymali się potem z prowadzeniem prac nad wdrożeniem tej ustawy. W związku z tym rozumiem, że w stosunku do Unii Europejskiej, do Komisji Europejskiej, wywiązaliśmy się, bo ustawa jest, natomiast de facto, ona nie jest wdrażana. W wielu fragmentach nie jest wdrażana. Jestem w stanie wymienić co najmniej 5 elementów tej ustawy, które powinny dawno być wdrożone – precyzyjnie, wszystkie 5 do marca ubiegłego roku – a nie są wdrażane. Pytanie, czy będzie to wdrażane.

I może jeszcze jedna kwestia. Widzę tutaj przedstawicieli medycznych samorządów zawodowych, ale nie wiem, czy jest ktoś z diagnostów laboratoryjnych. Mówię o tym dlatego, że w inwestycji 2D.1.1 są te nabory dotyczące zachęt do wchodzenia do zawodów takich jak lekarz – analityka medyczna też pojawi się w niektórych miejscach – fizjoterapia i farmacja, ale ta analityka nie pojawia się wszędzie. Jest na przykład bezzwrotne wsparcie dla studentów kierunków pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne, OK, natomiast tu już tej analityki nie ma. Może jest ktoś z Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, ale jeżeli nie ma, to proszę o wyjaśnienie, bo nam w szpitalach prowadzonych przez samorządy diagnostów też zaczyna brakować. W związku z tym wydaje się, że warto, żeby byli wsparci. Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Może jeszcze trzecie pytanie od pana Zdobyłaka – Naczelna Izba Lekarska – i poprosimy panią minister o komentarze.

Ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej Krzysztof Zdobyłak:

Krzysztof Zdobyłak, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej do spraw transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia. Nawiązując troszkę, po pierwsze, do mojej przedmówczy, chciałbym zapytać, ponieważ często o Krajowym Planie Odbudowy mówimy jak o takim samodzielnym bycie i troszkę patrząc przez pryzmat wydawania tych środków, a wydawanie samych środków z KPO nie jest celem samym w sobie. Chciałbym więc spytać, jak te cele, które chcemy osiągnąć poprzez wydatkowanie środków z KPO, wpisują się w całościową wizję i plan reformy systemu ochrony zdrowia ministerstwa. W jaki sposób są uzgadniane i walidowane te cele, które mają być osiągnięte poprzez wydatkowanie środków z KPO z ogólnymi celami i wizją systemu ochrony zdrowia, którą ma ministerstwo? No i jaka ta wizja jest, bo chyba to nigdy nie zostało jasno przedstawione.

Po drugie, chciałbym zapytać, ile z tych środków, o których tutaj mówimy, że zostały zaalokowane, czasem już zostały ogłoszone konkursy, i w jakiej łącznej kwocie trafiło już na konta finalnych odbiorców. Słyszymy bowiem o wielu konkursach, które są ogłaszane, czasem już nawet nabory są zakończone, natomiast z tego co mi wiadomo, to niektóre konkursy od września czekają na ogłoszenie wyników, a potem jeszcze długa droga, żeby te środki rzeczywiście były uwolnione dla odbiorców. Chciałbym więc spytać, jaki tutaj jest plan. Czy nie ma ryzyka pojawienia się opóźnienia w realizacji i czy nie jest zagrożona pełna realizacja?

I trzecie pytanie, specyficznie o kadry. Ponieważ mamy planowane ogłoszenia naborów w kolejnym zakresie zwiększania liczebności kadr, chciałbym zapytać, jak wykorzystane

do ogłoszenia tych naborów będą informacje zwrotne z poprzednich naborów. Jakie wnioski płyną z realizacji poprzednich działań i czy jakieś dostosowania będą prowadzone? I dwa – czy ministerstwo aktualizuje, ponieważ mijają kolejne lata, analizy, na podstawie których te decyzje o konkretnych kierunkach wypłaty środków są podejmowane? Pytam dlatego, że w bazie analiz systemowych i wdrożeniowych Ministerstwa Zdrowia na stronie internetowej wiele danych dotyczących kadr medycznych kończy się na roku akademickim 2021-2022 i to jest już zupełnie inna rzeczywistość niż ta, którą mamy obecnie. Chciałbym więc spytać, czy ministerstwo dysponuje tymi nowymi danymi, jakie nowe wnioski z nich płyną, jak to wpłynie na dostosowanie tych działań, które będą dopiero ogłaszane i czy można poprosić o zaktualizowanie strony BASIW-u, żebyśmy też mogli na tych danych pracować. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. W takim razie poproszę panią minister lub osoby wskazane przez panią minister o komentarz do tych pytań i później przejdziemy do drugiej tury. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kacperczyk:

Bardzo serdecznie dziękuję. Dziękuję też za te pytania. Pytanie od państwa, które się pojawia, dotyczące oceny efektywności i jakości. Ja myślę, że tutaj warto sobie uświadomić, że instrument Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności jest inny od jakichkolwiek innych instrumentów, wieloletnich perspektyw finansowych, programów unijnych wydatkowania środków. Myślę, że zarówno osoby, które pracowały nad KPO od 2021 r., jak i te osoby, które pracują teraz, pewnie wszystkie tutaj zgodnie powiedzą, że tak dokładnie monitorowanego instrumentu planowania i wydatkowania pieniędzy oraz realizowania reform chyba w historii unijnych środków jeszcze nie mieliśmy.

Każda inwestycja i każde wydatkowanie środków musi być uzasadnione i wynikać bezpośrednio z danej reformy, którą realizuje i z którą ta inwestycja jest związana. Gdy mówimy o rozliczaniu kamieni milowych, to często mamy takie mylne pojęcie, że jeżeli w kamieniu milowym jest napisane na przykład wejście w życie ustawy i aktów wykonawczych, to my wysyłamy linki do stron internetowych w Dzienniku Ustaw albo w innych publikatorach i to już wystarczy. Tak naprawdę każda rzecz, która została przyjęta w danej reformie, musi być bardzo szczegółowo uzasadniona. To jest potem opiniowane przez całe kolegium Komisji Europejskiej i przyjmowane, zatwierdzone przez Radę Unii Europejskiej. Dopiero na tej podstawie dana reforma jest zatwierdzana.

Podobnie się dzieje, jeżeli chodzi o te wskaźniki inwestycyjne. My mamy bardzo ściśle określone kryteria, według których wydatkujemy środki i według których potem opisujemy efektywność związku danych inwestycji z wdrażaniem reformy, i to będzie oceniane. My też to opisujemy, ten wskaźnik również, nie przekazujemy...

Mogę podać przykład, bo rozliczyliśmy kamień milowy – to chyba jest D3L – dotyczący ogłoszenia konkursu na opiekę długoterminową. My nie podaliśmy linku do strony, gdzie ogłosiliśmy konkurs, tylko wszystkie kryteria. Kryteria ewaluacji, na podstawie której będzie ocena wydatkowania środków, musiały być bardzo dokładnie opisane, wynegocjowane i zatwierdzone. Zatem ta efektywność i jakość wydatkowania środków i oceny, w jaki sposób przyczynia się dodanej reformy, jest bardzo ściśle monitorowana przez nas oczywiście, ale też przez Komisję Europejską a potem przez Radę Unii Europejskiej.

Myślę więc – to z takich moich osobistych doświadczeń – że tym, co rzeczywiście będzie dobrą nauką dla resortu zdrowia, ale pewnie i dla innych obszarów, innych branż, jest takie planowanie inwestycji, które będziemy trochę oceniać w kontekście czemu one mają służyć i jak wspierają realizowane reformy. Te kryteria zresztą w większości, przynajmniej te ogólne, są też wpisane w Krajowy Plan Odbudowy i Rozwoju, więc można do nich sięgnąć.

Jeżeli chodzi o pytanie o tę tabelkę dotyczącą ustawy o modernizacji – brak podstawy do uruchamiania środków unijnych, o co pan przewodniczący Marek Wójcik pytał – ja już trochę o tym wspomniałam, ponieważ to jest stan na 2023 r. KPO było konstruowane trochę w ten sposób, że ta ustawa była wpisana jako warunek uruchomienia. To udało się nam rozbić. To znaczy, nie ma już tej zależności, że od jednej ustawy zależy uruchomienie środków.

Ja oczywiście mogę też powiedzieć, że tak zostało to niefortunnie wpisane, ale przypomnę, bo z moimi współpracownikami pochylamy się nad Krajowym Planem Odbudowy i Rozwoju, że to jest bardzo skomplikowany instrument. Rzeczywiście my widzimy w tym Krajowym Planie Odbudowy i Rozwoju taki ogólny zapis, tytuł kamienia milowego. W KPO te kamienie milowe są bardzo szczegółowo rozpisane.

Wydaje mi się, że na etapie przygotowywania KPO nie do końca zdawano sobie sprawę, że potem będziemy rozliczani z każdego zdania, z każdego elementu, ponieważ wszyscy myślą, nie tylko w Polsce, w kategoriach dotychczas wydawanych środków z funduszy unijnych. Zatem to, co tutaj jest napisane – brak podstawy, to jest właśnie to, o czym mówię. To był 2023 r. i to zostało skorygowane w rewizji.

Pani przewodnicząca, ja jeszcze odniosę się do pewnych kwestii, a potem poproszę kolegów o uzupełnienie. Jeżeli chodzi o konkurs na opiekę długoterminową, ja tylko dodam tak przy okazji, co cieszy, ale oczywiście jest to pewna trudność dla ministerstwa, że jest bardzo duże zainteresowanie wśród podmiotów leczniczych aplikowaniem o ośrodki. My mamy 187 wniosków w konkursie na opiekę długoterminową – przypomnę, że to jest dla szpitali, które są na pierwszym i drugim poziomie w sieci – również 257 w konkursie onkologicznym. Takiej skali zainteresowania i takiej skali wniosków w ministerstwie nie było.

Jesteśmy optymistami. Pan dyrektor Departamentu Oceny Inwestycji ze współpracownikami wdrożył rzeczywiście bardzo rygorystyczny proces oceny i uzupełniania tych wniosków. Planujemy rozstrzygnąć opiekę długoterminową do końca stycznia. Mam nadzieję, że uda się nam na początku lutego podpisać umowy. To są już umowy standardowe. Nie trzeba już niczego negocjować. Po prostu program, który był przedstawiony przez wnioskodawców, będzie załącznikiem do umowy, więc ten proces będzie szybki. Poza tym ta lista rankingowa, którą będziemy ogłaszać, będzie już jakby podstawą dla podmiotów, jeżeli same nie zrezygnują, do robienia i wdrażania dalszych planów. Również na początku lutego – taki mamy termin – planujemy rozstrzygnąć konkurs dla podmiotów leczniczych, które zostały zakwalifikowane do Krajowej Sieci Onkologicznej.

Dodam, że tych wniosków jest dużo. Oczywiście my chcieliśmy dać jak najwięcej czasu, mimo tego krótkiego czasu, który w ogóle mamy. Wiadomo, w jakich warunkach działamy i po prostu nie narzekamy, tylko działamy. Podmioty lecznicze też były zmobilizowane, więc my daliśmy ponad 2 miesiące podmiotom na przygotowanie tych wniosków. Automatycznie skróciło to trochę czas oceny, ale nie ukrywamy, że ten instrument KPO jest nowy i wymagający, jeżeli chodzi o dokumentację. Pewnie ci z państwa, którzy zajmowali się przygotowywaniem wniosków, słyszeli rozmowy.

To jest nowy instrument, więc dopuściliśmy dwa wezwania do poprawy. Tak naprawdę, żeby przyspieszyć proces nie powinniśmy umożliwiać poprawy, ale powiem, że w konkursie na opiekę długoterminową 90 wniosków po pierwszej ocenie wysłaliśmy do uzupełnienia i poprawy. To pokazuje skalę. Pewnie gdybyśmy tego nie zrobili – to pewnie trochę wydłużył ten proces oceny – to by oznaczało, że 90% wniosków z przyczyn formalnych musielibyśmy odrzucić. Jednak tu trzeba być na tyle elastycznym i wyrozumiałym, żeby wiedzieć, że bardzo dużo podmiotów nie składało w ogóle albo nie składa wniosków, więc to jest dla nich pierwszy raz taki instrument, który ministerstwo ma, albo dużo podmiotów nie ma doświadczenia z KPO, zresztą nie tylko w obszarze zdrowia, w innych obszarach również. Jeżeli więc chodzi o opiekę długoterminową, do końca stycznia planujemy ogłosić wyniki naboru na opiekę onkologiczną. Mamy czas do początku lutego, ale zamierzamy do końca stycznia, w pierwszym tygodniu lutego, zakończyć tę ocenę.

Jeżeli chodzi o kamień milowy D2L, to nie jest ustawa prezydencka. Rozumiem, że to jest ta ustawa o centrach 75+. Ta ustawa nie jest w KPO. Pan dyrektor potem to jeszcze uzupełni, ale to jest nowelizacja ustawy, która pozwala wprowadzić kryteria dla opieki długoterminowej. Ustawa wprowadza możliwość przedstawienia raportu, a raport, który przygotowaliśmy, zawiera kryteria tak naprawdę konkursowe, czyli jak poprawić jakość w opiece długoterminowej. Jak państwo wiecie, to wynika z tego kamienia D1L, gdzie ministerstwo dokonało przeglądu potencjału opieki długoterminowej w tym wymiarze świadczeń medycznych w Polsce. Zatem nie chodzi tutaj, panie przewodniczący, o tę ustawę pana prezydenta. Zresztą te kamienie D1L, D2L są rozliczone. D3L – w momencie, kiedy

ogłosimy listę rankingową podmiotów, które zostaną wyłonione do finansowania w ramach rozwoju opieki długoterminowej, ten kamień zostanie rozliczony.

Jeżeli chodzi o pytanie dotyczące wpisania się Krajowego Planu Odbudowy i Rozwoju w całościową wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia, to ja myślę, że my często patrzymy na Krajowy Plan Odbudowy – i to też wynika z moich doświadczeń rocznych konsultacji i rozmów – jak na remedium na wszystko. Ten plan nie ma zreformować całego systemu ochrony zdrowia w Polsce i te reformy, które zostały tu wpisane, są w takich wybranych zakresach, bo mamy rozwój opieki długoterminowej, szeroki rozwój, bo też te kamienie A69 i A70, mamy też rozwój Krajowej Sieci Onkologicznej. Ta ustawa została przyjęta jeszcze w 2023 r. Kolejne akty rozporządzenia, również ścieżki pacjentów, zostały przyjęte w tym roku. Ta ustawa będzie żyła, będzie zmieniana.

Nie możemy powiedzieć, że Krajowy Plan Odbudowy i Rozwoju ma nam zmodernizować i zreformować cały system. Ten instrument, który jest tutaj zawarty, będzie rzeczywiście wspierał te reformy, które na pewno są ważne. Priorytetem ministerstwa był i jest rozwój opieki długoterminowej, co też jest odzwierciedlone w Krajowym Planie Odbudowy i Zwiększenia Odporności. Również szerokie działania wielowymiarowe w obszarze onkologii i w obszarze kardiologii. Przypomnę, że to są te dwa obszary, gdzie rzeczywiście odnotowujemy bardzo wysoką liczbę zachorowań i wysokie liczby zgonów, więc to rzeczywiście są obszary, które są priorytetem ministerstwa i były wcześniej priorytetem. Dlatego jakby odpowiedzią w Krajowym Planie Odbudowy jest sieć onkologiczna, którą utrzymaliśmy i rozwijamy, i uważamy, że to jest ważny obszar, który pod względem reform i rozwoju w różnych obszarach trzeba rozwijać, a środki z KPO mogą to rzeczywiście wesprzeć.

Drugim tym obszarem jest Krajowa Sieć Kardiologiczna. Projekt tej ustawy chyba w przyszłym tygodniu będzie przyjmowany przez Komitet Stały Rady Ministrów. Był bardzo, bardzo szeroko konsultowany. Mam nadzieję – i tutaj liczę na państwa współpracę i wsparcie w tym zakresie – że dość sprawnie będzie ten projekt procedowany, tak żebyśmy mogli szybko go przyjąć i uruchomić środki w obszarze kardiologii na wsparcie podmiotów, które oferują świadczenia w obszarze kardiologii.

Jeżeli chodzi o to, ile pieniędzy trafiło na konta, to ja nie znam konkursu, który został rozstrzygnięty we wrześniu i czeka na wypłatę pieniędzy, ale to sprawdzę i ewentualnie do pana wrócę. Ja zgadzam się, że te konkursy są robione dość późno, jeżeli popatrzymy na cały okres obowiązywania i kwalifikowalności wydatków z KPO na 21 r., ale tak jak wspomniałam, mamy sytuację, jaką mamy. Musieliśmy zrobić rewizję. To trochę trwało, bo jak mówię, jest decyzja Rady Unii Europejskiej. Myślę więc, że takich opóźnień odnośnie do tego nowego harmonogramu uzgodnionego z Komisją Europejską w rewizji na razie nie ma i mamy nadzieję, że tak zostanie, aczkolwiek zdajemy sobie sprawę, że czasu na realizację inwestycji czy zamierzeń nie jest wiele. Myślę jednak, że to zainteresowanie podmiotów leczniczych, które składają wnioski, pokazuje, że pewnie w jakimś zakresie inwestycje są możliwe do zrealizowania.

Pani przewodnicząca, poprosiłabym dwóch panów dyrektorów – pana dyrektora Deme-
diuka z Centrum e-Zdrowia...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze. Tylko bardzo proszę o takie w miarę skondensowane wypowiedzi i odpowiedzi na konkretne pytania, bo tutaj była kwestia wskaźników jakości, jakie będą osiągnięte itd. Bardzo proszę o precyzyjne odpowiedzi. Dziękuję.

Dyrektor Departamentu e-Zdrowie MZ Wojciech Demediuk:

To może w skrócie odpowiem na pytanie pana przewodniczącego, które dotyczyło tego, czy w tym naborze 18 grudnia w zakresie cyfryzacji udało się uzyskać wnioski do pełnej alokacji środków. Odpowiedź krótka brzmi, tak, a krótkie wyjaśnienie jest takie, że to był konkurs, który był kierowany w trybie niekonkurencyjnym do Centrum e-Zdrowia. Centrum e-Zdrowia pracowało nad koncepcją tego, co ma zrobić, bo wiedziało, że będzie do niego skierowany i alokacje były już wcześniej dopasowane do tych zakresów. Tak więc ten wniosek jest w pełni kompletny i wykorzystuje alokację na ten konkurs.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kacperczyk:

Jeszcze, jeżeli mogę, poprosiłabym pana dyrektora o odpowiedź na te pytania w zakresie kadr medycznych.

Dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych MZ Mariusz Klencki:

To ja też bardzo krótko. Odpowiem na konkretne pytanie dotyczące tego, dlaczego w systemie w działaniu trzecim, czyli wsparciu bezzwrotnym, nie ma studentów analityki. Dlatego, że u nas właściwie wszyscy analitykę studiują na studiach bezpłatnych. To jest to działanie, które polega na dopłacie do czesnego, czyli jest adresowane do studentów, którzy finansują swoje studia. W przypadku analityki nie ma takiej potrzeby, więc jej nie ma. Nie dlatego, żeby nie była istotna. A propos tych działań, to wypłaciliśmy już 100 mln zł beneficjentom, tak więc tu już jest zaangażowanie, ale jest łatwiej, bo to nie są działania inwestycyjne.

Natomiast odpowiadając w kontekście kadr medycznych, ja rozumiem, że pojawia się niepokój czy realizacja tych zadań inwestycyjnych, wsparcie bazy dydaktycznej uczelni, w zamiarze nie ma dalszego zwiększania liczby przyjęć w szczególności na kierunki lekarskie, jak rozumiem. Powiem, że w moim odczuciu to jest tak, że my trochę te limity w ostatnich latach zwiększyliśmy na kredyt w tym sensie, że liczba studentów na naszych uczelniach jeszcze nie jest tak duża, jak będzie za 6 lat, zakładając, że byśmy te limity utrzymali. Czyli my inwestując teraz środki KPO w bazę dydaktyczną niejako dostosujemy tę bazę do tego, co już zostało w tych limitach ujęte. Ja bym to tak interpretował. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Nie wiem, czy to już wyczerpało państwa pytania. Jeszcze pani z dodatkowym...

Ekspert OZZL Anna Gołębicka:

To ja jeszcze, zanim pani przewodnicząca będzie miała głos. To być może źle pytamy. To nasze pytanie jest bardzo proste. My trochę myślimy o Polsce jak o takim przedsiębiorstwie, które ma produkować bezpieczeństwo i dobrobyt obywateli, a o Ministerstwie Zdrowia jako ministerstwie, które ma produkować zdrowie tych obywateli. Jeżeli mamy jakieś cele jakościowe określone generalnie, to w tym pytaniu chodzi nam dokładnie o to, jakie są cele strategiczne i operacyjne KPO, jakie do tego nadano „kejpiaje” strategiczne i operacyjne w wymiarze ilościowym i jakościowym, czyli, od czego zaczynamy, a z czym konkretnie chcemy skończyć. To takie proste pytania. Czyli na przykład, czy istnieje coś takiego, o ile procent zmniejszy się kolejka po KPO. Pytamy o takie założenia. Państwo już nam opowiedziało bardzo szczegółowo o tych wszystkich rzeczach egzekucyjnych, natomiast my jesteśmy nie tak głęboko w tym temacie i chcielibyśmy zadać te pytania z punktu widzenia takiego strategicznego, czyli takich założeń, o co za 2 lata mamy zapytać czy to się udało, czy się nie udało. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. To nie wiem, czy państwo teraz uzupełnicie odpowiedź na to pytanie, czy ewentualnie jeszcze kolejna tura pytań. Dobrze, to ja poproszę kolejną osobę i później pani.

Ekspert Federacji Przedsiębiorców Polskich Wojciech Wiśniewski:

Wojciech Wiśniewski, Federacja Przedsiębiorców Polskich, członek Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia. Zdaję sobie sprawę z tego, że wyzwanie, które stoi przed Ministerstwem Zdrowia, ma charakter bezprecedensowy. Podaż środków inwestycyjnych jest chyba niespotykana w historii – rozumiem, że macie państwo bardzo dużo pracy i trzymam kciuki, aby te pieniądze były wydane jak najlepiej. Natomiast mam jedno pytanie.

Miałem przyjemność uczestniczyć w Konferencji Programowej Polskiej Federacji Szpitali, gdzie zwrócono mi uwagę na jeden fakt. Mianowicie inwestycje z Krajowego Planu Odbudowy kwalifikują się do poziomu netto, a jest jeszcze kwestia sfinansowania podatku VAT, chociażby.

Nie jest jakąś szczególną tajemnicą, że w najbliższych latach polskie szpitale nie będą śmierdzić groszem. Daleko nie szukając, mamy 186 SPZOZ-ów z ujemnymi kapitałami własnymi, które mają 10-miliardowe zadłużenie – rocznie przybywa miliard tego zadłużenia.

Chciałbym więc zapytać, jakie mechanizmy będą wdrożone, być może na przykład we współpracy z Bankiem Gospodarstwa Krajowego, aby sprawić, żeby każdy mógł sięgnąć po te pieniądze, żeby nie było tak, że z Krajowego Planu Odbudowy skorzystają ci, którzy mają już teraz pieniądze. W jaki sposób sprawić, aby dystrybucja tych środków była zgodna przede wszystkim z potrzebami, a nie z możliwościami kapitałowymi szpitala czy organu założycielskiego, ponieważ obawiam się najzwyczajniej w świecie, żeby te zakupy, przede wszystkim pewnie sprzętowe, biorąc pod uwagę ten horyzont kwalifikowania kosztów, nie trafiły do bogatych i żeby nie tworzyły się wyspy szczęścia? Chciałbym więc spytać, jaki mechanizm, jeżeli taki jest, został lub zostanie wypracowany, aby ośrodki uzyskały pieniądze na sfinansowanie zobowiązań podatkowych wynikających z tych inwestycji. Pięknie dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo i bardzo proszę.

Przewodnicząca OZZL Grażyna Cebula-Kubat:

Grażyna Cebula-Kubat, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Ja odnośnie do kadr, proszę państwa, bo to najbardziej mi leży na sercu i wiem, co się dzieje.

Ja bardzo się cieszę, że będzie nam wzrastała liczba młodych lekarzy, że będzie ich coraz więcej, bo jeżeli państwo macie jakieś wyliczenia, to według tego, co ja czytam, z 30% lekarzy, którzy byli w wieku emerytalnym, mamy już 38. Wzrasta nam ogólna liczba lekarzy, cieszymy się wszyscy, że już mamy więcej lekarzy, ale nie bierzemy pod uwagę tego, że coraz większa liczba lekarzy wchodzi już w wiek emerytalny. To jest pierwsza sprawa.

Natomiast, proszę państwa, nic nam nie da zwiększanie liczby lekarzy – ja mówię teraz o lekarzach z tego względu, że jestem przewodniczącą związku lekarzy, ale w ogóle chodzi o kadrę medyczną – jeżeli nie stworzymy odpowiednich warunków pracy dla tych kadr. Mówię o warunkach pracy. Przede wszystkim zacznijmy od prawidłowej komunikacji w pionie, czyli pomiędzy pracodawcą a pracownikami, tak samo między pracownikami, bo jest naprawdę coraz więcej przypadków mobbingu, proszę państwa, dyskryminacji, bardzo nefajnych sytuacji.

Na przykład my w związku otrzymujemy bardzo dużo zapytań, niestety, co mają robić itd, co się dzieje. To jedno – komunikacja prawidłowa. Trzeba to już zacząć na studiach. Dlatego jeżeli państwo mówicie perspektywicznie, że będziemy coś robić, żeby było lepiej, to trzeba już pomyśleć o tym, żeby to było wprowadzone na studiach.

Następna sprawa – wreszcie odbiurokratyzowanie pracy lekarzy. To wiemy i o tym mówimy cały czas. Będzie refundacja, prawdopodobnie automatyczna, w listopadzie. Bardzo się cieszymy. Jeżeli ona wejdzie, będzie nam pomagała w pracy. Natomiast to nie wszystko, ponieważ jest nas za mało. Musimy naprawdę, szczególnie w POZ-ie, gdzie już jest wprowadzana opieka koordynowana... Naprawdę świetnie to działa, ale żeby oni mogli prowadzić pacjentów we wszystkich pięciu torach – proszę państwa, piękna sprawa – trzeba na to czasu, pieniędzy i ludzi. To mówi Porozumienie Zielonogórskie i my też to wszystko widzimy. Dlatego cyfryzacja jak najbardziej jest potrzebna. Po prostu apeluję, że jeżeli nie będzie odpowiednich warunków pracy i płacy, to nic nam to nie da.

Dam prosty przykład. Proszę państwa, mamy coraz więcej rezydentów na psychiatrii. No i co z tego? Ci ludzie przychodzą, przez 5 lat są w szpitalach, robią rezydenturę i odchodzą. Dlaczego odchodzą? Dlatego, że nie może być tak, że na 150 pacjentów jest jeden rezydent na dyżurze. Takiej patologii jak w psychiatrii naprawdę nie ma. Dlatego staramy się z ministerstwem opracować normy zatrudnienia i trzeba je opracować, żeby ci ludzie czuli się bezpiecznie, po prostu. To tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa? Bardzo proszę. To jest druga tura pytań, a później odpowiedzi państwa ze strony ministerstwa.

Członek Sądu Dyscyplinarnego Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED Katarzyna Różycka-Espinosa:

Dziękuję bardzo. Katarzyna Różycka, Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED. Mam pytanie, czy planowane są rozmowy z Komisją Europejską o przedłużeniu

tego terminu do czerwca 2026. Wiem, że przy poprzedniej rewizji minister funduszy zapowiadała, że taka próba będzie podjęta właśnie w tym roku. Pytamy z uwagi na to, że są jakieś opóźnienia w tym sensie, że na przykład ten konkurs na cyfryzację jeszcze nie jest uruchomiony, a jeżeli chodzi o cyfrowe wyroby medyczne, to wbrew pozorom są to bardzo skomplikowane wyroby. Sama integracja sprzętu, czyli już po wygranym zamówieniu, po podpisanej umowie z dostawcą, to są czasami terminy sześćcio-dziewięciomiesięczne. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani minister.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kacperczyk:

Bardzo serdecznie dziękuję. Ja może odniosę się najpierw do kwestii VAT-u. VAT jest niekwalifikowany. Jak państwo wiecie, nigdy nie był na poziomie całego KPO i nie tylko dla Polski, ale też dla innych państw członkowskich.

Do tej pory my nie dostrzegamy problemu z VAT-em. Wiemy, że to jest wyzwanie dla podmiotów leczniczych, ale podmioty nie zgłaszają tego. Mamy w ocenie 433 wnioski. Każdy złożył oświadczenie o sfinansowaniu VAT-u, bo takie oświadczenie było wymagane. Rozumiem więc, że podmioty znalazły drogę, którą mogły VAT sfinansować. Ministerstwo nie ma środków na pokrycie VAT-ów, jeżeli mówimy o inwestycjach na poziomie prawie kilkunastu miliardów, a tego VAT-u jest wtedy bardzo dużo. Ministerstwo nie dysponuje takimi środkami i te środki nigdy też nie były zaplanowane.

Chciałabym tutaj jeszcze doprecyzować, ponieważ pan wspomniał o tym, że większość tych wniosków będzie zakupowych ze względu na czas. To powiem, że na 433 wnioski wszystkie mają komponent inwestycyjny. Niektóre wnioski mają w większym zakresie, tam, gdzie podmioty są przygotowane, mają PFU, mają bardzo dokładne plany, albo te komponenty infrastrukturalne rozbudowy, modernizacji. Nie mamy ani jednego wniosku, który byłby tylko wnioskiem zakupowym. Myślę więc, i mamy nadzieję, że podmioty zdążą to zrealizować.

Od razu przejdę do kwestii przedłużenia KPO. Też bardzo bym chciała, żeby ten termin został przedłużony. My jako ministerstwo musimy rozliczać nasz komponent i rozumiemy podmioty, że tego czasu jest niewiele. Według informacji, jakie mamy, taka próba będzie podejmowana, aczkolwiek trzeba pamiętać, że to trochę zależy od stopnia wykorzystywania i wdrażania Krajowego Planu Odbudowy w innych państwach, bo żeby przedłużyć ten instrument, musi być decyzja Rady Unii Europejskiej.

Nie chcę mieć tutaj schadenfreude, bo może tak nie trzeba, ale w innych państwach też za dobrze to nie idzie, z tego co wiemy. Tak więc być może skłonność do tego, żeby ten instrument wydłużyć o jakiś czas, może będzie większa. Na tę chwilę my nie mamy takiej informacji o wydłużeniu okresu kwalifikowalności i rozliczania KPO, działamy więc w tych ramach, które mamy. Pozwolę sobie jeszcze poprosić pana dyrektora Rózanowskiego o uzupełnienie.

Dyrektor Departamentu Oceny Inwestycji MZ Krzysztof Rózanowski:

Szanowni państwo, ja odniosę się do tych KPI i tych współczynników, które będziemy monitorować i które stanowią podstawę do tego, żeby weryfikować, na ile te główne cele związane z realizacją komponentu D – ale generalnie nie tylko komponentu D w kontekście KPO – są realizowane tak, żeby poprawić dostępność, jakość i efektywność świadczonych usług. Jeśli chodzi o takie odniesienie się strategiczne do poprawy tych trzech kluczowych atrybutów w zakresie ochrony zdrowia, oczywiście trzeba się odnosić i odnosimy się wielowarstwowo, wieloobszarowo. Mamy wiele narzędzi, instrumentów, dzięki którym te cele chcemy osiągać i te wskaźniki poprawiać. KPO jest jednym z nich. Natomiast, proszę też pamiętać, że Ministerstwo Zdrowia planując nabory, uruchamiając pewne środki, ma do dyspozycji więcej instrumentów niż tylko samo KPO i tutaj nie możemy stawiać znaku równości pomiędzy KPO a współczynnikami, które chcemy osiągać z punktu widzenia strategicznego jako resort w perspektywie najbliższych kilku lat.

Jeżeli chodzi o takie parametryzowane inwestycje, które będziemy realizować w ramach KPO, to państwo zgodnie z SID-em wiecie, że te wskaźniki są bardzo podobne do siebie, zwłaszcza jeżeli chodzi o inwestycje, a mianowicie to jest liczba podmiotów, które uzyskują

wsparcie. Można by powiedzieć, że to jest bardzo generalny wskaźnik, który bezpośrednio nie referuje i nie odnosi się do jakości dostępności i efektywności, natomiast, jeśli już zagłębimy się w samą dokumentację regulaminową dla poszczególnych naborów, to widzimy, że w ramach kryteriów dostępowych merytorycznych te kryteria, te wskaźniki są bardzo jasno określone, zwłaszcza te rankingujące, które pokazują, w jaki sposób my chcemy wykorzystać środki, które mamy do dyspozycji w ramach KPO, do tego, żeby poprawić właśnie te wspomniane trzy główne atrybuty w zakresie realizowanych świadczeń. To dotyczy wsparcia dla ośrodków, dla jednostek w zakresie opieki długoterminowej geriatry, a również dotyczy ośrodków, które zostały zakwalifikowane do trzech poziomów SOLO.

Tych kryteriów w ramach dwóch naborów dzisiaj ogłoszonych, czyli w ramach 1.1.1. i w ramach 4.1.1, czyli opieki długoterminowej, dla każdego z konkursów jest kilka-kilkadziesiąt, blisko 30. Tu bardzo dokładnie, precyzyjnie, już jako Ministerstwo Zdrowia, poprzez to, co w dokumentacjach aplikacyjnych jest przez wnioskodawców przygotowywane, weryfikujemy i odnosimy się do tego rozwiązując kluczowe problemy, czy to dotyczy planowanych zmian w zakresie tych tendencji demograficznych, czy analizujemy, jaki jest stan nasycenia dla danego rodzaju usług, jak wygląda dzisiaj gęstość zaludnienia w danym regionie, tak żeby radzić sobie z tym problemem białych plam, kwestia deinstytucjonalizacji czy analizy w opiece długoterminowej współczynnika potencjału pielęgnacyjnego. My generalnie w każdym z tych naborów jako resort przewidzieliśmy takie wskaźniki, które dzisiaj oceniamy podejmując decyzję o udzielenie dofinansowania, które mają charakter deklaracyjny. My nie tylko oceniamy podmiot, który aplikuje do nas o środki, ale również przekładamy to, co znajduje się w dokumentacji aplikacyjnej, na to, jaki będzie efekt końcowy, finalny po zrealizowanej inwestycji.

Proszę jednak pamiętać, że oprócz KPO mamy jeszcze Fundusz Medyczny, a w ramach Funduszu Medycznego mamy dwa subfundusze, które tak naprawdę są funduszami, z których realizowane są projekty głównie inwestycyjne. To oczywiście są środki budżetowe z naszej części 46 Ministerstwa Zdrowia, gdzie wspieramy prace inwestycyjne, ale też wspieramy jednostki, jeżeli chodzi o modernizację i wyposażenie w infrastrukturę sprzętową. Mamy środki europejskie, gdzie w ramach różnych naborów, zwłaszcza w programie operacyjnym FEnIKS, to wsparcie dla podmiotów leczniczych jest udzielane.

Odnosząc się więc do wskaźników strategicznych, mamy kilka instrumentów i w każdym z tych instrumentów adekwatnie do tego, jakie mamy ograniczenia, jakie mamy wymagania, staramy się te główne cele osiągać, żeby faktycznie w wyniku realizacji, czyli po zakończonej realizacji programów KPO, Funduszu Medycznego i jeszcze wielu innych, tę odwróconą piramidę świadczeń faktycznie uzyskać, a dostępność, żeby była wymiennie poprawiona. Natomiast zamykając się tylko w obrębie KPO, wskaźniki te zostały zdefiniowane na dwóch poziomach. Jeden z poziomów to jest SID, drugi poziom to jest dokumentacja regulaminowa dla każdego z naborów inwestycyjnych. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zadać pytanie? Bardzo proszę.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Przepraszam, muszę zadać to pytanie pani przewodniczącej związku zawodowego lekarzy. Ile państwo zarejestrowali w ciągu ostatniego roku przypadków zgłoszonego mobbingu na lekarzach, bo ja jestem dyrektorem szpitala i przeraziło mnie to, co pani powiedziała?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę.

Przewodnicząca OZZL Grażyna Cebula-Kubat:

Nie liczyłam, panie dyrektorze, czy panie pośle, ile konkretnie jest przypadków, ale nie ma tygodnia, żeby nie wpływała do nas prośba o pomoc. Szczególnie dużo takich spraw mobbingowych występuje wśród rezydentów.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Rozumiem, ale każdy szpital ma obowiązek posiadać pewną procedurę antymobbingową. Ona jest badana i...

Przewodnicząca OZZL Grażyna Cebula-Kubat:

Ja wiem, że powinna być procedura. Powinna być komisja antymobbingowa i ta komisja powinna naprawdę dobrze działać. Ja nie będę mówiła, który to szpital, ale ostatnio przez 2 dni rozmawiam na temat... Ponieważ kiedyś byłam przewodniczącą komisji antymobbingowej w moim szpitalu, trochę wiem, jak to powinno wyglądać. To, że te komisje nie zawsze dobrze działają, to jest jedna sprawa.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Nie zawsze zgłaszany mobbing jest mobbingiem, to też jest inna sprawa.

Przewodnicząca OZZL Grażyna Cebula-Kubat:

A to jest druga strona. Naprawdę, to są ciężkie sprawy, ale proszę mi wierzyć, że jeżeli nie będzie odpowiednich warunków pracy, zwłaszcza dla młodych ludzi, to oni będą odchodzić. Będziemy mieć ich coraz więcej, ale oni będą odchodzić. A gdzie mają odchodzić? Pójdą do POZ-u, założą swoją działalność. Chodzi mi o to, że my musimy stworzyć takie warunki pracy w publicznych szpitalach, żeby ci ludzie chcieli tam zostawać, żeby chcieli pracować...

To następna sprawa, że różnie to bywa, bo na przykład pisze do mnie rezydentka, że skończyła właśnie staż rezydencki, pozdawała wszystko i chce zostać w szpitalu na umowie o pracę, a pan dyrektor mówi, że nie, że musi koniecznie na kontrakcie. Ja tego nie rozumiem, powiem szczerze... No, taka jest wola dyrektora... Ale ona już jest po rezydenturze, po wszystkim, po zdanych egzaminach i chce zostać w tym szpitalu. No, może nie mają potrzeby. Dlatego mówię – naprawdę jest coraz gorzej i ludzie będą nam odchodzić. Chodzi o to, że my wykształciliśmy, będziemy mieć dużo mądrych ludzi, ale oni będą odchodzić. Niekoniecznie muszą wyjeżdżać. Nie będą wyjeżdżać, bo mogą pracować w Polsce.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Raczej nie będą wyjeżdżać, bo prawie każdy bierze bon lojalnościowy i co najmniej 10 lat musi pracować w Polsce. Tak więc to nie jest tak... Oczywiście potem są wyjątki od reguły, bo zawsze można to wytłumaczyć, ale ten bon do czegoś służy. Tak więc to nie jest tak.

Ekspert OZZL Anna Gołębicka:

Ale można ten bon spłacić. Natomiast, jeśli rozmawiamy o mobbingu, to już rozumiemy sprawę, która się uruchamia, jest komisja antymobbingowa itd, ale my badamy też perspektywę lekarzy, jak oni się czują w placówkach. W tych badaniach, gdy pobadamy głębiej, to poczucie jest oceniane tak – bez motywacji, ale jestem. Gdy pogrążymy głębiej, głębiej popytamy, to się okazuje, że tam następuje taka kompensacja. Czyli z jakiegoś powodu – bo warunki są złe, bo się boję, jest mi źle, ale na przykład mam dużo luzu albo czegoś innego na przykład, więc to sobie kompensuję. Czyli generalnie, mówiąc tak wprost, lekarze są średnio minus zadowoleni, ale gdy pogrążymy, to widzimy bardzo mocne elementy, które należałoby poprawić, żeby oni mieli nie tylko higienę pracy, ale byli zmotywowani.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

To jest oczywiście bardzo szeroki temat, natomiast pytanie, jak pacjenci się czują z tymi lekarzami. To też warto zbadać. Przepraszam, ja też jestem lekarzem...

Przewodnicząca OZZL Grażyna Cebula-Kubat:

Rozumiemy.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

...ale staram się patrzeć bardziej z innej strony. Ja miałbym prośbę, bo to mnie naprawdę zainteresowało, gdyby pani przewodnicząca przynajmniej jakąś statystykę przekazała, ile takich zgłoszeń macie w ciągu roku, żebyśmy wiedzieli, jaka to jest skala i co się dzieje...

Przewodnicząca OZZL Grażyna Cebula-Kubat:

Policzę na następne spotkanie. Już od dwóch lat to robię.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

...bo to jest bardzo ciekawy temat. Natomiast do pani minister – temat trochę związany z regionem, z którego pochodzę, bo w ramach tych procesów cyfryzacyjnych mówiło się dużo o procesie digitalizacji dokumentacji medycznej. Ostatnio pojawił się taki

temat, że miało powstać takie centrum digitalizacji w Chełmie, akurat w miejscowości niedaleko mnie, i poszła informacja, że nie powstanie. Chciałbym dowiedzieć się, dlaczego. Jak to wygląda i z jakiego powodu? A z drugiej strony, jaki państwo macie pomysł na ten proces digitalizacji, bo jako dyrektor wiem, że to jest duży problem u mnie w szpitalu. Ja oczywiście taki proces realizuję w tej chwili sam, ale czy będą ewentualnie jakieś instrumenty wsparcia do tego procesu i jak to państwo widziecie w realizacji. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Zanim pani minister odpowie na te pytania, to ja bardzo proszę, żeby te dane, o które pan poseł prosi, przesłać do sekretariatu podkomisji, żeby wszyscy posłowie...

Przewodnicząca OZZL Grażyna Cebula-Kubat:

Tak. Albo ewentualnie panu dyrektorowi prześlę.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Do Komisji. Do sekretariatu Komisji, bardzo proszę.

Przewodnicząca OZZL Grażyna Cebula-Kubat:

Dobrze, do Komisji. Nie ma żadnego problemu.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani poseł Gelert. Czy tak?

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Ja bym tylko chciała doprecyzować, bo pani minister tutaj wspomniała – przynajmniej ja tak zrozumiałam, ale może coś źle zrozumiałam – że do onkologicznego konkursu mogą przystępować również poradnie specjalistyczne. Czy one są w tej sieci onkologicznej? Przy szpitalu, to ja wiem. Wtedy szpital startuje jako szpital, jeżeli posiada taką poradnię, ale czy mogą startować poradnie, które... No to właśnie, chciałabym to doprecyzować. Wtedy zmieniałoby to oblicze, bo wtedy dużo więcej...

Natomiast jeżeli chodzi o te szkolenia i to dofinansowanie do szkoleń, co poruszał tutaj pan przewodniczący, mówi się, że akurat w przypadku diagnostów to są szkolenia tylko stacjonarne, dzienne i w publicznych jednostkach. Nie jestem przekonana, czy nie ma gdzieś prywatnych. Jednak na przykład fizjoterapeuci szkolą się tak samo jak pielęgniarki czy ratownicy medyczni. Czyli dlaczego ograniczać możliwość dofinansowania tylko do tych wybranych, właściwie czterech zawodów, czyli lekarzy, pielęgniarek, położnych i ratowników, a inne zawody, które również są potrzebne i często taką samą ścieżką idą, są wyłączone? Tak więc takie pytanie. Możliwe, że nie mam tej wiedzy, że może w ogóle nie ma prywatnych, które akurat realizują takie szkolenia, ale z tego, co wiem, to na pewno fizjoterapeuci taką ścieżką są szkoleni. Tak więc, czy by mogli...

I chciałabym właśnie powtórzyć to pytanie, które już tutaj padło, czy ministerstwo jednak będzie się starało o to, żeby wydłużyć ten czas, bo proszę państwa, tak naprawdę, jeżeli w lutym w końcu zapadną decyzje odnośnie do tego, że można uruchomić pieniądze z tej sieci onkologicznej, a o kardiologicznej jeszcze na razie nic nie mówimy, a ona będzie jeszcze później, to w przypadku kardiologicznej chyba od razu trzeba zastrzec, że tam nie będzie inwestycji. No chyba, że będzie można zrealizować przynajmniej wcześniejszą inwestycję, za którą jeszcze nie zostało zapłacone, bo to można... Ale to było w przewlekłym, natomiast w onkologicznej nie było.

To właśnie chciałabym dopytać, jeżeli chodzi o kardiologiczną, no i niebezpieczeństwo – ja widzę przynajmniej takie niebezpieczeństwo – wzrostu cen jednostkowych. Właściwie w tej chwili wszyscy wiedzą, że będzie boom na sprzęt i każdy będzie chciał ten sprzęt uzyskać, bo przecież naprawdę trzeba go naprodukować. Obawiam się więc, że te ceny mogą być zdecydowanie większe. Czy mamy jakieś narzędzie, które nie pozwoli firmom, które produkują i sprzedają przede wszystkim ten sprzęt, raptownie tak zdecydowanie podnieść ceny? Przecież każdy będzie chciał być pierwszy w kolejce do tego sprzętu, a ten sprzęt będzie się powielał bardzo często i on będzie ten sam. Myślę, że wszyscy już stoją w starterach – nie tylko szpitale, ale i producenci – żeby... A wiadomo, że szpital będzie chciał kupić w miarę możliwości czy jednostki, nie tylko szpital, bo faktycznie są to bardzo

duże pieniądze, które nam się pokazały i z których każdy chciałby skorzystać. One mają służyć jakiemuś celowi i ten cel powinien być określony. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim poproszę panią minister o odpowiedź na te pytania, chciałabym doprecyzować. Ponieważ już w kilku momentach pojawiła się kwestia możliwości rozliczenia tych inwestycji, żeby jasno powiedzieć, które inwestycje, kiedy rozpoczęte, mogą być w ramach KPO rozliczane i do kiedy. Czy ten 2026 r., konkretny miesiąc, to jest data zakończenia inwestycji czy przedstawienia odbioru, czy przedstawienia dokumentów, żeby kwestia była już jasna? Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kacperczyk:

Jeżeli chodzi o refinansowanie, to tak jak powiedziałam, wynika to trochę z tej filozofii, że reforma i inwestycja. Czyli jeżeli chodzi o opiekę długoterminową, to my w konkursie dopuściliśmy refinansowanie wszystkich inwestycji zakupu, które były poniesione w okresie kwalifikowalności, to jest od marca 2021 r., dlatego że tutaj nie było takich warunków. Ja zaraz o nich powiem, żeby państwo wiedzieli, o jakie warunki chodzi.

Jeżeli chodzi o onkologię, warunkiem uruchomienia środków było zrobienie kwalifikacji podmiotów do sieci na odpowiedni poziom zabezpieczenia SOLO. To było w lipcu. Czyli my możemy refinansować wszystkie wydatki, bo ten konkurs jest dedykowany tylko podmiotom w sieci. I potrzeby inwestycyjne, i ta ewaluacja, i też te wskaźniki są oddzielnie formułowane dla każdego poziomu SOLO 1, SOLO 2, SOLO 3. Nie możemy więc cofnąć się do 2021 r., bo wtedy nie było podmiotów na poziomie SOLO 1, SOLO 2, SOLO 3. Zatem tutaj kwalifikowalność będzie od czasu zakwalifikowania do sieci. Trochę to jest różne dla innych podmiotów.

2026 r., to jest koniec czerwca 2026 r. i to jest okres kosztów kwalifikowanych. Nie. Jeszcze jest plus 2 miesiące rozliczenia inwestycji. Czyli koniec, kiedy podmioty lecznicze przedstawiają... Część z państwa jest dyrektorami szpitali i pracownikami ochrony zdrowia. Jeżeli więc podmioty lecznicze przedstawiają nam fakturę do rozliczenia w systemie, to jest to ten okres kwalifikowalności 30 czerwca. Tak, jeszcze pan dyrektor dopowie.

Dyrektor departamentu MZ Krzysztof Różanowski:

Żeby już nie było żadnej wątpliwości, jeżeli nic się nie zmieni w trakcie rewizji, to ta data 30 czerwca to jest ostatni dzień, kiedy musi wyjść płatność z konta beneficjenta. To znaczy okres technicznego zamykania projektu, kolejny miesiąc-dwa, to jest oczywiście możliwe, natomiast płatność musi wyjść 30 czerwca. Jeżeli wyjdzie 1 lipca, ten wydatek będzie niekwalifikowany.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Pan poseł pytał jeszcze o to Centrum Digitalizacji Dokumentacji Medycznej w Chełmie. Bardzo proszę o informację.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kacperczyk:

Powiem, jak wyglądała ta sprawa trochę w szerszej perspektywie, bo nie ukrywam, że trochę jesteśmy zaskoczeni tą nerwowością, która pojawiła się wokół tego tematu. Temat utworzenia Centrum Digitalizacji Dokumentacji Medycznej istnieje w Ministerstwie Zdrowia od 2021 r. W maju 2021 r. został podpisany bardzo ogólny list intencyjny między ówczesnym ministrem zdrowia, a prezydentem miasta Chełma. W konsekwencji tego, w Ministerstwie Zdrowia, w sierpniu 2021 r., został utworzony zespół roboczy do spraw utworzenia Centrum Digitalizacji Dokumentacji Medycznej w Chełmie. Ten zespół miał bardzo jasno określone zadanie – przygotowanie koncepcji, przygotowanie źródeł finansowania, przygotowanie propozycji legislacyjnych, które umożliwiałyby realizację warunków lokalowych, organizacji i funkcjonowania. Określono też datę przedstawienia i zakończenia prac zespołu. To był 2022 r. – 30 czerwca 2022 r. Do tego czasu nic z tych rzeczy, które były zakładane, nie zostało ani przedstawione, ani wypracowane, ani zorganizowane.

W czerwcu skład tego zespołu został zmieniony. Czas obowiązywania został wydłużony na kolejne lata, po czym, z tymi samymi zadaniami przygotowania koncepcji, do końca 2023 r. w tej sprawie nic się nie zdarzyło. Nie było ani propozycji, ani wypracowanej w ramach zespołu w ministerstwie... Dodam, że w skład tego zespołu wchodził prezydent

miasta Chełm lub wiceprezydent. Osoby z działów inwestycji, komunikacji i różnych... Byli oczywiście pracownicy Ministerstwa Zdrowia. On był na tyle szeroki, że taka koncepcja mogłaby powstać, ale nic w tej sprawie się nie zadziało do końca 2023 r. Rezultaty pracy tego zespołu w tej jakże ważnej inwestycji były praktycznie żadne, czyli nic nie wypracowano.

Ponieważ rozumiem, że my mamy tutaj związek z Krajowym Planem Odbudowy, ta koncepcja tego Centrum Digitalizacji Dokumentacji Medycznej została wpisana do Krajowego Planu Odbudowy, ale nie została wpisana inwestycja Centrum Digitalizacji Dokumentacji Medycznej w Chełmie. Zatem ani Ministerstwo Zdrowia, ani ten zespół nie ma wskazanej w żadnym miejscu w KPO inwestycji w mieście Chełm.

Mówię to też w kontekście kwalifikowalności kosztów. Wyobraźmy sobie, że taka inwestycja byłaby zasadna. Ona by była wpisana z lokalizacją i zostałaby dokonana – zostałaby przeprowadzona, sfinansowana – my byśmy mogli w tym momencie, po uruchomieniu środków, ją refinansować. Zatem, ponieważ nic nie zostało w tej sprawie zrobione i nie została ta inwestycja jako Chełm wskazana w KPO, to rzeczywiście ten związek z KPO jest tylko jakby nazwą tego projektu.

Powiem przy okazji tego, co zostało wpisane w KPO, że trochę to pokazuje, jak miała wyglądać ta koncepcja. W KPO wskaźnikiem, według którego powinniśmy zrealizować to Centrum Digitalizacji Dokumentacji Medycznej, jest digitalizacja w sensie zeskanowania dokumentacji papierowej tak, żeby była dostępna w wersji elektronicznej. Ten wskaźnik, który wpisano do KPO, to jest 30% dokumentacji medycznej wszystkich podmiotów medycznych, które istnieją w Polsce, całej dokumentacji papierowej. Rzeczywiście podchodząc do rewizji KPO podjęliśmy rozmowy. Każdy wskaźnik, każdy kamień milowy, był omawiany.

Jeśli chodzi o ten wskaźnik 30% dokumentacji medycznej, podmioty mają dokumentację medyczną papierową – oczywiście część jest systematycznie niszczona – przechowywaną 20 lat. To są po prostu miliony stron. Jeżeli ktoś zakładał w KPO, że ten proces digitalizacji, czyli praktycznie mówiąc skanowania, miałby odbyć się w Chełmie czy w innym jednym miejscu, bo lokalizacja teraz jest drugorzędna, to wyobraźcie sobie państwo, jak wyglądałby w praktyce ten proces. To znaczy, że musielibyśmy tirami zwozić dokumentację z całej Polski do tego jednego miejsca i tam ją skanować. Tam byśmy to wybudowali, skanery...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Pani minister, chyba nie o takie rzeczy chodziło, więc może podarujemy sobie te uwagi.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kacperczyk:

Przepraszam pani przewodnicząca, chciałabym skończyć, bo dokładnie o to chodziło. My mamy skanowanie, wskaźnik 30% zdigitalizowanej dokumentacji papierowej, hard copies. Proszę więc spojrzeć – to przedsięwzięcie tak naprawdę z praktycznego punktu widzenia byłoby niemożliwe do zrealizowania. W międzyczasie nastąpiła zmiana przepisu, który zobowiązuje podmioty lecznicze do tworzenia repozytoriów i może też z tego powodu my trochę zmieniliśmy koncepcję realizacji tego centrum digitalizacji w KPO. Może poproszę pana dyrektora, który nadzoruje ten proces, żeby trochę powiedział, jak ta digitalizacja dokumentacji medycznej będzie przebiegać, bo ona nie zostanie zarzucona.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze. Momencik, bo myślę, że jeżeli już chcemy wyjaśnić temat, to dobrze by było, żeby uczciwie i rzetelnie podejść do tematu. Może zanim pan dyrektor odpowie, to dam jeszcze głos panu posłowi Wicherowi w tym zakresie.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, w pierwszej turze nie załapałem się, bo już było za dużo pytań, teraz więc dopytam o pewne rzeczy, ale także chciałbym uszczegółowić w kontekście cyfryzacji. Po pierwsze, myślę, pani prezes, z całym szacunkiem, że ponieważ państwo macie tylko jakiś wycinek tych informacji o mobbingu, bo organizacji jest wiele, a szpitale nie wszystko zgłaszają, to ja bym przerzucił tę prośbę do pani minister. To znaczy, żeby państwo mogli zwrócić się do placówek medycznych o informacje o następującym brzmieniu – ile było uruchomionych procedur mobbingowych w latach 2023 i 2024 w podziale na grupy zawodowe, bo to byłoby dla mnie istotne i z podkreśleniem, ile tych spraw było na linii pracodawca-pracownik, a ile było innego charakteru. Bardzo bym

prosił, pani minister, jeżeli pani minister oczywiście się zgodzi. Myślę, że wtedy to będą rzetelne, kompletne, a nie... Przepraszam, tu chodzi o skalę możliwości. Ministerstwo ma inną skalę możliwości pozyskania tych informacji, pani prezes ma troszeczkę mniejszą. Trudno państwu obciążać takim obowiązkiem, jeśli po to mamy ministerstwo, które jakieś statystyki może w tym zakresie prowadzi. To jest pierwsza moja serdeczna prośba.

Druga moja prośba – oczywiście EDM. Elektroniczna dokumentacja i cyfryzacja to jest temat wieloletni. Jako dyrektor placówki, teraz na urlopie bezpłatnym, też wdrażałem podwójną serwerownię, podwójne systemy zabezpieczenia. Część dokumentacji już wdrażaliśmy w wersji elektronicznej, część dokumentacji digitalizowaliśmy, ale tak jak było założone, nie tę, która była archiwizowana, bo ta jest dokumentacją starą, niepotrzebną w procesie leczenia, tylko niektóre najbardziej istotne dokumenty z dokumentacji medycznej. To podkreślmy. Tak więc nie mówimy, pani minister i tu bądźmy rzetelni, o całości dokumentacji, łącznie z tym, co leży w archiwach, ale o tej, która ma uzasadnienie medyczne do jej przechowywania i ma sens w procesie terapeutycznym i leczniczym danego pacjenta w chwili obecnej i w przyszłości. Tak więc 30% z tego zakresu, z tej wysegregowanej dokumentacji. Tak to wprowadziliśmy wiele lat temu.

Druga sprawa. Centrum to miało być też centralną serwerownią, z tego, co pamiętam, bo serwerownie szpitalne potrzebują tak zwanej centralnej serwerowni zabezpieczającej. Oczywiście my mieliśmy tę drugą serwerownię, czyli dublowaliśmy je w poszczególnych ośrodkach, żeby mieć tak zwaną kopię zapasową, ale też miało być wsparcie centralnego ośrodka od strony technicznej, bezpieczeństwa, cyberbezpieczeństwa. To państwo jako ten ośrodek w Chełmie mieli świadczyć takie usługi zabezpieczające od strony eksperckiej, wspierającej poszczególne szpitale i serwerownie, i też dającej możliwość nawet w tych mniejszych ośrodkach, które nie miały tej możliwości, wsparcia centralnej serwerowni. Był bowiem taki pomysł swego czasu, nie wiem, czy zarzucony, czy nie, budowy takiej zapasowej serwerowni dla mniejszych podmiotów medycznych. Ja wyobrażam sobie, że to wyłącznie w tym Centrum, a jeśli nawet nie na pierwszym etapie, to na następnych etapach takie działanie miało być wdrożone. Z tego co pamiętam, takie dyskusje trwały. Chyba pan dyrektor był... Nie, nie kojarzę, przepraszam, ale przecież jako CeZ brał udział w tych dyskusjach. Ja brałem udział w kontekście leczenia uzdrowiskowego, przyspieszenia formy skierowań, usprawnienia ich, uproszczenia, ale także innej dokumentacji, która była w tym zakresie potrzebna.

Natomiast idąc dalej – oczywiście było tak dużo wątków poruszonych, że jeszcze dosłownie dwie minuty – między innymi kadry. Oczywiście możemy brać kadry pod względem ilościowym w kontekście wieku emerytalnego, w kontekście różnych chorób, wyjazdów lekarzy i nie tylko, choć wyjazdów jest teraz dużo mniej, faktycznie zanikły, ale generalnie rzecz biorąc mnie jednak inna rzecz interesuje. Jest też zmiana mentalności pokoleniowej. Zupełnie innego charakteru pracę chcą świadczyć lekarze w wieku od 45 lat wzwyż, zupełnie inną od 35 do tych 45, a zupełnie inaczej chcą pracować młodzi lekarze poniżej 35 r.ż. To jest już zupełnie inne podejście do tego.

Teraz jest work-life balance, chcą mieć zrównoważenie. Praca powinna być po drugiej stronie ulicy, z drugiej strony centrum fitness, park etc., żeby było dogodne, szybkie życie i praca 8 godzin dziennie, bez dużych zobowiązań, z zabezpieczeniem prawnym, żeby nie odpowiadać za błędy lekarskie. To byłaby idealna sytuacja dla młodego pokolenia. Niestety, ideałów nie ma i nie będzie, tak świat jest skonstruowany, ale też młodych lekarzy nie zmusimy do większej liczby godzin pracy, w związku z tym musimy mieć więcej kadry niż dzisiaj tej, która obsługuje te same sytuacje. Przy założeniu, że społeczeństwo jest starzejące się, z wielochorobowością, tej kadry będzie potrzeba wielokrotnie więcej niż teraz mamy.

Dlatego przez wiele miesięcy dyskutowałem z Naczelną Izbą Lekarską nie zgadzając się z tym, że podwyższenie limitu, na kierunkach lekarskich jest niepotrzebne. Otóż jest potrzebne. Ponadto musimy wywołać lekką, zdrową konkurencję, żeby też jakością wygrywać, bo ktoś kończy studia, dostaje dyplom lekarski – przepraszam, z całym szacunkiem – a później okazuje się, że na rynku nie jest wybitną postacią albo jego świadczenia czasami nie są adekwatne do oczekiwań pacjentów, tak delikatnie rzecz ujmując. W związku z tym zostawmy też jakąś dozę konkurencyjności na tym rynku, bo dzisiaj tego nie mamy.

Lekarze psychiatrii nie zostają na rezydenturach, odchodzą, bo na rynku prywatnym zarabiają takie pieniądze... Psychiatra dziecięcy potrafi brać, moi drodzy państwo, znam takie przypadki, od 600 do 1200 zł za wizytę z diagnozą. Moi drodzy państwo, ten system nigdy takiej kwoty nie zabezpieczy, jeśli chodzi o etatową pracę, dopóki nie będzie więcej tych lekarzy, że będzie można trochę wybierać i nie będzie większej konkurencyjności. Wynika to z tego, na przykład, że jest 1 psychiatra dziecięcy na 10-15 powiatów, bo takie są dzisiaj sytuacje, przynajmniej na południu, w rejonie Sądecczyzny, skąd się wywodzi.

Idąc dalej, KPO, i to już ostatnio słowa. Pani minister, ja się cieszę, że realizujemy KPO, bo to jest wspólny biznes. Pacjent jest naszą... Oczywiście politycznie moglibyśmy tu sobie podyskutować, dlaczego tych pieniędzy nie było, dlaczego było odraczane, ale odrzucmy to, choć pani minister na początku próbowała tak troszeczkę zygu, zygu do nas. Jednak, pani minister, dochodząc do meritum, to nie było tak, że pieniądze nie wpływały. Jednostki się przygotowywały, miały zapowiedziane, że część inwestycji będzie refinansowana, że powinni mieć przygotowane projekty. Nie jest tak, że ten czas, kiedy oczekiwaliśmy na pieniądze, jest zmarnowany, bo gdyby te placówki nie przygotowały tych projektów, dzisiaj nie mielibyście czego realizować, bo i tak nie zdążyłyby tego zaprojektować. Wiem to, bo byłem w radach społecznych szpitali. Wiem, że przygotowywaliśmy te projekty w okresie, kiedy tych środków jeszcze nie było. Państwo je uruchomiliście.

Apeluję o to, że wspólnym interesem są negocjacje z Unią Europejską, żeby niektóre aspekty przesunąć terminowo. Przecież Unia to jest nie ciało skostniałe. Ja rozumiem, że państwo macie świetne kontakty na poziomie europejskim, szczególnie pan premier i myślę, że nie będzie problemem podjąć się negocjacji twardych w zakresie przedłużenia pewnych terminowości.

Natomiast pytanie do pani minister konkretne, czy szpitale dostały taką notatkę ułatwiającą – ja też bym prosił o taką notatkę – w których poszczególnych kamieniach miłowych mogą liczyć na refinansowanie, od jakiego okresu, na co mogą mieć refinansowanie w poszczególnych kamieniach. Chodzi o to, żeby dyrektorzy mieli czarno na białym – słuchaj, w onkologii możesz od lipca 2024, z tego, co zrobiłeś, zrefinansować sobie to, to, to, i to i żeby w każdym programie to było jasne, bo wielu dyrektorów pyta, gubi się w tym, ponieważ nie każdy ma bóg wie jak rozbudowane zespoły prawne, żeby to wszystko ogarniać. Nie wszystkie są potężnymi szpitalami klinicznymi czy dużymi. Czasami są mniejsze szpitale powiatowe – takie mają potencjał dużo mniejszy. Myślę więc, że taką ściągawkę, pani minister, warto byłoby zrealizować dla dyrektorów i dla nas jako członków podkomisji. Byłoby to, myślę, bardzo cenne.

I kończąc, projekty i regulaminy projektowe. Apel – pani minister, upraszczajcie procedury aplikacyjne. Ja pamiętam, gdy pracowałem w projekcie uczelnianym, gdzie realizowaliśmy psychologię sądową, bo wcześniej brakowało psychologów sądowych, to na Litwie wniosek był mniej więcej taki. Analogiczna uczelnia polska i litewska. Wniosek był mniej więcej takiej grubości, to mówię tak fizycznie. Polski wniosek miał kilkanaście tomów, ponieważ polskie wewnętrzne przepisy regulowały konieczność tworzenia różnych analiz, dokumentów, statystyk, bóg wie jakich współczynników nikomu niepotrzebnych. Litwini realizowali to szybko, my zakopywaliśmy się w papierach. Tak więc, pani minister, przełóżnijcie KPO i tam, gdzie się da, uproście procedury.

Można się zgadzać z inwestycjami strategicznymi za PiS-u lub nie, to jest kwestia polityczna, ale to były proste pieniądze. Były dwie strony aplikacyjne i szybkie było rozliczanie. Dlatego te inwestycje w samorządach terytorialnych tak szybko są realizowane. Są, trwają, bo były proste pieniądze.

Dyrektorzy to nie są kancelarie prawne, to nie są działy finansowe. Jeśli chcemy odciążyć ich koszty, to uproszmy im aplikowanie o pieniądze. I o to apeluję. O szybki przegląd w perspektywie najbliższych 2-3 miesięcy. Tam, gdzie się da, skrajnie uprościć regulaminy aplikacyjne. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że teraz pan dyrektor. To bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kacperczyk:

Bardzo dziękuję, panie pośle. Bardzo dziękuję za tę deklarację wsparcia, bo... Dokładnie. I powiem szczerze, często tu słyszymy – a teraz jest ta opcja, czy taka. Te konkursy są rzetelne, niezależne. Jedyne o co dbamy, to jest to, żeby zapewnić równość szans dla podmiotów dużych i podmiotów mniejszych, trochę dlatego, że ministerstwo nie dysponowało taką szeroką gamą, którą by mogło objąć wszystkie podmioty. Te z infrastruktury strategicznej i z Funduszu Medycznego dotyczyły, sami państwo wiecie, kilku czy kilkunastu dużych podmiotów.

Ja bardzo dziękuję, bo i w rozmowach z państwem i niezależnie od opcji politycznej z dyrektorami szpitali, też to słyszeliśmy. Na przykład w konkursie onkologicznym mamy oddzielne alokacje na SOLO1, SOLO2, SOLO3. Podmiot na SOLO1 nigdy nie będzie mógł konkurować z jakimś centrum onkologicznym, ogromnym szpitalem. Trzeba więc wyrównywać szanse, ale tak naprawdę sami dobrze wiemy – pan poseł też to doskonale powiedział – pacjent nie ma barw politycznych. Jeśli jest chory, to trzeba go leczyć niezależnie od poglądów, sympatii, czy ktoś mnie lubi, czy ktoś lubi pana posła, czy... Tak więc tutaj zgoda absolutnie.

Może państwo wiecie – ja zajmuję się KPO od samego początku – że ja nigdy nie wysłałam i nigdzie nie powiedziałam, że ten zrobił to, ten zrobił tamto, bo to nie ma znaczenia. Jeżeli to realizujemy, to realizujemy dalej. Nie będziemy się rozliczać, bo to nas nie posuwa w żadnym kierunku. No, zdecydowaliśmy się. Jeśli mamy się rozliczać, to powinniśmy na początku powiedzieć – dziękujemy, nie robimy i zajmujemy się rozliczaniem ze szkodą dla pacjenta. Tak więc dziękuję za tę deklarację wsparcia i mam nadzieję, że możemy spotykać się częściej w tej podkomisji – pani przewodnicząca, bardzo dziękuję – żeby dyskutować o różnych rzeczach.

Jeżeli chodzi o tę sugestię kosztów kwalifikowalnych, to my mamy na stronach te informacje i chętnie prześlemy. Jeżeli państwo możecie w swoim zakresie przekazywać czy w swoich regionach, czy dyrektorom szpitali, to do kogoś może... Tak jest. Dobrze. Jak państwo wiecie, my organizowaliśmy bardzo dużo takich webinarów. Jeździliśmy po regionach, spotykaliśmy się ze wszystkimi dyrektorami szpitali czy osobami, które odpowiadają za przygotowanie wniosku, żeby jak najbardziej ten proces wyjaśnić.

Pewnie odnośnie do tej dokumentacji, pełna zgoda. Ja osobiście przez ostatnie lata aplikowałam o środki z różnych miejsc i niestety cała ta dokumentacja jest jedną wielką bolączką. Niestety, na poziomie całego KPO mamy takie... Jeżeli państwo nawet zobaczycie cały ten system CSP, gdzie podmioty muszą złożyć te wnioski – on nie był stworzony przez Ministerstwo Zdrowia, tylko centralnie – też nie jest prosty. I do tego stopnia – przepraszam, że wchodzę w takie szczegóły, ale to może pokazuje, jak to funkcjonuje, bo myślę, że niezależnie od opcji politycznych wszyscy tutaj mają ten sam problem – że musieliśmy zrobić instrukcję, którą zawiesiliśmy na stronie, wypełniania tego wniosku, wkładania do systemu, których elementów nie naciskać, które pominąć, żeby podmiotom to ułatwić. Zgadzam się więc, że my mamy tendencję, generalnie zawsze mieliśmy, żeby się zabezpieczać. Natomiast z drugiej strony, nawiązując do pieniądza łatwego, który mamy, to też proszę zrozumieć, bo my mamy teraz urzędników, którzy mają dyscyplinę finansów publicznych za łatwy pieniądz. Dlatego myślę, że stąd wynika często taka... Jest tu jeszcze ten element ewaluacji i wymogów ze strony Komisji Europejskiej, więc to jest dodatkowe.

Powiem jeszcze jedną rzecz. Pani poseł mówiła o tych szkoleniach. Pan dyrektor jeszcze się odniesie, a ja dodam, że my robimy szkolenia dla różnych zawodów medycznych przez CMKP, ale też, na przykład, przez Krajową Izbę Pielęgniarek i Położnych, przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów i tutaj bardzo dużo pieniędzy inwestujemy. Możemy taką informację do Komisji przesłać, żeby państwo mieli szerszą informację, jakie szkolenia wspieramy. To są setki milionów środków unijnych na szkolenie różnych zawodów medycznych.

Ostatnia rzecz, którą jeszcze powiem, odnośnie do tych 30%. Ja cieszę się, że to jest takie rozumienie dokumentacji, tylko przeczytam państwu, jak to jest wpisane do KPO i jak miało to być realizowane: „The target relates to the hard copy documentation stored by the health facilities”, czyli cel, który dotyczy dokumentacji papierowej przechowywanej przez podmioty. Niestety to był duży problem w renegotjacji. Staramy się to zmienić.

To znaczy, staramy się teraz zrobić nowe podejście. To wynegocjowaliśmy w rewizji z Komisją. Ta digitalizacja będzie robiona.

Kwestia, którą pan poseł podniósł, dotycząca cyberbezpieczeństwa. Dziękuję za to pytanie. Pan dyrektor krótko odniesie się do tego. To jest coś innego niż to Centrum Digitalizacji...

Poseł Patryk Wicher (PiS):

To jest uzupełnienie.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kacperczyk:

Dokładnie. I to będzie realizowane od początku. I to jest super. Dziękuję za zwrócenie na to uwagi, bo to jest bardzo, bardzo ważna rzecz. Od początku było założenie, że będzie to robiło Centrum e-Zdrowia i będzie to robione. Teraz już oddam głos panu dyrektorowi, który trochę bardziej ekspercko powie, co i jak będziemy digitalizowali.

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Ja w skrócie. Pani minister odniosła się do tego jak wyglądały prace z centrum w Chełmie, a ja bym chciał powiedzieć, jak wyglądał proces myślowy i w jaki sposób w tej chwili tę kwestię Centrum Digitalizacji Dokumentacji Medycznej i digitalizacji zamierzamy zrealizować i dlaczego ta zmiana nastąpiła.

Otóż, w ramach inwestycji D1.1.2. w KPO mieliśmy kamień milowy D17G, w którym było utworzenie centrum digitalizacji i później był wskaźnik w takim brzmieniu, w jakim pani minister go zacytowała, czyli tak naprawdę digitalizacja papierowej dokumentacji medycznej. Dokumentacji papierowej przetrzymywanej w jednostkach nawet niemedyceńskich. Tym, co nam się udało zmienić i ustalić z Komisją, jest to, że my mówimy o skanowaniu w tej chwili 30% dokumentów istotnych z punktu widzenia leczenia. Spróbowaliśmy zidentyfikować, które faktycznie są takie ważne... Tak, ale to już zmieniliśmy w rewizji.

Patrząc na to, jakie to są dokumenty, wyszło na to, że takim najistotniejszym jest karta leczenia szpitalnego, bo i zdarzenie jest ważne, bo jest to leczenie szpitalne, i zawiera bardzo dużo informacji. Zawiera w sobie również informacje z dokumentów mniejszej wagi, jak na przykład wyniki jakichś badań laboratoryjnych itd. Tak więc dokument jest ważny.

Próbowaliśmy oszacować, jakie to faktycznie będą koszty i jak podejść do tego, żeby je zeskanować papierowo. Jeszcze jest pytanie, 30% czego. Otóż wiemy, jaka jest liczba hospitalizacji i wiemy, ile jest dokumentów, kart informacyjnych z leczenia szpitalnego zaraportowanych na platformę P1 i z tej różnicy musimy ucyfrowić 30%.

Staraliśmy się znaleźć, w jakich szpitalach są przechowywane te dokumenty papierowe. Okazało się, że ponieważ już od ponad 4 lat jest obowiązek tworzenia dokumentacji medycznej, a od ponad 2 lat jest obowiązek indeksowania tejże dokumentacji, czyli przekazywania informacji do platformy P1, w jakim repozytorium ona się znajduje i powinna być w tym repozytorium, ze względu na to, że nie ma systemu kar dla podmiotów leczniczych za nieraportowanie tej dokumentacji, tylko ileś procent takiej dokumentacji faktycznie jest zaraportowane. Żeby więc zastanowić się, gdzie jest ta dokumentacja papierowa, w toku prac okazało się, że nie ma dokumentacji papierowej. Większość szpitali robi w sposób taki, że skoro ma obowiązek tworzenia dokumentacji medycznej, tworzy dokumenty medyczne. Te dokumenty medyczne są przetrzymywane w systemach szpitalnych. Te dokumenty medyczne nie są raportowane do repozytoriów i udostępniane w repozytoriach, bo repozytoria są dodatkowym kosztem. Pacjent dostaje podpisaną i opieczetowaną kopię dokumentu cyfrowego, z którym dalej się porusza. I my to traktujemy jako hard copies.

Rozmawialiśmy z Komisją Europejską o tym, że bez sensu byłoby teraz pójść do tych szpitali, poprosić o wydrukowanie dokumentów papierowych. Te dokumenty papierowe wtedy przewieźć do centrum skanowania, gdziekolwiek ono by nie było i je ponownie zeskanować, czyli ucyfrowić w sposób taki, jak było to pierwotnie przygotowane. Ustaliliśmy z Komisją, że hard copies oznacza wyeliminowanie z obiegu papierowego tych ważnych dokumentów. Zamierzamy to zrobić w sposób dwojaki. Zostanie stworzone centrum, które nie będzie dokonywało skanowania dokumentów, tylko będzie to centrum w Centrum e-Zdrowia, które przygotowuje odpowiednie narzędzia i przygotowuje odpowiednie repozytoria do tego, żeby te dokumenty mogły się tam znaleźć.

Szpitalom sfinansujemy w ramach środków KPO cyfryzację dokumentów w sposób dwojaki. Albo w sposób taki, że dokumentów, które są w wersji elektronicznej, nie będziemy

drukować i potem skanować, tylko zostaną one przesłane do repozytorium i będą kosztem kwalifikowanym w KPO, a w tych wszystkich przypadkach, gdzie dokumenty są w wersji papierowej, kosztem kwalifikowanym będzie zakup skanerów i koszty skanowania, bo zakładamy, że być może gdzieś są, ale trudno to nam dzisiaj określić. Wydaje się, że skala jest niewielka, ale również to przewidujemy. Centrum e-Zdrowia przygotuje narzędzie do skanowania takiej dokumentacji, udostępni to szpitalom, a szpitale będą mogły mieć zrefundowane ze środków KPO w takich przypadkach skanery oraz koszty skanowania, czyli koszty pracy lub zlecenia takiej usługi na zewnątrz. I to jest ten sposób, w jaki będzie realizowane z jednej strony centrum, a z drugiej strony, sam proces digitalizacji dokumentów, czyli wprowadzenia do obrotu cyfrowego tych dokumentów.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł jeszcze.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Chciałbym dopytać, bo nie bardzo zrozumiałem. Czy mówi pan w tej chwili tylko o karcie leczenia szpitalnego?

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Tak. Rozmawialiśmy z konsultantami krajowymi i ustaliliśmy, że to będzie karta leczenia szpitalnego.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Panie dyrektorze, my mamy obowiązek przechowywać każdą dokumentację, całą dokumentację medyczną, również wyniki badań i innych rzeczy, również jeszcze różne dokumenty dotyczące procesów akredytacyjnych a związanych z pacjentem. Czyli całość, komplet dokumentacji medycznej. Nie wiem, czy to załatwia sprawę, jeżeli rozmawiamy tylko o karcie, bo jeżeli załatwimy temat karty to dalej zostanie nam... Przepis mówi, że dokumentacja ma być w formie elektronicznej. Nie może być mieszana. Nie może być część takiej i część takiej. W większości szpitali ona się wytwarza w formie elektronicznej, natomiast na koniec powstaje w formie papierowej i jest w tym procesie magazynowana, archiwizowana.

Teraz kolejna rzecz. My w procesie digitalizacji, żeby uzyskać efekt, chcielibyśmy pozbyć się tej papierowej dokumentacji z tych magazynów, ale to jest proces, bo mamy w obowiązku powiadomić pacjenta, że będziemy takie coś robili. Mamy przez rok przetrzymać tę dokumentację, żeby pacjent mógł się zgłosić jakby po oryginał, czy po kopię de facto, ale po całość tej dokumentacji. Jest to więc taki trochę bardziej skomplikowany proces z punktu widzenia nas, szpitali.

Myślę, że warto jeszcze, jeżeli jest czas oczywiście, przeanalizować to, bo jeżeli pokazałbym panu dyrektorowi historię z OIOM-u, to jest to czasem taka dokumentacja medyczna. To są wielkie płachty. Często na OIOM-ach muszą być specjalne skanery do tego, żeby to spróbować w jakiś sposób zdigitalizować. Mówię praktycznie, bo tak to wygląda. Tam zapisywane są setki parametrów obserwacyjnych pacjenta. Zatem załatwienie sprawy samej karty dla nas nie jest załatwienie sprawy, mówiąc uczciwie, bo to nam nie opróżnia magazynów. My dalej będziemy musieli przechowywać tę dokumentację, całą jej resztę, bo w każdej chwili ma prawo zwrócić się do nas o to sąd, prokuratura i pacjent, który może przyjść po 15 czy 19 latach i zechcieć swoją dokumentację medyczną w pełnym zakresie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan poseł.

Posel Patryk Wicher (PiS):

Pani minister, panie dyrektorze, ja mam takie pytania. Rozdzielę dwa tematy. Zupełnie innym tematem jest miejsce budowy i lokalizacja tego centrum. W takim razie bardzo bym poprosił o przekazanie mi albo może członkom podkomisji, a najlepiej do sekretariatu, w formie elektronicznej wszystkich protokołów z posiedzeń rzeczonoego zespołu, który był powołany w celu uszczegółowienia czy zbadania, czy też wypracowania tej koncepcji, bo pewnie jakieś protokoły z tego są – notatki służbowe, protokoły, daty. O to wszystko, czym państwo dysponujecie, bardzo bym prosił.

Pani minister, druga sprawa. Ponieważ KPO składało się z kamieni, pani przeczytała ładnie priorytet kamienia, czyli nazwę skrótową, to znaczy ten cel, przepraszam, te 30%, twarde itd, ale bardzo bym prosił o opis, bo każda dokumentacja oprócz takiego hasłowego rzucenia tematu, ma uszczegółowienie, jak to było w procesie negocjacyjnym zgłoszonym do wynegocjowania, jak był rozpisany ten priorytet. To jest opis, ale chodzi o uszczegółowienie. Jakimiś notatkami wewnętrznymi państwo muszą dysponować.

Pamiętam dyskusje nie tylko Komisji Zdrowia, ale i w zespołach z CeZ-em w kontekście leczenia uzdrowiskowego. Pamiętam, jak dyskutowaliśmy o zadaniach centrum digitalizacji. To centrum digitalizacji, po pierwsze, miało być właśnie tym centralnym punktem zbiorczym dla repozytoriów i nadzoru nad repozytoriami i ich bezpieczeństwem. To jednostki miały mieć swoje repozytoria, tylko nadzorowane przez ten centralny ośrodek. Nie miały przewozić żadnej dokumentacji do skanowania do was, tylko one miały to robić, wykonywać. Państwo mieli dać właśnie to, co mówicie. Mieliście dać know-how, miejsce, nadzór i wsparcie merytoryczne. Ponadto mieliście państwo wypracować na przyszłość, żeby te dokumenty zniknęły w wersji papierowej, mieliście tylko dać narzędzia jednostkom, żeby karta szpitalna była już w pełni elektroniczna i żeby ta dokumentacja była elektroniczna, i stać się tylko repozytorium zapasowym dla szpitali, które miały... To był cel Centrum w Chełmie, z tego co ja pamiętam ze wszystkich negocjacji. Oczywiście możemy różnorako interpretować ten zapis, który pani minister odczytała w anglojęzycznej wersji, ale według mnie to już jest kwestia interpretacji. Ja bym chciał wiedzieć, jakie były założenia w pracach ministerstwa nad uszczegółowieniem tego punktu.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Akurat ten ostatni temat zdominował dzisiejszą dyskusję. Może więc, żeby zakończyć ten temat, pozwolę sobie na taki krótki komentarz.

Z wypowiedzi pani minister i pana dyrektora wynika, że tak naprawdę ten zespół, który został powołany, nie zrobił nic kompletnie. Z drugiej strony, państwo powołujecie się, że miało to wyglądać tak, a nie inaczej, że ciężarówki miały jeździć z papierami po Polsce... No od państwa to usłyszałam. Gdzie jest wpisane? Skoro nie było, to nie ma.

Szanowni państwo, nie wyśmiewajmy pomysłu, bo pomysł był dobry i na pewno założeniem nie było wożenie papierów ze Szczecina do Chełma, tylko inna metoda digitalizacji tych danych. Chodziło o to, żeby stworzyć miejsce, gdzie w sposób cyfrowy będą przechowywane najistotniejsze dane. W założeniach było wyraźnie powiedziane, że te dokumenty, które są najistotniejsze. Zgodnie z ustawą o dokumentach – już nie pamiętam, jaka jest pełna nazwa, ale o archiwizacji dokumentów – są pewne kategorie danych medycznych, które muszą być przechowywane 50 lat i do nich należy karta leczenia szpitalnego. Czyli te dokumenty miały być najwcześniej digitalizowane, ponieważ ich okres przechowywania jest najdłuższy.

Wiemy doskonale, że są pewne dokumenty, też medyczne, które mają ważność przechowywania 20 lat i są takie, które mają 5 lat, na przykład wyniki badań. Chodziło to, żeby stworzyć system, który będzie spinał dokumentację pacjenta o tym najdłuższym okresie przechowywania, czyli tę najistotniejszą. System miał być rozwojowy, więc dyskusowanie tutaj czy 30%, czy 10%, czy 20% dokumentacji z założenia miało być digitalizować, jest – tak mi się wydaje – częścią dyskusji, bo na początku należało coś określić, a potem system się rozwija. Myślę, że pomysł był dobry. Powinien być realizowany.

Teraz takie moje pytanie. Pani minister dzisiaj w trakcie posiedzenia Sejmu mówiła o priorytetach prezydencji Polskiej w Unii Europejskiej. Mówiła pani też o rozwoju cyfryzacji w Unii Europejskiej i wspomniała między innymi – zresztą państwo wpisali to w ten dokument – że będą podejmowane działania, aby stworzyć europejską przestrzeń danych dotyczących zdrowia, i właśnie to wpisywało się w tę europejską przestrzeń. Nagle dowiadujemy się, że na początku stycznia pan minister Konieczny tak naprawdę podpisał coś, o czym w ogóle nie wiedział, bo słyszałam jego wypowiedź. W ogóle zdziwiony był, że podpisał decyzję o zaniechaniu budowy tego Centrum w Chełmie. Proszę więc się nie dziwić, że my o to pytamy i będziemy pytać o szczegóły.

Pani minister mówi, że nie było żadnych spotkań, ten zespół nic nie wypracował i dlatego państwo zaniechali kontynuacji tego projektu. To w takim razie poprosimy o informację,

w jaki sposób ten zespół pracował. Jeżeli zaczniemy bawić się w politykę, to możemy wiele rzeczy mówić, natomiast najistotniejsze było to, żeby wykorzystać i ten moment, i ten fakt, że Polska jako jeden z niewielu krajów Unii Europejskiej tak naprawdę poszła bardzo do przodu w ostatnich 8 latach, jeżeli chodzi o cyfryzację systemu ochrony zdrowia.

Może też nie powielajmy tej informacji, że w szpitalach na komputerze się pisze, drukuje, podpisuje, potem się skanuje. Ja byłam 17 lat dyrektorem szpitala, już od siedmiu nie jestem, ale takimi metodami nie pracowałam. Proszę naprawdę nie obśmiewać tego systemu, bo dyrektorzy szpitali potrafili dobrze zorganizować pracę. Jeżeli ktoś miał w pełni ucyfrowiony system, to potrafił to wykorzystać. Chodziło o to, żeby te dane, które są generowane w poszczególnych podmiotach leczniczych, były agregowane w jednym miejscu, żeby pacjent, który będzie w Barcelonie – bo mówimy o budowie systemu europejskiego – czy lekarz, który go tam będzie leczył, miał dostęp do danych, które będą agregowane w naszym kraju. Taki był system.

Oczywiście możemy niuanse i pewne niedociągnięcia wyciągać i obśmiewać, ale nie o to chodzi. Tak jak kolega Wicher powiedział – działamy dla pacjentów. Pacjent nie ma barwy politycznej. Dlatego pewne projekty, które były zapoczątkowane, powinny być realizowane, szczególnie właśnie w cyfryzacji ochrony zdrowia, bo tutaj mamy czym pochwalić się na świecie, a nie wylewać dziecko z kąpielą. No tak się złożyło, że my odczytujemy politycznie, bo pewien zbieg okoliczności każe nam to interpretować tak a nie inaczej. To jest ta kwestia tego Centrum w Chełmie. Ja proszę tylko o krótką odpowiedź, czy będzie takie Centrum tworzone czy nie. Jeżeli tak, to gdzie. Jeżeli nie, to jaki jest inny pomysł na rozwiązanie tego tematu.

Jednak, skoro już jestem przy głosie, bo myślę, że będziemy zmierzać do końca, chciałabym zadać jeszcze kilka pytań natury ogólnej i trochę szczegółowych. Pierwsza kwestia. Pani minister powiedziała o tym Krajowym Planie Odbudowy – wiemy doskonale, w jakich warunkach on powstawał, jaka była intencja Unii Europejskiej. Wiemy, że wiele krajów przystąpiło, ale kilka krajów nie przystąpiło w ogóle, nie korzysta z tego dobrodziejstwa, o którym państwo mówicie. Wiemy też, dlaczego.

Wiemy, że tam był komponent pożyczkowy i grantowy. Teraz moje konkretne pytanie. Ile procent jest komponentu grantowego w ochronie zdrowia, a ile procent komponentu pożyczkowego? Jeżeli chodzi o ten komponent pożyczkowy, na które zadania będzie dedykowany, kierowany i w jaki sposób później wygląda kwestia rozliczenia się z tego, bo to już zupełnie inny sposób rozliczenia.

Jeżeli chodzi o te wykazy, pani tutaj przedstawiła bardzo szeroki materiał, za co bardzo serdecznie dziękuję. Na wstępie pani wykazała te wszystkie powody, w ocenie państwa, które uniemożliwiają skorzystanie z KPO, ale tak naprawdę wiemy doskonale, jakie były formalne przyczyny tego braku możliwości korzystania z KPO. Chciałabym jednak zwrócić uwagę na drugą część tego materiału, który pani przedstawiła – zrealizowane i rozliczone kamienie milowe. Z tego wynika – i warto to tak uczciwie podkreślić – że państwo mogli teraz wykazać się realizacją i rozliczeniem tych poszczególnych kamieni milowych dzięki temu, że zostały one we właściwy sposób przygotowane. Bardzo więc się cieszę, że te pieniądze trafiły, czy trafią niezwłocznie do wielu beneficjentów, że będą rozliczone.

Gdy analizuje się te wszystkie wskaźniki, które państwo pokazujecie, jeżeli chodzi o rozliczenia, to dominują tutaj kwestie związane ze wzmocnieniem kształcenia, głównie przeddyplomowego. Pani poseł pytała tutaj o te inne zawody medyczne. Ja wiem, że to było przeznaczone głównie na kształcenie przeddyplomowe i wsparcie tego kształcenia w różnych formach – stypendia, ale też budowa centrum symulacji medycznych czy coaching – które były wpisane w to KPO. Bardzo ładnie ta realizacja idzie i bardzo się cieszę z tego powodu, że studenci, ale i pracownicy ochrony zdrowia mogą z tego korzystać, bo bardzo dobrze to jest realizowane. Podejźmy więc w taki sposób do realizacji tego programu.

Jest on realizowany w całej Unii Europejskiej. Ja liczę na to, o czym pani minister mówiła. To nie jest tajemnicą, bo mamy kontakty z innymi krajami i wiemy, że realizacja KPO poprzez skomplikowaną część wymogów, nie we wszystkich krajach, może mimo większej przychylności politycznej niż do Polski w poprzednich latach, też idzie w sposób trudny, jak można powiedzieć i niektóre kraje, mimo że chciały korzystać, są chyba na porównywalnym etapie jak Polska.

W związku z tym tutaj prosba do państwa, do rządu polskiego, do pana premiera Tuska, który ma możliwości, żeby naciskać na Komisję Europejską, na te struktury Europejskie, żeby jednak wyraziły zgodę na możliwość wykorzystania tych środków jeszcze w późniejszym okresie, bo myślę, że ochrona zdrowia... Możemy mówić o wszystkich obszarach, które obejmuje KPO, ale my zajmujemy się ochroną zdrowia i ochrona zdrowia, mimo ogromnego dofinansowania w ostatnich latach, wymaga nadal dużego dofinansowania. Zresztą to jest związane z rozwojem technologii medycznych, ze zużywaniem się tego sprzętu itd. W związku z tym, jeżeli jest ta szansa – i jeżeli jest ta szansa jeszcze z części grantowej – to naprawdę warto o to zawalczyć. Takie więc przesłanie do państwa i proszę o te informacje, o te relacje między częścią granatową i częścią pożyczkową. Dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kacperczyk:

Pani przewodnicząca, bardzo dziękuję. Nie mamy części pożyczkowej w komponencie D. Mieliśmy pierwotnie to, o czym mówiłam, tę pożyczkową – 650 mln dla szpitali powiatowych na rozwój opieki długoterminowej. To w tej drugiej rewizji przesunęliśmy do części granatowej, zwiększyliśmy alokację do 1,3 mld. To jest ten konkurs, który teraz będzie rozstrzygany. Szczęśliwie nie mamy części pożyczkowej, aczkolwiek... No tak, nie mamy, bo w przypadku szpitali rzeczywiście nie ma. Mamy wyłącznie część granatową, dlatego nam zależy, żeby to jak najlepiej wykorzystać.

Tutaj dziękuję. Ja akurat nie jestem politykiem, ale wiem, że tutaj jest zawsze dużo emocji politycznych, ale myślę też, że absolutnie deklarujemy wsparcie. Jeżeli państwo potrzebujecie informacji do przesłania i żeby ze swojej strony podmioty lecznicze wspierać, to prosimy o sygnał – jesteśmy absolutnie do dyspozycji całej Komisji i podkomisji.

Posel Patryk Wicher (PiS):

Pani przewodnicząca wyszła, ale pozwoliła mi jeszcze zabrać głos i dopytać. Myślę, że za chwilę będziemy dalej...

Pani minister, mam jeszcze taką jedną prośbę. W KPO przed ostatnią rewizją był zaszyty komponent API, budowy fabryk substancji czynnych w Polsce. Ja zgadzam się, że wytworzenie linii produkcyjnej API to jest proces dłuższy niż ten horyzont, który przewidywaliśmy, ale pieniądze te mogły być też spożytkowane na linie tak zwanych leków gotowych, czyli na kupno licencji i wybudowanie linii, które mogłyby przyspieszać produkcję tych leków w Polsce.

W kraju mieliśmy niedawno brak soli fizjologicznej, której nie produkujemy na terenie Polski w wystarczającej ilości, żeby zaspokoić potrzeby polskich placówek medycznych. Mogliśmy na przykład wykupić licencję i zbudować linię choćby soli fizjologicznej, prostej rzeczy niezbędnej w szpitalach, na oddziałach i nie tylko.

Pani minister, w związku z tym takie pytanie, ponieważ te pieniądze, jak już wiemy publicznie, bo to koleżanka z Lewicy nam przedstawiła, zostały przekierowane na program, gdzie można zakupywać używane auta elektryczne. Czyli zamiast rozwinąć koncerny farmaceutyczne, żeby zyski z tych sprzedaży, z tych linii mogłyby wesprzeć budżet państwa, choćby na przykład nasze szpitale – to było z KPO – utraciliśmy te pieniądze bezpowrotnie przekierowując je na zupełnie inne zadanie w KPO. Ja tylko odpowiadam, że można było wybrać zadania krótsze w horyzoncie, które by się zmieściły, a nawet zacząć pewne procesy, „zetaapować” je i sfinansować pewne etapy dochodzenia do budowy API, tych 120 substancji podstawowych. Krytycznych jest 60-70, ale powiedzmy, że 120 moglibyśmy spokojnie w Polsce za te pieniądze... To jest raptem 5 mld zł – 5-6 mld w perspektywie 5 lat – żeby wybudować takie fabryki w Polsce i zapewnić bezpieczeństwo lekowe Polaków na przyszłe pandemie.

Pandemia pokazała, jak zerwały się nam dostawy dla cukrzyków i innych leków, jak był zagrożony proces leczenia, ciągłość tego procesu leczenia. Nie zrobiliśmy nic od tego czasu, nie nauczyliśmy się, nie wyciągnęliśmy wniosków, a odebranie tych pieniędzy było szokiem.

Pani minister, teraz pytanie, czy rozważacie dokapitalizowanie tej branży albo czy ewentualnie, gdyby pojawił się jakieś szybkie oszczędności, czy jest szansa przewrócenia tego zadania wsparcia produkcji API lub innych linii leków gotowych w Polsce, żeby trochę to ruszyć do przodu. Drugie pytanie, trochę do pani minister, trochę do pana dyrektora. Jak nam idzie digitalizacja, przygotowanie wersji elektronicznej właśnie karty szpitalnej

i innych dokumentów, bo teraz my mówimy o tych zaszłościach, ale przyszłość miała być taka, że mieliśmy to wszystko przerzucić do cyfrowego świata. Na jakim etapie jesteście państwo po tym roku z wdrożeniem następnych dokumentów cyfrowych w szpitalach i w ochronie zdrowia, bo to jest ważne? Idźmy dalej nie dyskutując o tym, co było. Idźmy dalej, bo wtedy nie trzeba będzie kserować, kopiować, bo będą już tylko elektroniczne.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. To ja może poproszę tak...

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kacperczyk:

Dobrze, szybko.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

...i będziemy zmierzać ku końcowi.

Podsekretarz stanu w MZ Katarzyna Kacperczyk:

Chciałabym, żeby ta dyskusja odbyła się dużo wcześniej, bo ten kamień milowy, mimo że jest w kompetencji D, został wyjęty z kompetencji Ministerstwa Zdrowia i przesunięty do ówczesnego Ministerstwa Rozwoju. Ja też trochę rozumiem tę filozofię, bo ktoś powie, że Ministerstwo Zdrowia nie jest odpowiedzialne za budowę fabryk. Nie, ale dzięki temu mogliśmy wspólnie jakby kontrolować te rzeczy, jeżeli chodzi o bezpieczeństwo.

Trudno mi jest powiedzieć czy to był krótki czas i dlaczego ktoś przesunął, bo my nawet nie byliśmy współodpowiedzialni za ten kamień milowy. Ja odniosę się tylko do jednej rzeczy i to wiem akurat nie z tego, tylko z innych inwestycji, które były negocjowane w ramach KPO. Nie było możliwości etapowania inwestycji, też jeżeli chodzi o szpitale. Trzeba było mieć odebraną linię, która służy, więc to był trochę ten problem.

To co było, rozumiem, zostawiamy. Powiem jeszcze jedno, że rząd zadeklarował, że 901 mln euro ze środków unijnych FENG będzie inwestowane w budowę produkcji leków krytycznych API. FENG to jest taki inny instrument unijny. Rozumiem więc, że tutaj prawie miliard euro zostanie dedykowane z dłuższą, jakby racjonalną perspektywą.

Mogę też powiedzieć, bo pani przewodnicząca nawiązała do dzisiejszej krótkiej wypowiedzi na Sejmie dotyczącej prezydencji – i tutaj liczymy oczywiście na wsparcie państwa i europosłów wszystkich opcji – że w czasie prezydencji chcemy wprowadzić na agendę założenia tak zwanego aktu o lekach krytycznych, który pozwoli na wypracowanie mechanizmu dofinansowania rodzimej produkcji leków krytycznych w Unii Europejskiej, a więc w Polsce, w ramach Unii Europejskiej. Myślę więc, że w tym kierunku rzeczywiście dużo będzie się działo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Czy pan dyrektor jeszcze chciałby?

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Ja spróbuję bardzo szybko...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Po raz trzeci panu Markowi Wójcikowi? Po raz drugi. To wyjątkowo po raz drugi, ale krótko, minutę. A teraz pan dyrektor, bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Spróbuję bardzo szybko i od końca. Na dzisiaj mamy 9 rodzajów dokumentów medycznych, które są w obrocie. Część jest bardziej znanych, część mniej znanych. Z takich najbardziej znanych mamy receptę, mamy dokument realizacji recepty, mamy dokument skierowania, mamy dokument wyników badań laboratoryjnych, a między innymi wspomniana tutaj karta informacyjna leczenia szpitalnego jest już wdrożona i jest w wersji elektronicznej. Niestety tylko 30% hospitalizacji jest dzisiaj zaraportowane do P1, czyli wiemy o tym, że one są, powstają i jest obowiązek.

Jak nam idzie dalej? Najbliższy wskaźnik, który będziemy rozliczać w ramach KPO, to są 3 kolejne dokumenty medyczne, które powstaną do końca tego kwartału. Do końca tego kwartału powstanie dokument taki jak wyniki i opis badań histopatologicznych oraz 2 dokumenty z ratownictwa medycznego, czyli karta medycznych czynności ratunkowych.

One są inne, dlatego są to 2 dokumenty – jeden dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, a drugi dla pogotowia ratunkowego. No i tu mamy taki duży problem, że na dzisiaj szpitale potrzebują dokumentu takiego, który jest w formie wydrukowanej, przygotowany przez pogotowie ratunkowe. To jest ta część, która idzie na pierwszy obieg. W tej chwili chcemy zelektronizować ten obieg. Ona będzie do odbioru, do skończenia w pierwszym kwartale tego roku, czyli do końca marca.

Wracając troszeczkę wcześniej, pani przewodnicząca, bo chyba zostałem źle zrozumiany. Mamy dokładnie takie samo zdanie. Tak, Polska zrobiła bardzo dużo w zakresie cyfryzacji. Jesteśmy na tle Unii Europejskiej raczej w czubie, mówiąc kolokwialnie.

Ten proces, o którym mówiłem, to jest to, w jaki sposób widzieliśmy proces skanowania, który już w tej chwili zrenegocjowaliśmy z Komisją Europejską. Czyli nie chcielibyśmy cyfryzować papieru tylko cyfryzować kopie cyfrowe. To nie odnosiło się wcale do tego, że tak pracują szpitale. Szpitale pracują racjonalnie.

I ostatnia rzecz, która wydaje się ważna. To jest tak, że z punktu widzenia pacjenta i ustaleń, my mówimy o tym, że chcemy scyfryzować elektroniczną dokumentację medyczną, tę, która powinna być EDM-em. To jest tych 9, które na dzisiaj mamy. W zakresie tego konkursu nie mówimy i nie jest celem tego konkursu i tego przedsięwzięcia, żeby rozwiązać problem szpitali związany z koniecznością archiwizacji dokumentów, tylko celem tej inwestycji jest ucyfrowienie obrotu informacji w ochronie zdrowia. Obrót informacji – czyli chodzi o to, żeby głównie elektroniczne dokumenty medyczne w wystandaryzowany sposób... A te standardy robimy w KPO, bo do tych 9 istniejących teraz dokładamy 9 kolejnych dokumentów. Te pierwsze 3 do końca tego kwartału i do końca pierwszego kwartału 2025 r. jeszcze pozostałe 6 dokumentów.

Naszym celem jest to, żeby pacjenci oraz lekarze POZ-u z definicji oraz ci wszyscy, którym pacjenci udzielą dostępu do ich dokumentacji medycznej, mogli mieć dostęp do tej dokumentacji medycznej. Temu służy, z jednej strony, stworzenie narzędzi, z drugiej strony, część konkursu, w którym mówimy o tym, że chcemy, żeby szpitale dostosowały te swoje systemy. Chcemy to dofinansować, żeby można było te dodatkowe dokumenty medyczne móc tworzyć i uczestniczyć w ich wymianie. Mówimy też o scyfryzowaniu tych najważniejszych z punktu widzenia pacjenta. To jest więc ta perspektywa. Przykro mi, nie jesteśmy w stanie rozwiązać tego problemu archiwizacji, ale nie takie było przedsięwzięcie.

W zakresie EHDS-u, EHDS nie mówi o tej dokumentacji, pani przewodnicząca. EHDS, czyli European Health Data Space. rozporządzenie, które najprawdopodobniej zostanie opublikowane w lutym, mówi o pięciu kluczowych obszarach i te 5 kluczowych obszarów to jest również wymiana dokumentacji medycznej, w której Polska, jak już mówiłem, jest bardzo zaawansowana. Już w tej chwili są wymieniane transgranicznie. Mówimy tutaj o takich dokumentach jak właśnie e-recepta, jak dokument realizacji recepty i między innymi coś nowego, co powstaje – Patient Summary, czyli takie podsumowanie stanu zdrowia pacjenta, po to, żeby przebywając za granicą również można było mieć jakieś benefity związane z tym, że my te dane już w tej chwili mamy, żeby one były transgranicznie przekazywane i w przypadkach ratowania zdrowia albo życia za granicą również były realizowane. Ten dokument, poza tym obrotem wtórnym, który służy do badań itd., w zakresie dokumentacji medycznej ma tych 5 priorytetów i nie definiuje innych, dalszych. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan Marek Wójcik.

Pełnomocnik zarządu ds. legislacyjnych ZMP Marek Wójcik:

Dziękuję pani przewodnicząca. Po żołniersku, po pierwsze, od dzisiaj do czasu realizacji projektu mamy 537 dni. Ja mówiłem o 600, ale to 600 do czasu rozliczenia. A to dokładnie 599, drodzy państwo. Czyli założmy, że jest czas na to, żeby rozstrzygnąć konkursy, podpisać umowy, zrealizować konkurs, przeprowadzić postępowanie na zamówienie publiczne, zrealizować projekt i go rozliczyć. Mówię o tym dlatego, pani minister, że jest prośba o dwie rzeczy. Po pierwsze, żeby rzeczywiście wykorzystać polską prezydencję do rewizji po raz trzeci – trzeciej rewizji, bo jedna była taką połówką – i w tej sprawie działać odważnie.

Po drugie, żeby wykorzystać prezydencję po to, aby te rzeczy, które zainicjowaliśmy w KPO, mogły być kontynuowane w następnym okresie programowania w Unii

Europejskiej. To nie jest abstrakcja, że mówię o tym 2025, a ten okres programowania to 2028, ale to teraz zaczyna się to wszystko układać. Wykorzystajmy więc to, żeby powiedzieć, co nam w Polsce potrzeba.

I ostatnia rzecz. Wracam do tego kształcenia, dlatego, że mamy dzisiaj w zawodach medycznych ogromną nierówność. Dopóki można jeszcze w tym konkursie coś zmienić, to chciałbym prosić, żeby rozważyć możliwość, aby kształcenie specjalizacyjne, które dzisiaj jest dofinansowane ze środków publicznych, ale tylko w stosunku do lekarzy, pielęgniarek i położnych, nie jest w stosunku do fizjoterapeutów, nie jest w stosunku do farmaceutów i nie jest w stosunku do tych diagnostów laboratoryjnych... Oni to robią za własne pieniądze. W związku z tym, żeby wykorzystać ten moment, jeżeli da się jeszcze...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Przepraszam, przeddyplomowe, to publiczne środki, natomiast mówimy o podyplomowym.

Pełnomocnik zarządu ds. legislacyjnych ZMP Marek Wójcik:

Ja mówię o specjalizacji.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To podyplomowe.

Pełnomocnik zarządu ds. legislacyjnych ZMP Marek Wójcik:

OK, ale zależy nam na tym, żeby ci ludzie podnosili kwalifikacje. Powtarzam, w niektórych zawodach jest coś finansowane ze środków publicznych, a w niektórych nie. Tak więc może da się wykorzystać w tych konkursach szansę na to, żeby zagwarantować także tym zawodom, które wymieniałem, możliwość zdobywania specjalizacji za środki publiczne. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Nie wiem pani minister, czy chciałaby pani odnieść się jeszcze do tej wypowiedzi To pan dyrektor Klencki, bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Mariusz Klencki:

Ja chętnie się odniosę, bo myślę, że już jest trochę za późno, żeby robić taką dużą zmianę w tych projektach, które są już w trakcie realizacji, jeśli chodzi o system zachęt. Natomiast nie jest tak do końca źle, dlatego że te grupy zawodowe, o których pan przewodniczący wspomniał, mają już w tej chwili wsparcie z innych projektów unijnych. To nie jest rozwiązanie, które jest rzeczywiście takie, jak w przypadku chociażby lekarzy, że mamy ustawowo zapewnione finansowanie z budżetu, ale mamy uruchomione programy wsparcia pokrywania kosztów chociażby dla fizjoterapeutów. To w tej chwili się dzieje... Nie, to jest w trakcie realizacji. Co prawda to startuje z oporami, ale mamy już wyłonionych pierwszych kontrahentów w postępowaniu o realizację tego zadania. Tak więc to jest realizowane. Nie w ramach KPO, ale jest realizowane. Pani poseł Gelert, która wyszła, jeszcze raz zadała pytanie...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Zapewne odslucha.

Dyrektor departamentu MZ Mariusz Klencki:

...o te studia. Ja powiem tak. Studia na kierunku analityki medycznej nie są limitowane i według naszej najlepszej wiedzy jest tak, że te uczelnie nadzorowane przez ministra zdrowia, które prowadzą te kierunki, nie mają tych kierunków wysyconych. To znaczy, że mają większy potencjał szkoleniowy niż liczba chętnych, a to oznacza, że nie bardzo jest przestrzeń na to, żeby jakieś inne uczelnie prywatne tworzyły kierunki płatne i żeby ktoś tam siedł. Nawet gdyby ktoś coś takiego zrobił, to myślę, że nie powinniśmy tego wspierać, bo to byłoby trochę nieracjonalne. Myślę więc, że jednak ten system zachęt jest dobrze skrojony do naszych potrzeb, bo on rzeczywiście przede wszystkim wspiera dwie grupy zawodowe, to znaczy pielęgniarzy i położnych i ratowników, dlatego że tutaj identyfikujemy największe problemy kadrowe w sensie analizy wieloletniej.

Ja nie chcę przez to powiedzieć, że nie mamy nigdzie niedoboru lekarzy, ale notabene, jeśli chodzi o to, co mówił pan poseł Wicher, to jest absolutnie zgoda, że my analizując to, co będzie w przyszłości, musimy brać pod uwagę trochę inny model wykonywania zawodu.

To nawet nie chodzi o to słynne work-life balance, ale o to, że zmienia się trochę sposób wykonywania zawodu lekarza, te specjalizacje itd. To jest trochę coś innego.

Chciałbym jednak powiedzieć, że my właściwie trzymając się tego, co się stało w ostatnich latach w limitach, mamy taką sytuację, że za kilka lat – powiedzmy, że za 4-5 – będziemy mieć w systemie co roku więcej o około 3,5 tys. aktywnych lekarzy. To znaczy, biorąc pod uwagę ten balans pomiędzy tymi, którzy odchodzą z zawodu z tego względu, że emerytura, wiek itd, i tymi, którzy wchodzi, to ta różnica będzie około 3,5 tys. rocznie. To oznacza, że wskaźnik liczby lekarzy, ten słynny na 1000 mieszkańców, będzie nam co roku rósł o 1/10, czyli całkiem nieźle. Jednak z drugiej strony, żeby jeszcze bardziej zamieszać, powiem, że w województwie mazowieckim w tej chwili mamy ten wskaźnik na poziomie 5,6. Astronomiczny, prawda, na tle... Ale mamy też regiony takie, w których mamy na poziomie 2,8, więc różnice w Polsce są...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tam, gdzie jest na poziomie 2 pewnie brakuje, ale nie jest to rażący brak, bo może się okazać, że tam nie ma podmiotów leczniczych. Znam powiaty, gdzie nie ma szpitala.

Dyrektor departamentu MZ Mariusz Klencki:

Oczywiście tak, ale ja zwróciłem na to uwagę po to, żeby też powiedzieć, że nie widać za bardzo bezrobocia wśród lekarzy w województwie mazowieckim. Czyli generalnie wydaje mi się, że mamy jeszcze przestrzeń w następnych nawet 10, 15 latach na to, żeby utrzymywać taki poziom zasilania kadr, jeśli chodzi o lekarzy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ja myślę, że analizując tę zastępowalność pokoleniową lekarzy też nie można liczyć jeden do jednego, że jeden emeryt, który odejdzie, czy jeden lekarz, który odchodzi z zawodu, zastąpiony będzie jednym, chociażby właśnie ze względu na inne podejście tych młodych lekarzy, którzy nie będą pracowali 240 godzin, jak ja pamiętam, kiedyś lekarze pracowali. Oni chcą 160 godzin, a najlepiej jeszcze nie w pełnym wymiarze czasu pracy, więc może trzeba pomyśleć o tym, że to muszą być na przykład dwie osoby, które zastąpią jedną, ale to jest temat na odrębne posiedzenie. Jeszcze pan Zdobyłak.

Ekspert NRL Krzysztof Zdobyłak:

Ja tylko słówko, bo rzeczywiście z analiz wynika – ponieważ zbudowaliśmy założenia w pierwszej połowie 2024 r. w Naczelnej Izbie Lekarskiej naprawdę szczegółowe i uwzględniające te wszystkie zmiany technologiczne, społeczne i chorobowości – że na ten moment lekarzy trochę jeszcze nam brakuje. Za około 5 lat, biorąc pod uwagę to drastyczne zwiększenie liczby miejsc na kierunkach, osiągniemy ten poziom równowagi pomiędzy popytem a podażą i od tego czasu zaczniemy kształcić lekarzy, przy takiej skali kształcenia, po prostu na eksport, dla innych państw, ponieważ oni nie znajdą pracy w Polsce. Tu jest jedno kluczowe założenie, że w końcu zaczniemy efektywnie wykorzystywać czas pracy lekarzy, a nie, że będą spędzać, tak jak obecnie, 60-70% czasu na wypełnianiu dokumentacji. To znaczy, jeśli lekarze będą dalej pracować tak nieefektywnie jak teraz przez to, że są obciążeni biurokracją, to nawet 10 lekarzy na 1000 mieszkańców będzie dla nas za mało, bo nie będą leczyć pacjentów, tylko wypełniać papiery. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że od tego jest resort i osoby, które projektują kształcenie kadr medycznych, ustalają limity, żeby modelować to w zależności od potrzeb. Na dzisiaj jest brak, więc takie potrzeby w taki sposób zostały potraktowane. Jeszcze pani, proszę bardzo.

Przewodnicząca OZZL Grażyna Cebula-Kubat:

Ja mam tylko jedno pytanie. Czy jest u nas rozpoczęty program unijny na doksztalcanie i dofinansowanie doksztalcania lekarzy w FERS1?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Jeszcze ostatnie zdanie, bo nie zrozumieliśmy.

Przewodnicząca OZZL Grażyna Cebula-Kubat:

Ja czytałam, że jest dostępny program unijny, że są pieniądze, żeby doksztalcali się lekarze, żeby podmioty publiczne mogły z tego korzystać. To jest 10 tys. na jednego lekarza kształconego. Program nazywa się FERS1.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Mariusz Klencki:

Ja tylko mogę potwierdzić, że jest, natomiast nie...

Dyrektor departamentu MZ Krzysztof Różanowski:

Jeżeli mówimy o programie operacyjnym FERS, to my jako instytucja pośrednicząca, MZ, w Departamencie Oceny Inwestycji uruchomiliśmy na potrzeby CMKP projekt w kwocie ponad 100 mln zł i on jest w trakcie realizacji. Jeżeli chodzi o ten program. To jest właśnie wsparcie kształcenia dla kadry medycznej szeroko rozumianej. Tam, gdzie występują duże deficyty, jeżeli chodzi o kadre...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czyli to, o czym mówimy.

Dyrektor departamentu MZ Krzysztof Różanowski:

Dokładnie tak. Ale to jest jeden z wielu, dlatego, że jeszcze w ramach innej instytucji publicznej, w ramach FERS-u, gdzie Ministerstwo Zdrowia jest operatorem, my tych programów uruchomiliśmy na kwotę kilkuset milionów złotych. Właśnie w ramach FERS jako całego programu operacyjnego z funduszy europejskich.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czyli nie z KPO, tylko z tych środków, które były w ramach funduszy europejskich. Dziękuję bardzo.

Szanowni państwo, wyczerpaliśmy już dyskusję. Bardzo serdecznie dziękuję pani minister i zespołowi za przygotowanie takiej szczegółowej informacji, za udział w dyskusji. Państwu gościom bardzo serdecznie dziękuję za państwa uwagi, komentarze i za samą obecność.

W związku z tym, że wyczerpaliśmy porządek obrad, zamykam posiedzenie podkomisji. Dziękuję bardzo.