

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Zdrowia**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
(NR 13)
z dnia 6 lutego 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 13)

6 lutego 2025 r.

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

– informację na temat planowanych oraz wdrażanych rozwiązań w zakresie odwrócenia piramidy świadczeń.

W posiedzeniu udział wzięli: **Jerzy Szafranowicz** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Karina Szewczyk** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, **Filip Urbański** dyrektor Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Monika Pintał-Ślimak** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Dorota Korycińska** prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Anna Janik** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Grażyna Cebula-Kubat** przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy wraz ze współpracownikami, **Krzysztof Zdobylak** ekspert ds. transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej, **Anna Skowrońska** kierownik działu projektów JGP w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, **Janusz Krupa** prezes zarządu Instytutu Człowieka Świadomego, **Agnieszka Tomasiak** prezes zarządu Nutrimed, **Dariusz Adamusiński** dyrektor generalny Stowarzyszenia MedTech Polska, **Beata Stepanow** wiceprezes zarządu oraz **Małgorzata Durka** sekretarz zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.

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

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

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia.

Witam członków podkomisji oraz zaproszonych gości. Pozwolę sobie według listy powitać. Witam serdecznie dyrektora generalnego związku MedTech Polska, pana Dariusza Adamusińskiego. Witamy panią dyrektora ds. prawnych i procedur Biura Krajowej Izby Fizjoterapeutów panią Dobrawę Biadun. Jest z nami pani Grażyna Cebula-Kubat, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, pani Małgorzata Durka, sekretarz zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”. Witam serdecznie pana Jarosława Gruszkę, głównego specjalistę w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji. Witamy na Pawła Homolę, przedstawiciela Organizacji Rozwoju Leczenia Żywnościowego. Jest z nami pani wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Anna Janik. Witam panią Ewę Jankowską, eksperta Pracodawców RP. Jest również pani Dorota Korycińska, prezes Ogólnopolskiej Federacji Ekologicznej. Witamy pana dra Janusza Krupę z CMKP, panią Dorotę Mańkowską, kierownik w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, Radosława Murawskiego, zastępcę dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, panią Monikę Pintał-Ślimak prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, panią Dianę Sobolewską z Nutrimed sp. z o.o., panią Joannę Sytę, dyrektor Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji.

Przede wszystkim, na końcu, ale najserdeczniej, witamy pana ministra i bardzo się cieszymy, że pan minister jest na naszym spotkaniu, bo niezwykle ważne jest dzisiejsze posiedzenie. Bardzo serdecznie dziękuję, panie ministrze, że pan do nas dotarł.

Jest z nami jeszcze pani Agnieszka Tomasiak, prezes zarządu Nutrimed Sp. z o.o., Filip Urbański, dyrektor Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń w Centrali NFZ i pan Krzysztofa Zdobyłak, który zawsze nam towarzyszy, za co dziękujemy, członek zespołu roboczego do spraw transformacji w ochronie zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej.

Szanowni państwo. Bardzo serdecznie dziękuję za tak liczny udział. Pozwoliłam sobie odczytać wszystkich zaproszonych gości i instytucje, które państwo reprezentują, bo myślę, że w tej naszej debacie jest to niezwykle ważne, żebyśmy wiedzieli, w jakim gronie, w jakim środowisku rozmawiamy.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat planowanych oraz wdrażanych rozwiązań w zakresie „odwrócenia piramidy świadczeń”, którą przedstawi minister zdrowia oraz prezes Narodowego Funduszu Zdrowia.

W takim razie, ponieważ stwierdzam kworum, przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane dla państwa posłów na maila i zamieszczone w folderze SDI i na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej.

Szanowni państwo, zgodnie z sugestiami, które padały tutaj w trakcie poprzednich posiedzeń naszej podkomisji, chcielibyśmy to dzisiejsze posiedzenie poświęcić odwróconej piramidzie świadczeń. Jest to niezwykle ważny proces, który należy w naszym kraju przeprowadzić. Zresztą pani minister Leszczyna mówiła o tym, że trwają prace i myślę, że pan minister nas powiadomi, na jakim etapie są te prace, aby rzeczywiście doprowadzić do takiej racjonalizacji systemu ochrony zdrowia. Tą racjonalizacją powinna być właśnie ta „odwrócona piramida świadczeń”.

Widzimy, jak system jest niestety niewydolny. Szczególnie jest to widoczne teraz, kiedy mamy do czynienia ze zwiększonym obciążeniem ochrony zdrowia, bo przecież jesteśmy, chyba można powiedzieć, w epidemii grypy. W niektórych regionach naszego kraju liczba zachorowań jest tak duża, że lekarze POZ nie są w stanie przyjmować i udzielać porad pacjentom. SOR-y czy opieka całodobowa również jest niewydolna. Oddziały są przepełnione, nawet zdarzają się przypadki zgonu z powodu właśnie zakażenia grypą. Czy mamy kogoś od GIS? Bo pan główny inspektor sanitarny ostatnio w mediach wyraził się, że ta zachorowalność jest kilkadziesiąt razy większa niż w analogicznym okresie ubiegłego roku i liczba zgonów z tego powodu również jest znacznie większa. Podał liczbę takich nadmiarowych zgonów – prawdopodobnie ok. 1000 w styczniu. Dlatego też myślę, że rozmowa teraz na temat tej odwróconej piramidy świadczeń ma szczególne znaczenie właśnie w takim okresie, żeby ten system mógł być drożny i otwarty dla pacjentów oraz bezpieczny dla pacjenta. To właśnie te działania w kierunku przywrócenia racjonalności udzielania świadczeń zdrowotnych są niezwykle ważne.

Dlatego zwróciliśmy się do ministra zdrowia o przygotowanie informacji. Bardzo serdecznie dziękuję, bo otrzymaliśmy od państwa informacje w formie pisemnej. Państwo posłowie otrzymali te materiały.

Bardzo proszę w tym momencie pana ministra o przedstawienie, jak wygląda sytuacja ze strony Ministerstwa Zdrowia, na jakim etapie są prace, jak państwo oceniacie tę ścieżkę dojścia do rozwiązania tego problemu. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Jerzy Szafranowicz:

Pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, szanowni goście, przed swoją zasadniczą wypowiedzią, chciałem przedstawić jeszcze osobę, panią dyrektor Agatę Śmiglewską, dyrektor Departamentu Analiz i Strategii. To jest ta „matka” tego programu, oczywiście nie tylko jedna, bo jeszcze mamy całą grupę osób.

Taka dygresja ogólna, że ta nazwa, która jest w debacie, „odwrócona piramida świadczeń” nie pasowała mi od początku. Po pierwsze, ona nie pokazuje tego, co chcemy zrobić, ogromu pracy itd., nie jest, powiedziałbym, adekwatna. Po drugie, złośliwi mówią: jak pan odwróci tę piramidę, to ona się przewróci. Niektórzy żartujący mówią, że w pewnym momencie trzeba

będzie coś wymyślić takiego bardziej adekwatnego do tego, co my robimy. Chociaż ta piramida tak się przyjęła w mediach, że cały czas się o tym mówi.

Proszę państwa, kto realizuje ten program? Otóż Departament Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia, ale nie tylko. To są również pracownicy Narodowego Funduszu Zdrowia. To są pracownicy Agencji Ocen Technologii Medycznych i Taryfikacji. To jest również grono ekspertów, którzy pomagają, konsultują, opiniują. To jest szereg pacjentów, bo to pacjent w systemie jest najważniejszy. Na poziomie POZ, który rzeczywiście bardzo się zaangażował i nas to bardzo cieszy, jest pani profesor Mastalerz-Migas, konsultant krajowy ds. POZ.

Realizujemy ten program z pieniędzy programu „Fundusze europejskie dla rozwoju społecznego w latach 2024–2027” (FERS). To są pieniądze pochodzące z funduszy unijnych.

Jakie są rozwiązania i założenia podstawowe? Jest to projektowanie i wdrażanie mechanizmu skutkującego odejściem od podejmowania decyzji klinicznych głównie w oparciu o motywy ekonomiczne. Ogólnie powiedziałem, bo rzeczywiście zauważyliśmy, że pacjenci, którzy wymagają pewnej opieki, nie zawsze są przyjmowani na tym poziomie, który my byśmy wybrali, i są nieadekwatnie przyjmowani do stanu zdrowia. Czyli te motywy ekonomiczne, nie mówię wszędzie, ale są, i widzimy, że to są ważne rzeczy i powinniśmy od tego odejść.

Przesunięcie diagnostyki podstawowej, jako formy leczenia pacjentów, na niższe poziomy opieki zdrowotnej w zależności od ścieżki klinicznej pacjenta oraz wytycznych klinicznych – to jest drugie założenie. Wreszcie zaangażowana w tym jest Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Kolejne – uzyskanie spójności produktów rozliczeniowych JGP ze ścieżką pacjenta z uwzględnieniem procesów skutkujących uzyskaniem najlepszych efektów i oczywiście wycena tych wszystkich parametrów. Dalej – racjonalizacja wykorzystania zasobów kadrowych i sprzętowych. I kolejne – dostosowanie rodzaju interwencji klinicznej pacjenta do poziomu opieki medycznej. No i wreszcie, co jest naszym celem głównym – poprawienie dostępności świadczeń dla pacjentów poprzez skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie opieki zdrowotnej w AOS i w szpitalu.

Ten ostatni punkt chciałbym uzupełnić, że za moment prezes Funduszu Zdrowia ogłosi zarządzanie mówiące o pewnym wsparciu pacjentów pierwszorazowych. O szczegółach może nie dzisiaj, bo nie jest to miejsce, żeby to przedstawić, ale to taka nasza ciekawa propozycja, żeby troszeczkę liczbę tych pacjentów pierwszorazowych wzmocnić. Widzimy również, że AOS to jest nielimitowy. Mimo naszych wspólnych pieniędzy, około kilku miliardów złotych, niestety te kolejki się nie zmniejszają.

Parę słów o poszczególnych etapach. Spotykamy się regularnie, tzn. pani dyrektor z całym zespołem, zapraszamy gości. Taki zespół miał miejsce wczoraj, gdzie była obecna pani minister Izabela Leszczyna, eksperci. Pani dyrektor, proszę powiedzieć, na jakim pani jest etapie, co nam się udało zrobić, i troszeczkę odczarować tę nazwę „odwrócona piramida świadczeń”, żebyśmy może ciekawszą nazwę znaleźli. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

Bardzo prosimy, pani dyrektor.

Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia Agata Śmiglewska:

Dzień dobry państwu. Tak, rzeczywiście nazwa „odwrócona piramida świadczeń” krąży w mediach od jakiegoś czasu. Natomiast jest to tak naprawdę hasło trochę na potrzeby zdobycia środków unijnych na projekt, którym się zajmujemy, a tak naprawdę pod tym hasłem kryje się, mogę tu chyba nazwać, reforma systemu ochrony zdrowia. My zupełnie odwróciłyśmy podejście do patrzenia na system.

Pierwszym naszym założeniem jest spojrzenie na ścieżkę kliniczną pacjenta. Czyli opracowaliśmy taki uniwersalny schemat, jak pacjent z problemem zdrowotnym powinien poruszać się w systemie od momentu rozpoczęcia swojej drogi w ramach POZ, w którym momencie, jak i pod jakim warunkami powinien zostać przekazany do AOS, jak powinien w AOS wyglądać proces taki diagnostyki wstępnej, diagnostyki pogłębionej, proces leczenia i później proces monitorowania, pod jakim względem i kiedy pacjent powinien trafić do leczenia szpitalnego. I tutaj to, co pan minister wspomniał, rewizja charakterystyk grup JGP polegająca na zmniejszeniu hospitalizacji tak naprawdę w swojej naturze ambulatoryjnej.

Aby to się zadziało, musimy z kolei wrócić do tego AOS i udroźnić, zoptymalizować życie pacjenta w AOS. Bo tak naprawdę ok. 30% pacjentów w AOS to są pacjenci z rozpoznaniem kwalifikującymi się absolutnie do POZ. W kardiologii np. rozpoznanie I10 (samoistne nadciśnienie) zajmuje potencjał AOS. Chcemy uszczelnić ten przepływ. Dzisiaj wiemy, że lekarz POZ może wystawić skierowanie do kilku poradni jednocześnie pacjentowi np. z dusznością. To są takie elementy, które wykorzystują ten ograniczony zasób nadmiarowo.

Jeśli chodzi o AOS, to w AOS dzisiejszy system rozliczeń, polega na rozliczaniu wizyt. W związku z tym, co mamy w AOS? Mamy wizytę, a chcielibyśmy stworzyć pakiety, w ramach których będą właściwe procedury umieszczone, właściwe w rozumieniu ścieżki klinicznej i dojścia do decyzji wykluczenia bądź potwierdzenia choroby. Te pakiety stwórzą taki mechanizm, że nie będzie motywacji do namnażania wizyt, tylko będzie to adekwatne, bo w ramach wyceny tego pakietu lekarz będzie mógł właściwie zdiagnozować, wykluczyć bądź potwierdzić chorobę.

Jak pan minister wspomniał, zaproponowaliśmy, czy też proponujemy takie prerozwinięcie do tego złożonego mechanizmu, nad którym pracujemy, po to, żeby wypracować już pewną mentalność i pokazać, jaki jest oczekiwany kierunek. To rozwiązanie ma udroźnić dostęp pacjenta pierwszorazowego do poradni AOS. Jest to rozwiązanie, które wydaje nam się, że będzie akceptowalne, ponieważ komunikat o tym roztrąceniu pojawi się łąka dzień i podmioty dostaną czas na dostosowanie, na przeorganizowanie swoich zasobów do tego rozwiązania. Polega ono na tym, że każdy podmiot w ramach danej poradni będzie zobligowany do tego, żeby podnieść o niewielki procent udział pacjentów pierwszorazowych. Czyli sam decyduje i jest porównywany sam do siebie, a nie do ogółu. Myślę, że o tym mechanizmie jeszcze będziemy rozmawiać. W tej notatce krótko opisałam ten mechanizm.

Natomiast, jeśli chodzi o odwróconą piramidę świadczeń, to dzisiaj jesteśmy na takim etapie, że pracujemy na trzech dziedzinach medycznych: kardiologia, pulmonologia i endokrynologia. Kardiologia jest praktycznie skończona, jeżeli chodzi o merytorykę. Tak jak pan minister powiedział, pracujemy z ekspertami, więc w ramach kardiologii są to i konsultanci – konsultant krajowy i konsultanci wojewódzcy – i Polskie Towarzystwo Kardiologiczne. Jest to znaczne grono. Próbuje wypracować takie rozwiązania satysfakcjonujące i stronę medyczną, a z naszej perspektywy głównie satysfakcjonujące pacjenta. Plan jest taki, żeby rozwiązania wdrażać w dziedzinie medycyny – kardiologia, a te rozwiązania mają dotyczyć POZ, AOS i szpitala jednocześnie po to, żeby ta piramida mogła się właściwie zachować, czyli ten ruch pacjenta mógł się właściwie zachować.

Również charakterystyka JGP w zakresie kardiologii jest na końcu. Tutaj za chwilę pewnie przekaże głos z kolegom z NFZ, bo mamy taką linię, że NFZ bardziej zajmuje się leczeniem szpitalnym, a mój zespół zajmuje się bardziej POZ i ambulatoryjną opieką zdrowotną. Natomiast mamy wspólnych ekspertów. Myślę, że to jest w ogóle bardzo ważne, bo chyba nie wszystkie rozwiązania były wypracowywane w ramach tak szerokiego gremium, czyli NFZ i agencji taryfikacji i ekspertów ministerstwa.

My również jeździmy do placówek medycznych. Patrzymy, jak ta ścieżka pacjenta w placówkach wygląda. Pytamy, z czym mają problem, dlaczego nie przyjmują pacjentów pierwszorazowych. Tak więc chcemy, żeby to było rozwiązanie wypracowane, a nie opracowane.

Równolegle oprócz tych trzech dziedzin, które wymieniłam, zaczynamy już pracę i już jesteśmy po pierwszych spotkaniach z ekspertami w dziedzinie okulistyki, laryngologii i neurologii. Chcemy uruchamiać te rozwiązania takimi trójkami dziedzin medycznych. One muszą być z punktu widzenia systemu rozliczeniowego uniwersalne, ale muszą też widzieć pewną specyfikę dziedzin medycyny. Z mojej strony tyle. Może Filip chciałby coś dodać?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

Czy jeszcze ktoś z Ministerstwa Zdrowia chciałby uzupełnić? Jeżeli nie, to oddajemy głosy przedstawicielom NFZ. Bardzo proszę. Proszę się przedstawiać do protokołu.

Dyrektor Departamentu Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Filip Urbański:

Filip Urbański, Departament Analiz, Monitorowania Jakości i Optymalizacji Świadczeń w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wysoka Komisjo, pani przewodnicząca, szanowni państwo, uzupełniając jeszcze to, co powiedziała pani dyrektor Śmiglewska, oczywiście rolę Narodowego Funduszu Zdrowia w tej inicjatywie jest bieżące wsparcie naszych partnerów, zarówno ministerstwa, jak i agencji, ekspertów.

Jeśli chodzi o takie konkretne zadanie, które w ramach tego podziału prac mamy, to jest koordynacja prac nad leczeniem szpitalnym, czyli głównie rewizja jednorodnych grup pacjentów. To jest nasze zadanie, żeby wszystkie sekcje przeanalizować, jaka jest obecnie charakterystyka. Przez rewizję rozumiemy zarówno zmiany, jak i usunięcie oraz dodawanie nowych produktów rozliczeniowych. Zakładamy wprowadzenie mechanizmów umożliwiających wariantowanie danej grupy rozliczeniowej w zależności od chorób współistniejących i dodatkowych procedur, które mogłyby być uwzględnione w taki sposób, aby eliminować też pokusę rozbijania świadczeń na więcej niż jedno celem rozliczenia procedury, która w obecnym kształcie w niektórych miejscach systemu nie jest możliwa do zaopatrzenia właśnie w trakcie jednego pobytu. Zaczynamy, jak pani dyrektor powiedziała, od kardiologii. Te prace rzeczywiście są już na ukończeniu. Jesteśmy w przededniu tak naprawdę przekazania tego materiału zarówno agencji, jak i już Ministerstwu Zdrowia. Oczywiście naszym tutaj zadaniem będzie też stworzenie odpowiednich zarządzeń prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia konsumujących te wszystkie zarządzania po ewentualnych zmianach w rozporządzeniach koszykowych. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Zanim państwu gościom oddam głos, chciałabym jeszcze na tym etapie poprosić o zabranie głosów państwa posłów, bo wiem, że państwo też na pewno macie pytania, ale może też uwagi do tematu. Bardzo proszę. Rozumiem, że pan poseł Bojarski teraz zabierze głos.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Muszę powiedzieć, że ja się trochę nie zgadzam z tym pierwszym państwa punktem, mówiącym o tym, że będą wdrażane mechanizmy, które będą skutkowały odejściem od podejmowanych decyzji klinicznych, głównie w oparciu o motywy ekonomiczne. Nie znam lepszego regulatora niż pieniądze, a dwadzieścia kilka lat pracuję w tym systemie. Ja bym ten punkt przeformatował w taki sposób, że wprowadzone zostaną mechanizmy ekonomiczne, które zoptymalizują podejmowanie decyzji przez lekarza w takim kierunku, żeby była ona jak najlepsza dla pacjenta i dla całego systemu. Jestem oczywiście zwolennikiem, wiele razy rozmawialiśmy z panem ministrem i z panią dyrektorem, nie muszę przekonywać się do tych zmian, natomiast myślę, że najistotniejszym elementem... Czego się boję? Że znowu przekombinujemy, przeregulujemy. Stworzymy mnóstwo przepisów, których nikt nie będzie oglądał, weryfikował i nimi się posługiwał w podejmowaniu decyzji.

Natomiast wydaje mi się, że mechanizmy najprostsze, czyli takie ustawienie finansowania określonych świadczeń, płacenie za efekt, a nie za wizytę. Bo my tak naprawdę płacimy za – przepraszam za brzydkie słowo – mielenie pacjentów w specjalistce. Jak ktoś przeanalizuje dane... NFZ dysponuje takimi danymi... mogę się pomylić w tej chwili w procentach, ale pewne proporcje mogę przytoczyć, bo kiedyś miałem okazję usłyszeć je od pana prezesa Nowaka, gdzie na podstawie analizy PESEL-ów pacjentów wiemy, że kilka procent pacjentów poradni kardiologicznej generuje kilkadziesiąt procent wizyt z tej poradni.

Jaki jest moim zdaniem pierwszy element, który powinniśmy zrobić? Zastanowić się nad tym, jak spowodować, żeby pacjent z POZ nie biegł szybko do specjalisty. To jest bardzo istotne, bo my dzisiaj płacąc, co tu dużo mówić, per capita, wcale nie motywujemy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, aby on był zainteresowany zajmowaniem się tym pacjentem, bo krótko mówiąc, z tego specjalnie nie ma żadnych korzyści.

Podobna sytuacja jest w AOS. Znowu musimy znaleźć mechanizmy, które będą powodowały, że ten lekarz, który przychodzi zarabiać pieniądze do tego AOS, będzie zainteresowany, żeby pacjenta szybko zdiagnozować, szybko wdrożyć leczenie i tak naprawdę odesłać go do kontynuacji do POZ, ewentualnie do szpitala.

Tu też moim zdaniem najistotniejsze będą elementy finansowe. Ja kiedyś, pani dyrektor pamięta, powiedziałem, że pani nie wierzyła w dobre serce, chęci i motyw. Bo jako dyrektor szpitala sam dążę do tego, aby maksymalizować i optymalizować swoje przychody. I tak będzie

postępował każdy. Oczywiście nie tracimy z oczu pacjenta. Nie chciałbym, żeby to zabrzmiało, że tylko ktoś siedzi i liczy, ale tak to, proszę państwa, wygląda.

O części prac mam pewną wiedzę i uważam, że to są dobre rozwiązania. Natomiast wydaje mi się i to chciałem podkreślić, żebyśmy bardzo dużo uwagi poświęcili na ten element finansowania świadczeń. Mieliliśmy przykład z kardiologii inwazyjnej, jak była wyceniona ponad stan. Już takie chodziły wtedy powiedzenia, że jak brakuje pacjentów, to zbierze się forum kardiologów i nowe wytyczne opracują, żeby rozszerzyć zakres pacjentów, w którym można zastosować określone procedury. Tak to niestety wygląda. Obniżenie wyceny tych świadczeń spowodowało, że dzisiaj widzimy, że to się po prostu samo zracjonalizowało. Nie powstają jak grzyby po deszczu co dwie ulice zakłady kardiologii interwencyjnej, bo procedura została we właściwy sposób wyceniona. I tu chciałbym państwu pracującym zwrócić uwagę na ten kierunek, żeby naprawdę bardzo uważnie patrzeć. Bo możemy piękne idee, piękne ścieżki opisać, możemy stworzyć temu pacjentowi katalog, gdzie ma iść, w którą stronę się obrócić, a i tak na końcu to lekarz będzie decydował o tym, gdzie ten pacjent pójdzie, w którą stronę go pokieruje i to on musi być tutaj z jednej strony zmotywowany, żeby jak najbardziej temu pacjentowi pomóc – i tu nie mam wątpliwości, że taki jest cel każdego z lekarzy – ale z drugiej strony, żeby też wiedział, że poprzez racjonalne zachowanie jest w jakiś sposób wynagradzany. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Teraz pan poseł Tadeusza Chrzan. Bardzo proszę.

Posel Tadeusz Chrzan (PiS):

Pani przewodnicząca, panie ministrze, szanowni państwo, ten dokument, który tutaj mamy, jest rzeczywiście na takim bardzo dużym stopniu ogólności. Pan poseł mówił, że ma pewną wiedzę, ja tej wiedzy nie mam, jak to wygląda w szczegółach. Natomiast takie jedno pytanie i ewentualnie jedna uwaga. Oczywiście w całej rozciągłości trzeba się zgodzić z panem posłem, że to nie przepis tylko lekarz będzie decydować o ścieżce pacjenta. Trochę z niepokojem patrzę na ten zapis, jeżeli chodzi o tych pierwszorazowych pacjentów, bo żebyśmy też tutaj nie wylali dziecka z kąpielą, że nagle zaczniemy sztucznie, czy w jakiś inny sposób podnosić liczbę tych pierwszorazowych pacjentów. Przecież wiemy, że ta ścieżka leczenia głównie w specjalistycie może wymagać wielu kolejnych wizyt u specjalisty tego samego pacjenta.

Natomiast chciałbym zapytać, bo piszą państwo w jednym z punktów: stworzenie warunków finansowych zachęcających do przenoszenia diagnostyki poszczególnych chorób do POZ i AOS. Pani dyrektor mówiła o tym w swojej wypowiedzi, że rzeczywiście z POZ tych skierowań jest bardzo dużo. Na czym mają polegać te zachęty finansowe? Też się tutaj w całej rozciągłości zgadzam z panem posłem, że jednak to ekonomia i finanse mają tutaj duże znaczenie. Samym przepisem tego nie rozwiążemy. Czy to nie będzie tak, że na dobrej woli lekarzy POZ będziemy patrzeć, że rzeczywiście przewartościowują trochę swoje podejście do pacjentów i będą więcej diagnozować u siebie, a nie opierać się tylko AOS. Czyli na czym mają te zachęty czy regulacje finansowe polegać? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Jeszcze pan poseł Fryderyk Kapinos. Proszę bardzo.

Posel Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, panie ministrze, Wysoko Komisjo, szanowni państwo, też chcę powiedzieć na temat tych zachęt dla lekarzy, bo to będzie bardzo ważny instrument, który będzie decydował o tym, co dalej lekarz robi. Tutaj pani mówiła o pierwszorazowych wizytach. Czy jest już przeprowadzona jakaś analiza, jeżeli chodzi o te wizyty pierwszorazowe? Jaki jest ich obecnie procent? Czy są różnice pomiędzy specjalizacjami? Jak duże? Jaki jest poziom docelowy i jaki zostanie osiągnięty między placówkami? Jakie mogą być skutki uboczne wprowadzenia wyżej wymienionego mechanizmu? Jakie ryzyko istnieje i czy NFZ, czy Ministerstwo Zdrowia będzie im przeciwdziałać?

Oczywiście jeszcze chciałem zapytać na temat paszportu POZ. W jaki sposób jest planowany harmonogram wdrażania? Kiedy pierwsze efekty będą osiągnięte i w jakiej skali? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Pozwolę sobie też na mały komentarz, a może i pytanie postawić. Rozumiem z państwa wypowiedzi, że cały czas prace trwają, w tej chwili w obrębie tych trzech specjalności. Planujecie też kolejne dotyczące okulistyki, laryngologii i neurologii. W opracowaniu są procedury dotyczące poradni specjalistycznych, które odpowiednio będą wyceniane. To jest też nawiązanie do tego, co koledzy mówili, bo ekonomia odgrywa dużą rolę w ochronie zdrowia. Tak więc, żeby ułatwić szybsze wejście w życie tych pomysłów, na pewno musi też być odpowiednia wycena tych procentów. Odpowiednia, to znaczy rzeczywista, bo rozumiem, że agencja na podstawie zebranych danych z placówek ocenia, jaki jest koszt konkretnej procedury i żeby to nie były koszty zbierane np. 3 lata temu, tylko aktualne, bo tak naprawdę to zdecyduje o tym, czy ten projekt się uda, czy nie. Rozumiem, że NFZ w tej chwili przygotował projekt rozporządzenia, który ma zmienić wycenę tych procentów pierwszorazowych z całego pakietu. Nie? To może za moment państwo wyprostujecie, bo może źle zrozumiałam.

Jeszcze na jedną rzecz chciałabym zwrócić państwa uwagę. Ponieważ my na którymś tam spotkaniu, czy na kilku bodajże, rozmawialiśmy o tej koordynowanej opiece w POZ i też już tu jakieś doświadczenia zapewne państwo macie.

To jest początek tej ścieżki, o której rozmawiamy, bo żeby można było wdrożyć ten nowy system, to trzeba zacząć od podstaw. Lekarz POZ musi być uzbrojony w odpowiednie narzędzia diagnostyczne, terapeutyczne, czy jeszcze jakieś inne możliwości tak, żeby pacjent w pierwszym etapie, zanim będzie musiał pokonywać kolejne szczeble, mógł być „opracowany” – brzydko mówiąc – na poziomie POZ, i też pacjent, który będzie korzystał z porady specjalisty, mógł bezpiecznie wrócić do lekarza POZ z odpowiednimi opiniami konsultanta. Ten POZ jest bardzo istotny.

Stąd moje pytanie: Czy robiliście państwo analizy, w jaki sposób opieka koordynowana tam, gdzie została już wprowadzona w podstawowej opiece zdrowotnej, wpłynęła na konieczność korzystania z porad specjalistycznych w tym obszarze? Rozumiem, że ci pacjenci lekarzy POZ mogli korzystać nawet poza obszarem województwa z poradni specjalistycznej, ale państwo po PESEL-u czy po jakimś innym wyznaczniku możecie ocenić, czy ta opieka koordynowana już jest jak gdyby pierwszym sygnałem, że ten kierunek jest dobry. To bardzo ważna sprawa.

Podsekretarz stanu w MZ Jerzy Szafranowicz:

Ja tylko się odniosę do tego, że w przeszłości była taka propozycja. Fundusz miał propozycję wzmacniać wycenę poprzez wskaźniki pierwszorazowej wizyty: 1.2, 1.3, 1.4, 1.7 i 1.8. Widzieliśmy, że to nie działało. Nasz pomysł jest taki, że my ten poziom wycen zostawiamy na etapie takim, jaki teraz jest, ale prosimy świadczeniodawcę i to w niektórych zakresach – i żeby to było jasno powiedziane, że wyłączamy onkologię, pediatrię – i dla każdego zakresu świadczeń np. dla kardiologii obliczamy średnią liczbę przyjęć pierwszorazowych mediany w Polsce: jest ona taka i taka. Prosimy dany podmiot mówiąc: ten poziom jest średni w Polsce, jeżeli pan, pani ma poniżej tego poziomu, to prosimy na kwartał, żeby pani się podciągnęła pod jakąś cyfrę o trzy punkty procentowe.

Może pokażę na przykładzie. Jest poradnia kardiologiczna i tam jest 15% mediana w Polsce. Czyli jeżeli jakaś poradnia daje informację, że pani ma 16%, to mówimy OK, to nas zadowala. Jeżeli ktoś będzie miał 5%, to nie mówimy, żeby w ciągu kwartału dobił do 15%, bo to jest niemożliwe, prosimy tylko, żeby w ciągu kwartału pan czy pani podciągnęła trzy punkty procentowe do góry. Jeżeli pan/pani prośbę naszą zrealizuje, to dziękujemy. Jeżeli nie zrealizuje, to mamy taką przykrą wiadomość. Uważamy wtedy, że za każdą następną, oprócz pierwszorazowej, płacimy 75%. Czyli pierwszy raz nie dokładamy współczynnikami, tylko działamy, odbierając pieniążki. Uważam, że ten mechanizm zmobilizuje świadczeniodawców, żeby się do tej średniej mediany dostosować. Robimy to etapowo, nie szybko, informujemy. Pierwszy etap – sprawdzam: 1 września czy 1 października. Tak że to jest czas na przygotowanie się, przenalizowanie. Czyli to jest ten mechanizm: 75% następnych porad aż do momentu, kiedy ten podmiot podciągnie się o te 3%, w następnym kwartale prosimy o następne 3%, aż do tych 15%. Taki mechanizm musimy tutaj zastosować i liczymy na to. Mamy symulacje przygotowane.

Proszę państwa, jeżeli to zda egzamin, to w tym bardzo optymistycznym wariacie kolejki do poradni kardiologicznej mogą się skończyć w ciągu 2,5–3 lat. Taki jest wariant wzorcowy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czy ten mechanizm jest zaszyty w tym rozporządzeniu, które NFZ teraz przygotowuje?

Podsekretarz stanu w MZ Jerzy Szafranowicz:

Tak.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To jest zarządzanie prezesa...

Podsekretarz stanu w MZ Jerzy Szafranowicz:

Zarządzenie prezesa ma wejść pod koniec lutego.

Dyrektor departamentu MZ Agata Śmiglewska:

Jeszcze chciałam uzupełnić wypowiedź pana ministra. Są tutaj dwie kwestie. Po pierwsze to, co już wcześniej powiedziałam, że podmioty dostaną informację w lutym. Dostaną też informację, jaka jest mediana w danej poradni ogólnopolska i na jakim poziomie tego udziału pacjentów pierwszorazowych jest każdy podmiot.

Do września tak naprawdę podmioty będą miały czas na reakcję, na dostosowanie, na zobaczenie, jaka jest kolejka na zabezpieczenie tych pacjentów, którzy są uratowani, jak pan poseł powiedział. W związku z tym uważamy, że ten „kij” tak naprawdę trochę wisi nad tym podmiotem i uznajemy, że o te trzy punkty procentowe to jest zwiększenie czy też zdjęcie z kolejki kilku, kilkunastu, kilkudziesięciu pacjentów, w zależności od wielkości poradni. Zresztą robiliśmy takie modelowanie i mało który podmiot prawdopodobnie na tę karę zasłuży. I na to liczymy, bo tak naprawdę naszym celem nie jest wymierzanie kary, tylko podniesienie tego udziału pacjentów pierwszorazowych.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Państwo robiliście tę symulację, o której pani dyrektor mówiła, ustalając tę średnią. Czy możemy zobaczyć, jaki jest ten przedział? Ile jest najmniej pierwszorazowych, a ile jest najwięcej? Czy może w których poradniach są takie duże rozbieżności?

Dyrektor departamentu MZ Agata Śmiglewska:

Powiem tak, że nie pamiętam niestety poradni, może Filip mi pomoże albo zaraz znajdę materiał, ale mediana ogólnopolska dla różnych poradni jest od 50% do 6%. Jest bardzo wysokie zróżnicowanie pomiędzy podmiotami. Są podmioty, które są dużo powyżej średniej tej mediany ogólnopolskiej i są podmioty na skrajnie niskim poziomie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Sprawdzaliście państwo, czy ta opieka koordynowana w POZ miała wpływ też na te, które wykazały się wysokim poziomem przyjmowania pacjentów?

Dyrektor departamentu MZ Agata Śmiglewska:

Ja, szczerze powiedziawszy, takiej analizy nie robiłam. Nie wiem, czy fundusz mierzył już skutki.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Myślę, że to by było ważne, bo już jakiś czas działa opieka koordynowana. Wiem, że lekarze POZ tak pracują i pacjenci sobie to chwalą. Myślę, że można by było takie porównanie zrobić, bo to by był już pierwszy taki efekt.

Jeszcze pan poseł Chrzan.

Poseł Tadeusz Chrzan (PiS):

Prosiłbym jeszcze o uzupełnienie definicji tego pacjenta pierwszorazowego. Czy zostajemy pacjentem pierwszorazowym raz na całe życie, czy też zależy, z czym idziemy do tego AOS? Przykład – poradnia chirurgiczna: dzisiaj ręka, a za trzy dni duży palec. Czy to jest ciągle pacjent pierwszorazowy? Czy, jeżeli to jest już inna jednostka, to już nie jest pacjent pierwszorazowy? Jak państwo na to patrzą?

Dyrektor departamentu MZ Agata Śmiglewska:

Ten mechanizm obejmuje poradnie zachowawcze. Obejmuje poradnie, w których jest zakres, dedykowana półka w umowie poświęcona pacjentom pierwszorazowym i liczymy liczbę pacjentów w ramach tego zakresu skierowanego, dedykowanego dla pacjentów

pierwszorazowych versus w mianowniku liczba wszystkich pacjentów obsługanych przez poradnię. Mechanizm obejmuje zakresy zachowawcze, wyjątkiem jest ortopedia, więc chirurgii to nie dotyczy.

Podsekretarz stanu w MZ Jerzy Szafranowicz:

Uzupełnię. Wiem, o co panu posłowi chodzi. Jeżeli rzeczywiście jest uraz, to za każdym razem będzie traktowane jako osobne. Każdy uraz to jest osobne skierowanie na dane schorzenie. Tu nie będzie staw barkowo-łokciowy wykorzystywany. Za każdym razem to będzie osobna jednostka chorobowa.

Posel Tadeusz Chrzan (PiS):

Panie ministrze, mamy w poradni kardiologicznej postawioną diagnozę. Odsyłamy pacjenta do POZ, ale dobrze by było, żeby kardiolog jeszcze raz go zobaczył. Czy on jest wtedy pierwszorazowy, czy nie jest po roku już pierwszorazowy?

Kierownik działu projektów JGP w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Anna Skowrońska:

Anna Skowrońska, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Pacjent pierwszorazowy to taki pacjent, który w ciągu 730 dni w danym zakresie nie skorzystał ze świadczenia, czyli pacjentem pierwszorazowym nie jest się jeden raz przez całe życie, tylko jest taki okres zgodnie z zarządzeniem.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ale ta liczba dni dotyczy tego samego schorzenia, tej procedury.

Kierownik działu projektów JGP AOTMiT Anna Skowrońska:

Dokładnie tak, w tym danym zakresie, w rozumieniu oczywiście schorzenia i obszaru.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze. Bardzo serdecznie dziękuję.

Otwieram dyskusję. Pierwszy pan Zdobyłak. Bardzo proszę, a później rozumiem, że pani.

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

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

Dziękuję bardzo za wszystkie informacje i cały nakład pracy, który państwo też wykonali i teraz przedstawili jego efekty, bo to rzeczywiście brzmi jak bardzo duże ćwiczenie. Natomiast miałbym jednak kilka komentarzy i pytań.

Po pierwsze, odnoszę wrażenie, że mówiąc o tych zmianach i harmonogramie, państwo troszkę nie doceniają tego, w jakim kryzysie znajduje się obecnie nasz system ochrony zdrowia i jak bardzo może to utrudnić przeprowadzenie zmian, i na ile one są pilne. To znaczy, my nie działamy teraz na sprawnie funkcjonującym organizmie, gdzie sobie możemy powolutku analizować i wdrażać duże pakiety zmian, które wszyscy chętnie przyjmą i zaakceptują i od razu wdrożą, tylko działamy na systemie, który jest pogrążony w kryzysie finansowym, w kryzysie nieefektywności i w kryzysie braku zaufania. To nie będzie łatwe zadanie. Co więcej, pamiętajmy, że ten system każdego miesiąca poprzez NFZ wydatkuje ok. 15 mld zł, to jest ok. 0,5 mld zł dziennie. Teraz z każdym dniem, jak odkładamy te zmiany, to tracimy te pieniądze i efektywności, które moglibyśmy uzyskać poprawiając go od razu.

Chciałbym jednak tutaj wezwać na początek do tego, żebyśmy zbudowali troszkę to takie ładnie zwane z angielskiego *sense of urgency* i naprawdę przyspieszali te działania i wdrażali je w sposób dużo bardziej zwinny. To znaczy, pani dyrektor tutaj mówiła, że zidentyfikowano nieefektywności itd. Ale co z nimi zrobiono? Rozumiem, że nic, tylko czekamy, żeby je w ramach dużego jakiegoś programu zacząć poprawiać. Dlaczego nie możemy zacząć tego systemu zmieniać od dzisiaj?

Analogicznie rozumiem, że prawie gotowe są już ścieżki dla kardiologii. Czy to oznacza, że poznamy je jutro czy w poniedziałek? My nie mamy naprawdę w tym systemie czasu, żeby to teraz procedować przez kolejne tygodnie i miesiące.

Jeśli chodzi o samo pojęcie „odwracania piramidy świadczeń”, jak pan minister wskazywał, to pojęcie krąży w opinii i świadomości publicznej w wielu znaczeniach. W ogólnym znaczeniu

ono oznaczało oczywiście, że potrzeby pacjenta są zaopiekowane na najniższym, najprostszym poziomie i najtańszym kosztem. Ta druga definicja, która funkcjonuje, pojawiła się dlatego, że Ministerstwo Zdrowia w 2023 r. nazwało tak projekt, który jest obecnie realizowany ze środków unijnych i który z „odwracaniem piramidy świadczeń” trochę ma wspólnego, ale jest bardzo wycinkowy i ograniczony w zakresie, bo na przykład pani dyrektor powiedziała, że pacjent zaczyna swoją ścieżkę od POZ. To nie jest niestety prawdą. To znaczy, jak się pojawi problem, to pacjent zaczyna albo od „doktora Google”, albo od apteki, albo od swojej własnej wiedzy i nie można w piramidzie świadczeń pomijać elementu edukacji zdrowotnej, która w tym momencie w naszym kraju niestety leży.

Świadomość zdrowotna i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia wśród obywateli jest dramatycznie niska. To jest pierwszy krok, od którego powinniśmy zacząć, że pacjent zaczyna od samoleczenia i wiedzy, z którym problemem gdzie pójść. Obecnie wielu pacjentów zaczyna swoją ścieżkę z tego właśnie powodu na SOR, zamiast kierować się do tych innych elementów piramidy świadczeń. Nie można pomijać tego aspektu.

Jeśli chodzi o samą propozycję rozwiązania zmiany wynagradzania placówek, rozumiem, że placówki dostaną czas na dostosowanie, ale chciałem zapytać, jakie wsparcie dostaną od NFZ i MZ, żeby zmienić swój model operacyjny i swoje funkcjonowanie. Czy będzie jakiś mechanizm dzielenia się dobrymi praktykami od tych placówek, które już teraz przyjmują dużo pacjentów pierwszorazowych? Czy porównanie sam do siebie jest wystarczające, czy lepiej, żeby dostali benchmark w danym regionie? Pamiętajmy, że te placówki, które mają niższą skalę wizyt pierwszorazowych, nie robią tego zazwyczaj na złość wszystkim, tylko dlatego, że nie zdają sobie sprawy, że mają najniższą skalę wizyt pierwszorazowych w swoim rejonie albo w swojej specjalizacji, ponieważ nasz system cierpi na permanentny brak przejrzystości i przepływu informacji. To znaczy oni nie mają możliwości się benchmarkować do nikogo innego.

W związku z tym też pojawia się pytanie, znowu biorąc pod uwagę, że zmiany w tym systemie są pilne: Jak państwo szacują i na ile oceniono korzyści zarówno finansowe, jak i skrócenie kolejek w tym okresie do września, ale już wcześniej do lipca, kwietnia, marca? Musimy ten system zacząć poprawić od teraz.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Przepraszam, ale ja bym bardzo prosiła o takie skondensowane wypowiedzi, dobrze?

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

Ostatnie pytanie. W związku z tym do tego planu długoterminowego i całego projektu odwróconej piramidy świadczeń... Jaki jest konkretny plan wdrożenia? Jak państwo zagwarantują, że – jak wskazał już na posel Bojarski – nie będzie to kolejna martwa legislacja i zbiór przepisów, tylko rzeczywiście wdrożone rozwiązanie? Kto będzie odpowiedzialny za to wdrożenie operacyjne? Jakie zostaną dokładnie skwantyfikowane osiągnięte efekty? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Oddaję pani głos.

Ekspert Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Anna Gołębicka:

Anna Gołębicka, ekspert Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

My słuchamy tego, co państwo opowiadacie, i te wszystkie punkty wypisane są absolutnie tym, czego byśmy chcieli, tylko mamy tutaj takie nasze obserwacje.

Po pierwsze to, co powiedział Krzysztof przed chwilą, my mamy ogromny kryzys ochrony zdrowia z punktu widzenia zaufania i niesprawiedliwości. Tej niesprawiedliwości, gdzie pacjenci czują się nierówno traktowani, ale też lekarze czują się nierówno traktowani. Tak jak powiedział pan poseł, wszystko tkwi w ekonomii i w pieniądzu. I tu jest pierwsze pytanie. Czy w ramach tej sprawiedliwości państwo zakładacie rewizję wszystkich wycen, które są w tej chwili? Trochę nam rosły i jedna wycena jest sprzed iluś lat, druga jest aktualnie. Dobrze, żeby był jeden model, żeby to wszystko przyjrzeć, zrobić remanent, zrobić te wyceny racjonalnie tak, jak one faktycznie wynikają z kosztów, zgodnie z tym, jak się w tej chwili leczy, a nie ileś lat temu. Z naszej perspektywy to jest przyczyna wielu problemów. Jedna procedura

jest wyceniona bardzo wysoko i tam się zatrudnia kogoś na kontrakt, płaci bardzo wysoko. Natomiast lekarz na umowę o pracę zarabia potem najniższe możliwe pieniądze. To jest pierwsza rzecz z takich pytań.

Druga rzecz to wielka prośba o to, żebyście państwo nie patrzyli wypowiadając się na system ochrony zdrowia, bo my w tej chwili, jak weźmiemy się za AOS i tam będziemy pilnować – zresztą pierwszorazowe wizyty i tak są wyżej wyceniane – to pacjent, który będzie „któryśrazowy”, a będzie potrzebował lekarza, pójdzie na SOR. To nie jest tak, że my uzdrawiamy w ten sposób system, tylko my znowu przepchniemy z jednego segmentu do drugiego. Nasza prośba i apel o to, żeby w momencie, kiedy uzdrawiamy ten system zawsze myśleć o tych skutkach i przyczynach, bo to są naczynia połączone. To po prostu inaczej nie zafunkcjonuje.

Wielka prośba o to, żebyśmy dostali od państwa informację o rozłożeniu tego procesu w czasie tak, żebyśmy się czuli bezpiecznie, że to trwa, że to idzie. My wierzymy, że robicie, ale chcielibyśmy zadać pytanie, co udało się. Może wam pomóc na przykład? To by było na tyle.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Teraz pani po tej stronie, bardzo proszę.

Prezes zarządu Nutrimed Agnieszka Tomasiak:

Dzień dobry. Agnieszka Tomasiak, żywienie dojelitowe w warunkach domowych. My reprezentujemy świadczenia odrębnie kontraktowane.

Myślę, że jesteśmy takim sztandarowym przykładem właśnie tego pozytywnego odwracania piramidy świadczeń, ponieważ wszyscy nasi pacjenci, a jest ich aktualnie 6,6 tys. w całej Polsce, w tym ponad 1 tys. dzieci, są opiekowani w domach. I to są opiekowani w domach krótkoterminowo oraz długoterminowo. Krótkoterminowo to zazwyczaj są pacjenci onkologiczni i to jest kilka tygodni do kilku miesięcy. Natomiast długoterminowo to są pacjenci najczęściej neurologiczni. Mamy taki postulat, żeby wprowadzając jedno rozwiązanie pozytywne dla systemu, pomyśleć właśnie o tych skutkach.

U nas takim rozwiązaniem, które dla nas ma niepozytywny skutek i dla pacjentów również, jest to, że w 2018 r. został wprowadzony obowiązek przyjmowania pacjentów ze znacznym stopniem niepełnosprawności bez kolejki. Tych pacjentów mamy obowiązek przyjąć niezwłocznie lub w ciągu 7 dni. Co to powoduje? Niestety mamy ogromne nadwykonywania, ponieważ większość naszych pacjentów to są pacjenci leżący, pacjenci żywieni dojelitowo i którzy mają wskazania właśnie do tego znacznego stopnia niepełnosprawności. Tych pacjentów musimy przyjąć nawet wtedy, kiedy nie mamy już kontraktu, kiedy jest wyczerpany, bo nasze świadczenie jest świadczeniem limitowanym. Co to oznacza dla tych pacjentów, którzy nie posiadają orzeczenia? Długie kolejki. W niektórych województwach u nas czeka się nawet siedem miesięcy na żywienie. Moim zdaniem jest to niedopuszczalne.

Stąd z naszej strony jest ogromna prośba, żeby nie tworzyć takich właśnie lapsusów, że z jednej strony pacjenta musimy przyjąć pomimo wyczerpanego kontraktu, a z drugiej strony nie ma pewności zapłaty za tego pacjenta. Chcemy tych pacjentów opiekować w domu, będziemy się nimi opiekować. Jesteśmy rzeczywiście tym takim, jak tutaj padło, najniższym, ale myślę, że wystarczającym poziomem opieki medycznej właśnie dla tych pacjentów i rzeczywiście jesteśmy najtańszym sposobem opiekowania tych pacjentów. Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za zwrócenie uwagi właśnie na ten aspekt. Bardzo serdecznie dziękuję.

Bardzo proszę.

Wiceprezes zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” Beata Stepanow:

Witam, szanowni państwo. Nazywam się Beata Stepanow, reprezentuję dzisiaj Koalicję „Na pomoc niesamodzielnym”.

Są to podmioty, które jednoczą się w koalicji, ale przede wszystkim reprezentują pielęgniarki, które na co dzień zajmują się edukacją diabetologiczną i jednoczą się w Stowarzyszeniu Edukacji Diabetologicznej. Dziękuję mojemu przedmówcy, że podjął temat edukacji.

Jak wiemy, w ramach czterech poradni specjalistycznych w Polsce mamy poradę pielęgniarską. Jest to: diabetologia, kardiologia, chirurgia i ginekologia. To, z czym się borykamy w diabetologii, za chwilę będzie dotyczyło kardiologii. Niestety poradnie są zamykane,

likwidowane i przechodzi się na usługi komercyjne. Wynika to z tego powodu, że poradnie nie są w stanie się utrzymać za wartość punktową, którą mogą wypracować w skali miesiąca. W momencie, kiedy wyszliśmy z edukacją, czyli mamy poradę pielęgniarską – tam jest potencjał, bo to są osoby wykształcone, mają wiedzę, umiejętności, kompetencje – prowadzimy totalną walkę z podmiotami leczniczymi, z dyrektorami, żeby chcieli tylko aneksować umowy, które już posiadają. Posiadają poradnię diabetologiczną, kardiologiczną, chirurgiczną, ginekologiczną. Więc ja się pytam, dlaczego pacjent tam nie jest edukowany. Jeżeli ten człowiek będzie miał wiedzę, co dzisiaj się sprawdza w opiece koordynowanej, ale tam jest tylko sześć porad edukacyjnych... Gdy człowiek przychodzi do tej poradni, posiada już pewną wiedzę. Uczmy się od naszych sąsiadów. Tam podstawą jest edukacja. Pacjent wyedukowany, świadomy to jest pacjent współpracujący, a nie szukający wiedzy w Google.

Kolejną rzeczą jest to, że kiedy rozmawiam z koleżankami w poradniach kardiologicznych, a mam z nimi kontakt, to niestety pełnią one rolę rejestratorek, a nie osób, które pokończyły specjalizację, mają kompetencje i umiejętności. Okazuje się, że poradnia kardiologiczna nie prowadzi porady pielęgniarskiej, która jest wpisana tak naprawdę w rozporządzenie ministra zdrowia.

Moja prośba do państwa. Poradnia kardiologiczna mogłaby stać się tak naprawdę wzorcem później dla poszczególnych dziedzin. W tym momencie zobaczcie państwo, w ilu poradniach kardiologicznych w Polsce rozliczna jest porada pielęgniarska. Dzisiaj mogłabym śmiało powiedzieć, że powinniśmy się wstydzić tego, że nie jest ten potencjał wykorzystywany i jest to niestety ze stratą dla pacjenta.

Powiem na końcu jako również pacjent kardiologiczny. Kiedy trafię dzisiaj do poradni kardiologicznej, jestem załamana tym, że wychodzę po kilku minutach wizyty lekarskiej i kompletnie nie mam wiedzy, nie wiem, co mam zrobić, od czego mam zacząć. Gdybym nie była osobą medyczną, dawno bym już zginęła.

Pamiętajmy o edukacji, bo ona jest tak naprawdę fundamentem wszystkiego, a to też da efekty pracy całego zespołu terapeutycznego. Pamiętajmy o zespole w danej poradni. Jeszcze raz podkreślę. Bardzo proszę, pamiętajmy o edukacji, dbajmy o nią, dmuchajmy na nią, bo mamy potencjał, który po prostu wystarczy wykorzystać, dać pomieszczenie, a nam pacjentom dać godne warunki edukacji. Nie przy okazji, przy okienku, w rejestracji, ale wziąć rodzinę... bo nie zawsze pacjent, który przychodzi do poradni, jest świadomy, ma zachowane funkcje poznawcze. Pacjent żyje w stresie, często wychodząc z poradni, nic nie pamięta, więc kiedy przyprowadzi rodzinę i będą warunki do edukacji, to mamy sukces gwarantowany.

Bardzo dziękuję i mam gorącą prośbę, żeby sprawdzić potencjał, który mamy w Polsce, a kompletnie nie jest wykorzystany. Tu już nie potrzeba na to pieniędzy. Wystarczy zrobić pewne przesunięcia na poziomie podmiotów, które kontraktują dane usługi. Dziękuję bardzo za uwagę.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Ad vocem pan poseł Bojarski. Bardzo proszę.

Poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Jedno słowo, bo ja u siebie akurat to wdrażam. Zgadza się z panią. Przeliczyłem sobie na swoim przykładzie i mogę chyba śmiało powiedzieć, że 50% porad chirurgicznych może realizować pielęgniarka. Ona dzisiaj je realizuje, tylko obok siedzi lekarz i podbija dokumentację. Mówię głównie o zmianach opatrunków. W tej chwili to zrobiłem u siebie w ginekologii i chirurgii. Tak że taką rzecz prowadzę.

Natomiast chciałem przejść do żywienia. Sporo rozmawiałem z państwa przedstawicielami. Absolutnie jest logiczne to, co pani mówi. Jest to słuszne i nikt chyba, kto myśli zdroworozsądkowo, nie będzie mówił, że powinno być inaczej, bo pacjent leczony w domu jest najtańszym pacjentem dla systemu. Jest w najbezpieczniejszym miejscu, w którym może być, bo ucieka od wszystkich złych rzeczy, które mogą mu się wydarzyć w szpitalu.

Niemniej brakuje mi jednego mechanizmu, bo trzeba zawsze mówić szczerze o wszystkim. Otóż znam przypadki, gdzie to żywienie jest dowożone i składowane u pacjentów. Mówi mi to osoba, która fizycznie to robi. Mówi, że ten pacjent nie jest w stanie tego zjeść albo nie je, albo nie jest właściwie żywiony i to jest tylko składowane. Tu jest ten element ekonomii

w tę stronę, że firmy, które się tym zajmują, są zainteresowane sprzedażem swoich produktów. Sam powiedziałem tym osobom, że jestem pierwszą osobą po pani minister, która będzie rozmawiała i prosiła o to, żeby to było świadczenie nielimitowane. Zgadzam się absolutnie z tym wszystkim, co pani powiedziała, tylko szukam mechanizmu, który by ten proces racjonalizował, a nie pchnął do sytuacji jeszcze bardziej patologicznej, gdzie po prostu będzie sprzedawanie tylko. Nie wiem, czy mnie pani rozumie. Ja nie chcę nikogo obrażać...

Prezes zarządu Nutrimed Agnieszka Tomasiak:

Rozumiem, o co panu chodzi...

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Nie chciałbym, żeby zabrzmiało, że Bojarski powiedział, że wszyscy tak robią. Ale znam przypadki, gdzie osoba, która fizycznie zajmuje się dostarczaniem, mówi: słuchaj, tam już garaż będzie potrzebny niedługo, bo już w tym nie mieszczą. Nie ma mechanizmu racjonalizującego pewnych działań tutaj. Myślę, że gdyby to środowisko, gdyby państwo nad tym popracowali, a do tego zachęcałem, to by była fajna rzecz, która mogłaby przekonać ministerstwo właśnie do tego, żeby to było świadczenie nielimitowane. Z każdym innym elementem, o którym pani mówiła, w 100% się zgadzam.

Prezes zarządu Nutrimed Agnieszka Tomasiak:

Jeżeli mogę słowo komentarza. My obracamy każdą złotówkę pięć razy, bo mamy nadwykonania. One nie są za bardzo płacone w tym momencie. Patrzymy dokładnie, ile do pacjenta wysłać jedzenia i czy to jedzenie właśnie tak, jak pan mówi, nie jest składowane przez pacjenta, ponieważ czy my wysłamy do pacjenta 1 litr, czy 5 litrów, my dostajemy zawsze dokładnie tę samą kwotę za osobodzień. Tak więc, jeżeli ktoś wysła więcej, niż pacjent zjada, to szczerze mówiąc, sam sobie robi niedobrze. Fakt, może niektóre firmy nie liczą tego i po prostu wysyłają 2 czy 5 litrów. Natomiast nie widzę od strony samej spółki merytorycznego sensu...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

OK, tylko rozumiem z pani wypowiedzi, że państwa firma zajmuje się tylko dostarczeniem do pacjenta, a nie...

Prezes zarządu Nutrimed Agnieszka Tomasiak:

Nie, tutaj jest cała opieka. Jest dostawa diet i sprzętu, jest lekarz, pielęgniarka...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

No właśnie, bo te kwestie, o których pan poseł mówił, to są kwestie nieprawidłowości w wykonywaniu kontraktu...

Prezes zarządu Nutrimed Agnieszka Tomasiak:

Moim zdaniem tak, to są zdecydowanie nieprawidłowości.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

...i to powinien NFZ weryfikować. Myślę, że jest tutaj pan z NFZ i proszę się przyjrzeć takim praktykom, bo jeżeli już mówimy o jakiejś realnej poprawie systemu, to dowieszenie paczki i postawienie jej na progu domu to chyba nie jest to, co pacjent by chciał.

Prezes zarządu Nutrimed Agnieszka Tomasiak:

To nie jest opieka medyczna, to zdecydowanie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

To nie jest opieka medyczna. Dobrze.

Chciałabym jeszcze skomentować wypowiedź pani dotyczącej profilaktyki i porad. Myślę, że rzeczywiście to jest ogromny potencjał pielęgniarski, który jest niewykorzystany, mimo że pielęgniarki są uzbrojone w odpowiednie przepisy prawne, bo przecież porada pielęgniarska jest nie tylko edukacyjna, ale wiemy też, co pan dyrektor powiedział, że może wykonać część porad w poradni chirurgicznej czy ginekologicznej. Łącznie z tym, że jeszcze jakiś czas temu dokonaliśmy zmiany i na przykład położna może samodzielnie odebrać poród, nie musi czekać na lekarza, który tylko podbije pieczętkę. Tak więc położna może odebrać poród fizjologiczny i można to rozliczyć w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Myślę, że też trzeba uwzględnić ten ogromny potencjał pielęgniarstwa. Nawet w tej debacie o wynagrodzeniach się przejawia cały czas, że mamy dużą grupę pielęgniarek wykształconych, przygotowanych. Są one uzbrojone w narzędzia prawne, bo są wszystkie przepisy, które dają im możliwość wykonywania pewnych procedur i odciążenia właśnie między innymi lekarzy, gdzie borykamy się z takim dużym brakiem lekarzy. Oczywiście w grupie zawodowej pielęgniarek też są ogromne braki, ale jeżeli dochodzi do sytuacji, że pielęgniarka w poradni jest wykorzystywana jako rejestratorka, to jest to jawne marnotrawienie potencjału. Bardzo dziękuję za ten głos.

Zaczynamy od końca. Bardzo proszę pan i później po kolei państwo.

Prezes zarządu Instytutu Człowieka Świadomego Janusz Krupa:

Bardzo dziękuję. Jeszcze raz Janusz Krupa, lekarz rodzinny.

Bardzo się cieszę, że właśnie o POZ tutaj kilka słów już wypowiedziano. Bardzo żałuję, że nie usłyszałem odpowiedzi na szalenie ważne pytanie pani przewodniczącej. Czy NFZ określił już impakt opieki koordynowanej na liczbę skierowań do AOS, ponieważ nie znam tych danych zagregowanych. Mogę tylko powiedzieć jako lekarz praktyk, nie jestem żadnym ekspertem. Udzielam między 8–10 tys. porad rocznie i stąd wynika moje doświadczenie. Powiem państwu, że odkąd realizujemy opiekę koordynowaną, czyli ostatnie 2 lata, wysyłam niepomniernie mniej pacjentów do AOS. W zasadzie to są pojedyncze przypadki. Jest to coś, z czego kiedyś korzystałem prawie w każdym tygodniu albo raz na dwa tygodnie. W tej chwili jest mi to nieznane, ponieważ mam kardiologa w zespole, mam nefrologa, pulmonologa itd. Pacjenci nie dość, że nie czekają rok, półtora, jak się czeka na nefrologa w Warszawie, a czekają 3 tygodnie na konsultację nefrologiczną, to dodatkowo lekarz, który konsultuje mojego pacjenta, dokonuje wpisów w mojej dokumentacji. Czyli ja od razu widzę i nie muszę prosić o żadne zaświadczenia od specjalisty, nic. Od razu widzę, jaki jest efekt tej konsultacji.

Patrząc na duży problem z AOS... Muszę tutaj podziękować panu posłowi Bojarskiemu za takie fajne stwierdzenie, że bardzo często w AOS „mieli się pacjentów”. Co robi pacjent z nadciśnieniem, z cukrzycą typu 2 albo z niedoczynnością tarczycy? Bo oni szczerze mówiąc, nie wymagają w ogóle AOS. To jest wstyd dla lekarza rodzinnego, że tam odsyła, tak między nami, ale OK, zamknijmy pewien rozdział.

Wydaje mi się, że opieka koordynowana naprawdę mnóstwo tych problemów rozwiązuje. Powiem państwu więcej. My dzięki temu się uczymy, bo nagle mam okazję oceniać echo serca. Jeżeli ja nie potrafię ocenić, dzwonię do swojego kardiologa, który mnie konsultuje, i mogę pana od opieki koordynowanej poprosić o konsultację lekarz – lekarz. Z tym nie ma problemu.

My bardzo lubimy nowe rzeczy, lubimy wielkie rewolucje, ale wydaje mi się, patrząc z takiego najmniejszego poziomu systemu ochrony zdrowia, że opieka koordynowana, gdyby była wdrożona w zdecydowanej większości przychodni... na razie to jest 41% POZ, ale gdyby to było 80–90% to naprawdę jestem przekonany i tu liczę na NFZ, że nam pokaże tego rodzaju dane, że POZ, które poszły w opiekę koordynowaną i mają te ścieżki wszystkie zakontraktowane, zdecydowanie mniej pacjentów wysyła do AOS.

Jak sobie AOS radzą z pacjentami pierwszorazowymi? Już państwu powiem. Po prostu pacjent, który jest od X lat pod opieką lekarza specjalisty, raz na dwa lata przychodzi i mówi: doktorze, proszę mi jeszcze raz wystawić skierowanie, bo będę pacjentem pierwszorazowym. Mówię, bardzo dużo jest fikcji. Pilnujemy tego. Rzeczywiście wydaje mi się, że naprawdę opieka koordynowana... i tu jestem wdzięczny pani profesor Mastalerz-Migas i pan minister wspominał o niej, że bierze aktywny udział, za leadership tego rozwiązania.

Ogromny apel do NFZ i Ministerstwa Zdrowia. Przyjrzyjcie się opiece koordynowanej, ile ona problemów rozwiązuje. Uwierzcie państwo, moi pacjenci w naszej przychodni są zachwyceni. Powiedzieli, że nie chcą funkcjonować w innym systemie.

Dwa słowa jeszcze raz o POZ powiem. Tutaj też ktoś z państwa użył tego sformułowania: dobry POZ to są puste SOR-y. Jak ja słyszę, że pacjent, który do mnie dzwoni i mówi, że ma 40 stopni gorączki i w jego POZ powiedzieli, że owszem mają dla niego termin, ale za dwa tygodnie... To gdzie on ma pójść? Idzie na SOR.

Rzeczywiście to jest kwestia organizacyjna. U nas taki pacjent jest przyjęty tego samego dnia i to jest kwestia troszkę odpowiedzialności zawodowej, ale też etyki i traktowania serio pacjenta. Nie możemy pacjentowi, który ma 40 stopni powiedzieć: mamy termin za 2 tygodnie,

mamy miejsce w środę od godziny 14.00. Mnóstwo fajnych rzeczy można zrobić przy okazji opieki koordynowanej.

Ostatnie słowo à propos edukacji. Rzeczywiście edukacja w opiece koordynowanej znowu jest szyta na miarę pacjenta. To nie jest powiedziane, że on musi przejść jakąś ścieżkę. Dobieramy tę edukację do konkretnego przypadku. Mamy pielęgniarki, które się specjalizują w diabetologii, pulmonologii itd. To jest kapitalne, bo jesteśmy blisko pacjenta i rozumiemy jego problemy. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

Bardzo proszę, kolejni goście.

Prezes zarządu Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, z tej strony Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna i członek Krajowej Rady Onkologicznej.

Z uwagą przysłuchuję się całej dyskusji i chciałam nawiązać do wypowiedzi pana ministra Szafranowicza z początku naszego posiedzenia. Otóż pan minister powiedział, że należałoby zdefiniować pojęcie „odwrócona piramida świadczeń”. Ja się muszę z tym całkowicie zgodzić, ponieważ przyznam się szczerze, że organizacje pacjentów trochę inaczej rozumiały na początku do hasło. Tu już była o tym mowa. My byliśmy pewni, że podstawą tej odwróconej piramidy świadczeń będzie edukacja i profilaktyka. Jeżeli tutaj padało np. takie określenie, jak spowodować, żeby pacjent nie biegł do specjalisty, to mi przyszło do głowy, że może warto byłoby się zastanowić na tym, jak spowodować, żeby pacjent w ogóle nie musiał biegać do lekarza, a był wyposażony w odpowiednią wiedzę, jak dbać o własne zdrowie.

Ja w żadnym momencie nie mówię, że pacjent ma biegać do szarlatana, tylko mówię o tym, żeby potrafił tak dbać o siebie w ramach profilaktyki pierwotnej i jednocześnie był wyposażony w wiedzę na temat korzystania z profilaktyki wtórnej, żeby ten lekarz nie oznaczał dla niego wieloletniego i bardzo kosztownego leczenia. Jest takie powiedzenie, niestety nie pamiętam autora, że 1 gram profilaktyki jest więcej wart niż 1 kg leczenia. Ja się pod tym podpisuję.

Chciałam powiedzieć, że w 2017 r. Naczelna Izba Kontroli opublikowała raport o profilaktyce, z którego wnioski są niestety bardzo przygnębiające. Wnioski są mniej więcej następujące, nie będę cytować dosłownie, że w Polsce nie ma strategii dla profilaktyki, nie ma żadnej systemowej organizacji profilaktyki, nie ma koordynacji, zadań profilaktycznych nikt nie monitoruje i nie przeprowadza się ewaluacji. Wiemy jedynie, że bardzo mizerne środki finansowe są przeznaczane na to, co powinno być podstawą, a jednocześnie nie ma żadnej ewaluacji tego, co się dzieje profilaktyce. To było w 2017 r. i ten stan rzeczy nie zmienił się do dzisiaj. Nadal nie mamy strategii dla profilaktyki. My tylko mówimy, że powinniśmy mieć taką a taką zgłaszalność, ale nie wiemy, nikt nie opracował, jak do tego dojść.

Tutaj też padło piękne określenie „edukacja szyta na miarę pacjenta”. Uważam, że edukacja rozumiana jako profilaktyka pierwotna... natomiast profilaktyka wtórna również powinna być szyta na miarę pacjenta. Niestety jest źle i to się nie zmienia od wielu lat. Apele organizacji pacjentów to jest walenie głową w mur.

W związku z tym chciałabym się dowiedzieć dzisiaj i tutaj. Gdzie dla resortu zdrowia, w którym miejscu piramidy świadczeń mieści się profilaktyka? Wiemy już, że edukacja przeobraziła niestety z polityką. Jeszcze jest nadzieja w profilaktyce wtórnej. Chciałabym usłyszeć odpowiedź na pytanie, gdzie w piramidzie świadczeń zdrowotnych mieści się profilaktyka wtórna. Czy resort zdrowia planuje opracować strategię dla profilaktyki? Zgłaszam organizacje pacjentów chętne do działań w tym zakresie, ponieważ uważam, że jest to jedna z najpilniejszych rzeczy w obecnym systemie ochrony zdrowia. Czy będzie wreszcie podjęta ewaluacja zadań profilaktycznych?

Szanowni państwo, cały czas analizuję, to już na koniec powiem, interaktywny raport NFZ dotyczący mammografii. On jest bardzo fajny. Jest co miesiąc uaktualniony i tam są dane, które powodują konieczność zadania naprawdę wielu pytań. Natomiast oczekujemy odpowiedzi, bo trzeba znaleźć odpowiedź na pytania dlaczego...

Podam państwu parę przykładów. Czy w Polsce możemy osiągnąć zgłaszalność na badania przesiewowe w wysokości powyżej 60%? Tak. Jest gmina, gdzie zgłaszalność wynosi 63%. Nie jest to duże miasto. Ale są miejscowości, gdzie jest 8 i 9%. Pierwsze pytanie: Dlaczego

w jednej gminie można osiągnąć takie wyniki, a w drugiej nie? I nie chodzi o to, żeby szukać winy w ludziach, w lekarzach, tylko znaleźć przyczyny i na podstawie tych przyczyn poszukać rozwiązania. Przestańmy wreszcie szukać winy, a skupmy się na przyczynach. Dlaczego Warszawa, duża aglomeracja ze świetną komunikacją, ma zgłaszalność na profilaktykę, mówię tylko o mammografii, poniżej przeciętnej warszawskiej? Dlaczego Wola warszawska w tym raporcie wykazuje 20% zgłaszalności, a Rembertów – 34%? Gdzie jest przyczyna? Czy ktoś wreszcie dokona analizy danych, szukając odpowiedzi na pytanie o przyczyny, a nie winy? Co się dzieje? Gdzie są dobre praktyki?

Ja jestem optymistką na podstawie właśnie tego raportu, jeżeli chodzi o możliwie do osiągnięcia wyniki, ale musi być jeden warunek. Podejźmy do tego, proszę państwa, poważnie. Zaczniemy się skupiać na przyczynach. Na litość boską, bo już nie powiem inaczej, niech ktoś się ruszy do tej miejscowości, gdzie jest dobrze, i zobaczy, co tam się dzieje. Niech ktoś się ruszy do tej miejscowości, gdzie jest źle, i zapyta, jakie są bariery. Nie winić, tylko poszukać przyczyn; wesprzeć tych, którzy sobie gorzej radzą z różnych przyczyn bez obarczania ich winą.

Ja już nie chcę słuchać więcej, że to wina pacjentów, bo się nie zgłaszają. Jest raport Stowarzyszenia Sarcoma z 2022 r. Nie podam państwu dokładnie w tej chwili tych danych, ale co z tego raportu wynika? Wynika, że ponad 30%, dokładnie między 30–40%, osób biorących udział w ankiecie – i to nie byli pacjenci – nie wie, że badania profilaktyczne w Polsce można zrobić bezpłatnie, czyli w ramach NFZ. Podobnie wysoki procent osób, respondentów tego badania nie wie, które badania profilaktyczne powinni zrobić w ich wieku zgodnie z ich płcią. Czyli powyżej 1/3 osób nie wie, gdzie w najbliższej okolicy mogą zrobić badania profilaktyczne. Nie jest tutaj, proszę państwa, wina pacjenta, wina mieszkańca, tylko nie ma edukacji, ale nie ma czegoś najważniejszego – informacji. Gdzie my mamy informacje o profilaktyce? W mediach społecznościowych, w tzw. bańce np. Twitter. Gdzie jest promocja zdrowia w przestrzeni publicznej? Jest coś takiego jak wybory konsumenckie i w wyborach konsumenckich zdrowia nie ma. Jest piwo, jest wojna alkoholowa na ceny alkoholowe, są słodczyce i jest promocja suplementów diety pod tytułem: możesz się, przepraszam, „nażreć” na imiennach u cioci, a potem sobie łykniesz coś cudownego na wątrobę, żołądek itd. To są fatalne wybory konsumenckie, którymi nasze społeczeństwo jest projektowane. Gdzie jest zdrowie w wyborach konsumenckich?

Dlatego jeszcze raz zadaję pytanie. Gdzie jest profilaktyka w odwróconej piramidzie świadczeń albo może w ogóle gdzie jest profilaktyka w piramidzie świadczeń odwróconej czy nieodwróconej, czy stojącej na boku, na głowie, na rzęsach, czy na czymkolwiek? Gdzie jest profilaktyka? To jest podstawa do tego, żeby rozpocząć w ogóle działania zmniejszające niepotrzebne wydatki, kolejki i wszystko inne, czego można uniknąć w opiece zdrowotnej. Dziękuję państwu bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że to bardzo ważny głos i dużo tutaj wszyscy mamy do przemyślenia po tym, co pani prezes powiedziała. Dziękuję bardzo.

Już króciutko, panie doktorze, bardzo proszę.

Prezes zarządu Instytutu Człowieka Świadomego Janusz Krupa:

Ja bym chciał tylko jedną rzecz dodać. Bardzo żałuję, że dzisiaj nie ma tutaj pana doktora Artura Prusaczyka, który prowadzi centrum zdrowia w Siedlcach i właśnie gmina Paprotnia jest stamtąd. On u siebie na kilkuset tysiącach pacjentów objętych opieką uzyskał skandynawską zgłaszalność na badania przesiewowe, czyli można. Można, tylko może warto będzie pana doktora zaprosić. Niech nam powie, jak to zrobił. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Już państwo tutaj nam zasugerowali, że kolejny temat jest bardzo ważny, powinien się pojawić w trakcie pracy podkomisji i na pewno jedno posiedzenie mu poświęcimy. Proszę może zanotować, żeby też zaprosić osobę, o której pan doktor mówił, żeby był taki dobry przykład.

Kolejne osoby, bardzo proszę.

Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Monika Pintał-Ślimak:

Dziękuję. Szanowna Komisjo, szanowna pani przewodnicząca, panie ministrze, Monika Pintał-Ślimak, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych.

Oczywiście w pełni podpisujemy się pod tymi postulatami dotyczącymi profilaktyki i przede wszystkim wykorzystania z badań laboratoryjnych w profilaktyce zdrowotnej. Moje pytanie jest takie: Ile pieniędzy z budżetu powierzonego, który tak tutaj jest chwalony, z opieki koordynowanej POZ wykorzystali na badania laboratoryjne? Czy mamy taką wiedzę? To też do pana właśnie pytanie, ile z budżetu powierzonego z opieki koordynowanej wykorzystujecie na badania laboratoryjne?

Prezes zarządu Instytutu Człowieka Świadomego Janusz Krupa:

Nasza przychodnia akurat wykorzystuje prawie cały budżet. My staramy się to, co mamy do dyspozycji, przekazać naszym pacjentom.

Prezes KRDL Monika Pintał-Ślimak:

To bardzo dobra wiadomość. Wiemy jednak, że ogólnie ten budżet nie jest w tym zakresie wykorzystywany. Przede wszystkim chciałbym się dołączyć do głosu pani, która mówiła o poradzie pielęgniarskiej. Oczywiście jak najbardziej popieramy, ale my jako diagnostów laboratoryjnych chcieliśmy wskazać, że jesteśmy grupą zawodową zawodu medycznego kształceni na akademiach medycznych, uniwersytetach medycznych i również jesteśmy predysponowani do tego, żeby udzielać porady diagnostycznej pacjentowi.

Od razu powiem, że tu nie chodzi o to, aby uczestniczyć w leczeniu pacjenta, tylko udzielanie porady związanej z przygotowaniem do badań, właśnie wykorzystując ten element edukacyjny pacjenta, informacji o konieczności wykonania badań. Wtedy, gdy jest to np. pacjent w AOS, dolecenie jakiegoś badania po to, żeby właśnie skrócić jego ścieżkę diagnostyczną, żeby nie musiał odbyć kolejnej wizyty w AOS po to tylko, żeby lekarz przepisał badanie laboratoryjne rozszerzające jego diagnostykę. Na pewno by to przyniosło tę efektywność. A o wykorzystaniu i efektywności kosztowej medycyny laboratoryjnej już mówimy od 2017 r., kiedy powstał raport wskazujący na to. Myślę, że tu pan dyrektor na pewno o tym powie i poda konkretne liczby, jak dobre wykorzystanie medycyny laboratoryjnej wpłynie na efektywność kosztową i również powinna być w tej piramidzie odwróconych świadczeń wykorzystana. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos? Proszę, pani doktor.

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Grażyna Cebula-Kubat:

Dzień dobry państwu, dzień dobry pani przewodnicząca. Dziękuję bardzo za udzielenie mi głosu. Grażyna Cebula-Kubat, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy.

Popieram wszystko, o czym tutaj mówili moi przedmówcy. Jeżeli chodzi o POZ i w nich opiekę koordynowaną, to jest bardzo dobry kierunek. Czego brakuje w POZ w tej opiece koordynowanej? Specjalistów, odpowiedniej infrastruktury, personelu medycznego i pieniędzy. Taka jest prawda, bo ja rozmawiałam z przedstawicielami Porozumienia Zielonogórskiego.

Natomiast te POZ rzeczywiście świetnie działają. Zgadzam się z panem doktorem i z tym, co powiedział, jak rzadko kiedy. Jeżeli będą dobrze funkcjonowały POZ w formie skoordynowanej opieki – jak pięknie tutaj powiedziała pani dyrektor z ministerstwa o tej ścieżce klinicznej pacjenta – utwórzmy w tych POZ zespoły terapeutyczne. Wtedy wszyscy będą tam zajęci, poczynawszy od lekarza, a skończywszy na paniach sekretarkach itd., bo będą wszyscy zajęci w takim zespole terapeutycznym. W zależności od tego, jaki będzie problem kliniczny z danym pacjentem, prędzej on pójdzie tą swoją ścieżką i będzie tak zaopiekowany, że na pewno nie będzie musiał pójść do AOS.

Zadaję pytanie panu, który jest przedstawicielem Narodowego Funduszu Zdrowia. Dajmy na to, mamy duży powiat, gdzie są trzy świetnie działające POZ z opieką koordynowaną. Jest jedna poradnia AOS. Teraz państwo mówicie, że jeżeli będzie mniej niż mediana 15% poradni pierwszorazowych, to ta poradnia AOS, która jest, będzie miała 75% płacone. Ale to nie będzie – o tym mówiła pani Dorota Korycińska – wina tej poradni, że ma taką małą liczbę pierwszorazowych pacjentów, tylko to jest inna przyczyna. Może nie ma tylu pacjentów na przykład kardiologicznych albo świetnie działają POZ i tych pacjentów nie trzeba

tam kierować? Tak że tutaj nie jest chyba dobry pomysł, żeby karać AOS, które są i które są potrzebne, dlatego że mają mniejszą liczbę pacjentów. To jest jedna sprawa.

Natomiast tutaj mówiliście państwo o edukacji, mówiliście o promocji. A ja się zapytam, gdzie jest w ogóle zdrowie publiczne. Zdrowie publiczne składa się z trzech filarów: edukacji narodowej, promocji i profilaktyki.

Słyszałam ostatnio w dwóch wypowiedziach i czytałam jeszcze gdzieś w „Medycynie Praktycznej”, że na zdrowie publiczne u nas w Polsce jest 1,8%, ale z ogólnych pieniędzy, które są przeznaczone na ochronę zdrowia czy z naszego PKB. Jesteśmy ostatni w Europie. Dlatego rzeczywiście powinniśmy prawidłowo rozwinąć edukację zdrowotną. To, co się stało z tej chwili, że nie jest prowadzona obowiązkowo w szkołach, to uważam za wielki błąd. Natomiast myślę, że politycy, rządzący i decydenci pomyślą i to zmienią, bo nie powinno być tak, żebyśmy musieli uzależniać to, co jest dobre dla społeczeństwa, dla pacjentów, od woli polityków. To jest naprawdę nieprawidłowe, ponieważ edukacja zdrowotna leży, nie jest to prawidłowo rozwinięta i nikt z pacjentów nie wie, co jest, po co ma iść do lekarza, jak już idzie. A w ogóle powinien sam pacjent mieć tę świadomość, że powinien zadbać o siebie. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję.

Bardzo proszę, jeszcze pan i będziemy kończyć.

Dyrektor generalny Stowarzyszenia MedTech Polska Dariusz Adamusiński:

Dzień dobry państwu. Witam pani przewodniczącą, panie ministrze. Reprezentuję MedTech Polska. To jest stowarzyszenie i zrzeszenie firm działających w branży medycyny laboratoryjnej.

Nawiążę tutaj do wypowiedzi pani prezes KRDL. Tak, rzeczywiście w 2017 r. MedTech Polska i Deloitte popełnili raport dotyczący efektywności kosztowej służby zdrowia. Zbudowaliśmy dwa modele ekonomiczne, ekonometryczne dla cukrzycy i dla przewlekłej choroby nerek. Posłużyliśmy się wynikami kilkunastu milionów badań diagnostycznych z laboratoriów publicznych i państwowych. Co nam wyszło? Wyszło nam z tego, że gdybyśmy wprowadzili wcześniejszą profilaktykę, w przypadku np. cukrzycy i wyłapali stany przedcukrzycowe u pacjentów, to większość tych pacjentów nie trafiłaby do służby zdrowia. Moglibyśmy zabezpieczyć tych pacjentów w POZ w dużo niższym koszcie, niż to robimy teraz w specjalistycie.

To samo dotyczy przewlekłej choroby nerek. Tak naprawdę pacjent w III i IV stadium przewlekłej choroby nerek zgłasza się do AOS czy specjalisty i czasem jest to za późno, żeby opanować tę chorobę. To jest tylko przedłużenie życia i przygotowania pacjenta do dializy czy potem do przeszczepu.

W Polsce wykonuje się dziś 30 amputacji stopy. Jesteśmy liderem w Europie, jeśli chodzi o amputację. Dlaczego dopuszczamy do tego, że 30 osób dziennie traci stopy? Jesteśmy numerem jeden, jeśli chodzi o amputacje. To jest nieprawdopodobne.

Wracając do profilaktyki. Dopóki nie ruszymy z profilaktyką i nie zaczniemy wprowadzać badań przesiewowych tak, jak to robią inne kraje europejskie: bilans 18-latka, bilans 30-latka., a dopiero weźmiemy się za bilans 40-latka, gdzie już większość pacjentów (50–60% pacjentów) to osoby, które skorzystały z tego programu, już mają zaawansowaną cukrzycę i chorobę przewlekłą nerek... Nie robiliśmy z kardiologią tego doświadczenia. Prawdopodobnie w tym roku powtórzymy to badanie, powtórzymy ten raport i zobaczymy, jak dziś wygląda sytuacja. Na pewno nie będzie lepiej niż było w 2017 r.

Wracam do prośby. Przyjrzyjcie się państwo programom profilaktycznym. Nie dopuszczajmy do tego, żeby pacjenci lądowali w AOS, kiedy już za późno i pozostaje tylko specjalistyczne leczenie, ale żeby właśnie POZ przejął ten obowiązek leczenia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

W ostatnich wypowiedziach wyraźnie wybrzmiewa ta profilaktyka. Obiecuję państwu, że jedno posiedzenie poświęcimy głębokiej analizie i temu, na co pani prezes i pan doktor zwracali uwagę. Poprosimy też o odpowiednie materiały – głównie te, o które tutaj państwo prosili. Dobrze, żeby państwo z ministerstwa, panie ministrze, zakodowali, o czym była mowa. Poświęcimy naprawdę jedno posiedzenie takiej dogłębnej debacie na ten temat.

Teraz ostatni głos. Tutaj pani prosiła o zabranie głosu.

Sekretarz zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” Małgorzata Durka:

Dzień dobry. Małgorzata Durka, Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”.

Proszę państwa, chciałam powiedzieć jedną rzecz. W tym momencie wcielam się w rolę pacjenta, który korzysta ze wszystkich dobrodziejstw naszego systemu. Teraz idę do mojej pani doktor pierwszego kontaktu i ona mi mówi tak: musi pani zrobić badania laboratoryjne. Mówię, że dobrze, zrobię. Wypisuje mi to skierowanie. Nie idę, bo albo nie mam czasu, albo nie pamiętam, albo zapomniałam.

Tu jest też sprawa, która stała się niedawno. Od dawna nie robiłam badań, a dostaję zaproszenie na mammografię, bo to nie jest obowiązek, to jest zaproszenie. Nie idę. Nie mam czasu. Nie muszę jechać gdzieś tam do jakiegoś szpitala. Dobrze się czuję, nie idę. „Profilaktyka 40+” – mogę zrobić, ale nie muszę, bo nikt mnie do tego nie zmusza i też nie idę. Nie byłam. Wiem, że została przedłużona, ponieważ mała liczba osób skorzystała.

Może trzeba by było pomyśleć, żeby te badania przesiewowe jednak były obowiązkowe. Może to jakoś regulować ubezpieczeniem zdrowotnym, że jeżeli np. taka osoba jak ja, która powinna zrobić sobie te badania i ich nie zrobiła w ciągu roku, musi zapłacić więcej za ubezpieczenie zdrowotne, a jeżeli zrobiła sobie te badania, to może będzie miała jakieś ulgi na tym ubezpieczeniu. Różne są przykłady.

Powiem państwu lepiej. Mam mnóstwo oczywiście znajomych, moich pacjentów też, którzy mówią: co z tego, że ja zrobię to badanie na „Profilaktykę 40+” i co dalej mam zrobić z tym wynikiem? Tak, bo nie było tej informacji. Może w niektórych miejscach była, nie mówię, że nie, bo nie będę generalizować, ale nie było takiej informacji, co ta osoba ma dalej zrobić z tym wynikiem, że powinna iść do lekarza POZ, a może właśnie gdzieś indziej musi się skierować, np. do AOS, w zależności od potrzeb. Może nawet trafić na SOR, bo mówiliśmy, że ludzie pomijają wszystko i biegną na ten SOR. Ale dużo ludzi właśnie nie pobiegło ani na SOR, ani nie pobiegło do lekarza POZ, ani nigdzie, tylko mają te wyniki i tak naprawdę w sumie nawet nie wiedzą, co z tym zrobić. Ja otrzymałam takie głosy.

Myślę, że tu by trzeba było zrobić coś w kierunku właśnie tych badań przesiewowych. Może zwiększyć finansowanie tych badań czy przeprowadzić większą kampanię społeczną, o czym powiedziała pani Dorota Korycińska. Trzeba się tą profilaktyką bardzo mocno zająć. Nie ma przedmiotu edukacja zdrowotna, ale może wprowadzimy jakieś programy edukacyjne do szkół bądź też właśnie te obowiązkowe badania przesiewowe. Myślę, że może to by było jakimś systemem, który udałoby się wprowadzić dla wszystkich. Popatrzmy na to, jak można by było np. wprowadzić badanie wysokospecjalistyczne, jakim jest rezonans magnetyczny, raz na 5 lat jako badanie przesiewowe.

Tu chciałam zwrócić uwagę. Jestem tą osobą, która edukuje też zdrowotnie, która powinna te badania wykonywać, a po prostu w pewnym momencie nie idę, bo nie mam czasu albo zapomniałam i tak to się odbywa.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo.

Szanowni państwo, bardzo serdecznie dziękuję za te jakże cenne nie tylko dla nas dla posłów, ale dla państwa – pana ministra, przedstawicieli ministerstwa i Narodowego Funduszu Zdrowia – uwagi. Są one bardzo cenne. Bardzo się cieszę, że państwo je w taki konkretny, zdecydowany, merytoryczny sposób artykułujecie, bo to jest ważne, żebyśmy właśnie na posiedzeniach podkomisji sejmowej zajmowali się merytoryką, mówili o tym, co jest dobre, co jest złe, co trzeba zmienić. Czasami nawet z państwa uwag wynika, że może nie tyle kosmetyczne zmiany, ale jakieś tam, powiedzmy, korekty dotychczas obowiązujących aktów prawnych już mogą usprawnić system.

Pracując dalej będziemy się posługiwać tu nomenklaturą „odwróconej piramidy świadczeń”. Państwo usłyszeli, jaka jest opinia, na co zwrócić uwagę i zapewne państwo się pochylicie nad tymi cennymi uwagami. Bardzo serdecznie państwu dziękuję.

Nie wiem, panie ministrze, czy pan w tej chwili chciałby się odnieść. Myślę, że do niektórych wypowiedzi warto się odnieść. Tutaj też takie konkretne pytania trafiały, które wymagają pewnie jakichś analiz i w tym wypadku zapewne państwo później nam przedstawicie odpowiedzi. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Jerzy Szafranowicz:

Tak, część pytań była nie na temat, ale rzeczywiście pani poseł, zapisuję: edukacja, promocja. Temu trzeba poświęcić całe jedno spotkanie. My się w to włączymy rzeczywiście.

Chciałbym odpowiedzieć na temat tej szybkości, o której pani doktor mówiła. Ja nie byłbym zwolennikiem szybkiego wprowadzania z kilku powodów. Po pierwsze, szacunku dla pacjentów już zarejestrowanych w jakichś tam odstępach półrocznych, a również dlatego, że te projekty konsultowaliśmy też między innymi z Ogólnopolskim Związkiem Szpitali Powiatowych. Strona społeczna też mówiła, że musi się przygotować, żeby to nie było tak nagle, żebyśmy ich nie zaskakiwali. Ta szybkość w tym wypadku, uważam, że nie powinna być aż takim argumentem. Zróbmy to dobrze, przygotujmy to, informujmy, szkolmy, bo te szkolenia też się toczą, a potem to wdrażamy.

Bardzo ważny temat wyceny poruszyła pani doktor. Bardzo bym prosił panią o odniesienie się do tych grup JGP, jak na to agencja patrzy. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Proszę bardzo.

Kierownik działu projektów JGP AOTMiT Anna Skowrońska:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, padło tutaj o wycenach sporo słów. Zawsze finanse są elementem, na który istotnie zwraca się uwagę, i chciałabym wspomnieć o tym, że wynik analizy kosztów jest jedną z metod wyceny, natomiast nie jedyną. To, co my bierzemy pod uwagę, to jest metoda popytowo-podażowa, czyli spojrzenie na system w taki sposób, żeby uchwycić ten kierunek zmian, na którym nam zależy, czyli odciążenia systemu szpitalnego, przesunięcia pacjentów na niższe poziomy opieki, czy to do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, czy do podstawowej opieki zdrowotnej, i to jest element, który bierzemy pod uwagę całościowo.

Agencja realizuje pracę w oparciu o dwa tryby. Jeden, to jest plan taryfikacji na dany rok. W tym roku w planie taryfikacji, jeśli chodzi o świadczenia szpitalne, będziemy zajmować się sekcją C, czyli to są choroby laryngologiczne, sekcją związaną z chorobami piersi, ale również będziemy wyceniać nieonkologiczne programy lekowe w obszarze diagnostyki. Drugi tryb to są zlecenia ministra zdrowia w szczególnych przypadkach i wtedy dokonywane są projekty wycen.

Agencji bardzo zależy zawsze na tym, żeby jak najwięcej uwag ze środowiska uwzględnić i w ramach naszych prac – tutaj chciałabym odnieść się do uwagi pani przewodniczącej, dotyczącej aktualności danych – mamy dwa tryby aktualizacji tych danych. Jeden to jest rzeczywiście podniesienie ich do poziomów takich, które są obecnie, czyli do obecnego roku, w którym te taryfy będziemy wydawać. Drugi w mojej ocenie – ze względu na rozwój technologii i też oferowanych badań i technik leczenia – to jest tak naprawdę udział ekspertów klinicznych, którzy w trybie tzw. przebiegu eksperckiego dokonują korekt. Można to zobrazować w taki sposób, że jeśli pięć lat temu czy trzy lata temu była jakaś technologia, która miała 10% udziału, bo były to początki, kiedy lekarze zaczęli dopiero ją stosować, a w chwili obecnej ona wynosi 80%, to zespół ekspertów ją koryguje i te wyceny to zawierają.

Dwa tygodnie temu został opublikowany raport w obszarze chorób układu nerwowego, który obejmował ponad 2 mld zł. Wpływ na budżet to jest ponad 400 mln zł, z czego w ujęciu rocznym ponad prawie 350 mln zł będą do środki, które w przypadku wejścia w życie taryf będą jakby dodatkowo dla świadczeniodawców przekazane. Natomiast w wyniku prac taryfikacyjnych, kiedy już widzimy znaczne niedoszacowanie grup, są wprowadzane współczynniki korygujące. Tak właśnie było z obszarem neurologii w ubiegłym roku. Mimo że prace nie zostały zakończone, na 12 grup zostały wprowadzone współczynniki korygujące do poziomu nawet 50%. Takie współczynniki funkcjonują dla neurologii, dla ginekologii, w której również finalizujemy prace. Takie grupy również są z obszaru położnictwa. Te elementy należy rozpatrywać całościowo i to, na co my kładziemy tutaj nacisk, to jest współpraca z ekspertami oraz zachowanie relacji wycen pomiędzy leczeniem szpitalnym i leczeniem ambulatoryjnym tak, żeby naturalnie ten przepływ pacjentów nastąpił w tym kierunku pożądanym. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Wycena tych procedur i te wskaźniki zostały już dokonane. Czy to już jest obowiązujące w systemie finansowania przez NFZ, czy państwo dopiero to macie i będziecie dopiero odpowiednie akty prawne przygotowywać?

Kierownik działu projektów JGP AOTMiT Anna Skowrońska:

Opublikowaliśmy raport. Zgodnie z trybem ustawowym zbieraliśmy do tego uwagi. Wszystkie instytucje zostały powiadomione. Rozesłaliśmy informacje do konsultantów krajowych, wojewódzkich, do towarzystw, bo naprawdę nam zależy na tym, żeby te uwagi uwzględnić, bo to jest etap, w którym jeszcze można coś zrobić.

Jeśli chodzi o neurologię, to za dwa tygodnie mamy posiedzenie rady taryfikacji i wtedy rada wyda stanowisko, jeśli chodzi o te taryfy. Następnie, zgodnie z procesem legislacyjnym, jeśli będzie zgoda na publikację już w formie obwieszczenia, prognozujemy, że te taryfy będą wdrożone od lipca tego roku.

Drugi element, na który trzeba zwrócić uwagę, który ma ogromny wpływ też na budżet płatnika, to jest rekomendacja coroczna, która już waloryzuje tak naprawdę wyceny świadczeń we wszystkich obszarach. Przypomnę tylko, że w poprzednim roku to było ponad 15 mld zł w ujęciu rocznym i to też jest wpływ, który jest nie tylko na już sekcję, ale całościowo na cały obszar.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czy jeszcze ktoś z państwa z NFZ chciałby się odnieść? Pani dyrektor, bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Agata Śmiglewska:

Chciałabym bardzo państwa prosić, żebyście nie traktowali piramidy świadczeń jako całości działalności pani minister Ministerstwa Zdrowia. To jest pewien wycinek i absolutnie profilaktykę, edukację i te wszystkie ważne kwestie, o których państwo mówiliście, są pod atencją pani minister, tylko jakby inne osoby się tym zajmują.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Oczywiście, właśnie w taki sposób podchodzimy do tego i tak rozumiemy. Dzisiaj temat był zupełnie inny, ale profilaktyka wybrzmiała i to bardzo wyraźnie państwo akcentują, czyli jest potrzeba debaty na ten temat i też przeanalizowanie tak naprawdę rzeczywistości i wskazania konkretnych działań.

Jeszcze pan poseł, bardzo proszę.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Mam taki wniosek, żeby może zrobić połączone podkomisje z podkomisją zdrowia publicznego na temat tej profilaktyki, edukacji...

Głos z sali:

Nie ma takiej możliwości w regulaminie, żeby łączyć podkomisje.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Czyli regulamin nie pozwala na połączenie prac?

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Ale można zaprosić podkomisję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

W takim razie zaprosimy.

Pytanie do pana ministra. Pani minister Leszczyna wspomniała, zresztą państwo poinformowaliście, że ten program właśnie, o którym tu była mowa, „Profilaktyka 40+”, że zostanie wygaszony w I półroczu, już nie pamiętam, czy w kwietniu, czy innym miesiącu. Mam takie pytanie. Jakie przesłanki wskazywały na to, że trzeba go wygasić? Co w zamian państwo proponujecie?

Podsekretarz stanu w MZ Jerzy Szafranowicz:

On nie jest wygaszony. On jest przedłużony do momentu, kiedy zaraz w następny dzień ukazuje się nowy program „Moje zdrowie”, gdzie uzupełniamy go – o czym państwo tutaj dzisiaj mówili – między innymi o konsultację lekarską.

Pani powiedziała, że pacjenci 40+ dostali wyniki laboratoryjne i nie bardzo wiedzieli, co robić dalej. Nasz pomysł jest taki, że teraz musi być konsultacja lekarska wkomponowana razem. Czyli to będzie niewygaszone, a uzupełnione o nasze poprawki.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że właśnie temu służą takie spotkanie też, żeby uzupełniać projekty i ulepszać je.

Bardzo serdecznie państwu dziękuję za te bardzo cenne głosy. Dziękuję panu ministrowi, że państwo przyszedli i nas o takich szczegółach poinformowali, bo nasze spotkania są oglądane nie tylko tutaj na sali przez obecnych gości, ale są też oglądane i mamy odzew, że cieszą się dużą popularnością. Bardzo serdecznie panu dziękuję, pani dyrektor, przedstawicielom NFZ, agencji, ale przede wszystkim dziękuję państwu, zaproszonym gościom za wasze bardzo cenne uwagi. Bardzo się cieszę, że państwowy je wyrazili. Będziemy kontynuować ten temat prawdopodobnie w kwietniu, bo z naszego programu to wynika. Przewidzieliśmy i właśnie w kwietniu mamy w programie temat, który między innymi obejmuje problematykę profilaktyki. Poinformujemy państwa odpowiednio wcześniej i też poprosimy o dane, które by nam pozwoliły taką merytoryczną debatę jak dzisiaj przeprowadzić.

Bardzo serdecznie dziękuję i do zobaczenia. Zamykam posiedzenie podkomisji.