

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

**Komisja
Zdrowia**

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
(NR 9)
z dnia 10 października 2024 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 9)

10 października 2024 r.

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

- informację na temat planowanych zmian w podstawowej opiece zdrowotnej,
- informację w sprawie planów dotyczących objęcia przez Narodowy Fundusz Zdrowia opieką koordynowaną w podstawowej opiece zdrowotnej wszystkich pacjentów.

W posiedzeniu udział wzięli: **Michał Dziegielewski** dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia ze współpracownikiem, **Jakub Adamski** dyrektor Departamentu Współpracy Biura Rzecznika Praw Pacjenta, **Izabela Podeszfińska** główny specjalista kontroli państwowej w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Agnieszka Górska** kierownik działu oraz **Katarzyna Klonowska** naczelnik wydziału w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, **Marzena Bozio** ekspert Konfederacji Lewiatan, **Elżbieta Handzlik** członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Monika Kaczmarek** prezes zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, **Klaudiusz Komor** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej wraz ze współpracownikiem, **Anna Lipnicka** wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Jolanta Łysak** prezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce wraz ze współpracownikiem, **Ewelina Nazarko-Ludwiczak** ekspert Fundacji My Pacjenci, **Artur Prusaczyk** wiceprezes zarządu Związków Pracodawców Opieki Integrowanej Opartej na Wartości SPOIWO wraz ze współpracownikiem, **Irena Rej** prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” wraz ze współpracownikiem, **Grzegorz Rychwalski** wiceprezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego – Krajowi Producenci Leków, **Elżbieta Skorupska** wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów wraz ze współpracownikiem, **Michał Sutkowski** prezes-elekt Kolegium Lekarzy Rodzinnych, **Agnieszka Wołczenko** prezes zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce, **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich, **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” oraz **Maciej Ziobro** zastępca przewodniczącego Sekcji Diagnostyki Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED.

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 państwu. Szanowni państwo, będziemy rozpoczynać posiedzenie podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia. Na podstawie złożonych podpisów stwierdzam kworum. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat planowanych zmian w podstawowej opiece zdrowotnej oraz rozpatrzenie informacji w sprawie planów dotyczących objęcia przez Narodowy Fundusz Zdrowia opieką koordynowaną wszystkich pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego.

Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów na maile i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej.

Jest taka propozycja. Jeżeli państwo nie macie uwag do porządku obrad, to proponuję, aby oba punkty, czyli pierwszy i drugi, ponieważ są bardzo ściśle związane ze sobą, były zreferowane i później przeprowadzimy nad nimi łączną dyskusję.

W związku z tym mam zapytanie do państwa posłów, czy mają uwagi do przedstawionego porządku obrad? Nie ma uwag. Wobec braku sprzeciwu, przechodzimy do rozpatrzenia informacji.

Szanowni państwo, funkcjonowanie podstawowej opieki zdrowotnej, która powinna być, i myślę, że jest, filarem systemu ochrony zdrowia, jest bardzo istotne z punktu widzenia zarówno pacjentów, jak i organizatorów czy też płatnika, którym jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Ten temat został zgłoszony do planu pracy podkomisji przez pana posła Fryderyka Kapinosa i w związku z tym ja oddaję panu posłowi głos. Proszę o wprowadzenie, a potem poprosimy o przedstawienie stanowiska Ministerstwa Zdrowia oraz osoby, które zaszczyliły nas swoją obecnością. Zanim jednak, Fryderyku, oddam ci głos, chciałabym bardzo serdecznie przywitać państwa.

Witam bardzo serdecznie panią profesor Mastalerz-Migas, konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej. Witamy przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia, dyrektora Departamentu Lecznictwa, pana doktora Michała Dziegielewskiego. Witam serdecznie.

Jest z nami przedstawicielka Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, pani Elżbieta Handzlik. Witamy serdecznie. Witam również wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, pana Klaudiusza Komora. Witam.

Witam bardzo serdecznie prezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, panią Jolantę Łysak. Witamy. Jest też z nami wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnej, pani Anna Lipnicka. Witam.

Bardzo serdecznie witamy pana doktora, prezesa-elekta Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Michała Sutkowskiego. Witamy bardzo serdecznie. Są z nami również przedstawiciele organizacji pacjenckich, przedstawiciele korporacji zrzeszających podmioty działające w systemie ochrony zdrowia i w systemie wspierającym podstawową opiekę zdrowotną. Witam państwa bardzo serdecznie. A teraz już oddaję głos panu posłowi Kapinosowi.

Posel Fryderyk Kapinos (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, wysoka podkomisjo, szanowni państwo, w pierwszej kolejności chciałbym podziękować pani przewodniczącej za to, że ten temat jest dzisiaj realizowany. To bardzo ważny temat dla wszystkich obywateli w Polsce, ponieważ doskonale wszyscy wiemy, jak ważny jest lekarz pierwszego kontaktu, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz rodzinny. Pokazała to też sytuacja pandemii koronawirusa, ale cały czas doskonale wiemy, że ten lekarz prowadzi nas i dba o nasze zdrowie w pierwszej kolejności. Dlatego ważne jest, żebyśmy dzisiaj zapytali, jakie są planowane zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej, ale ponieważ 1 października 2022 r. została wprowadzona koordynowana opieka w podstawowej opiece zdrowotnej, warto te 2 lata dzisiaj podsumować i wyciągnąć wnioski, co należy zrobić, żeby tą opieką koordynowaną objąć 100% pacjentów.

Wiemy, że opieka koordynowana stworzyła nową jakość, jeżeli chodzi o możliwości POZ. Pacjent zyskał dostęp do badań, na które wcześniej lekarze POZ musieli wysyłać do poradni specjalistycznych. Dzięki temu POZ może szybciej diagnozować i monitorować choroby. Chory ma dostęp do konsultacji diabetologicznej, endokrynologicznej, kardiologicznej, pulmonologicznej, neurologicznej.

Chory objęty jest opieką koordynowaną. Koordynator umawia wizyty i badania. Pacjenci mają również porady edukacyjne u pielęgniarek i dietetyków raz na rok. Jest również ten plan opieki medycznej sprawowany w systemie opieki zdrowotnej. Tak więc, bardzo ważna dzisiaj dyskusja, którą musimy tutaj podjąć.

Na posiedzeniu Komisji Zdrowia 1 października, kiedy rozmawialiśmy na temat finansowania, pan wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia powiedział, że jeżeli chodzi o opiekę koordynowaną, nie są to nielimitowane świadczenia. W związku z powyższym zachodzi też pytanie, czy tych pieniędzy wystarczy na przyszłość, żeby objąć wszystkich pacjentów w Polsce. To jest najważniejsze pytanie, które dzisiaj chcielibyśmy zadać, czy pieniędzy wystarczy, żeby objąć wszystkich pacjentów.

Dzisiaj chyba około 50% pacjentów jest objętych tą koordynowaną opieką w podstawowej opiece zdrowotnej, więc oczywiście następne pytania cisną się nam na usta. Czyli, kiedy chcemy objąć 100% pacjentów. Czy to ma być rok, 3 lata, czy dłużej? To jest bardzo ważne, żebyśmy sobie wyznaczyli konkretne cele objęcia 100% pacjentów, bo wiemy, że to jest kompleksowa opieka nad pacjentem. W większości są to osoby starsze, schorowane i naprawdę to jest bardzo dobry program dla naszych pacjentów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za to wprowadzenie. Poproszę przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia o przedstawienie informacji ministra zdrowia w tym zakresie. Dziękuję.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Michał Dziegielewski:

Bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Pani przewodnicząca, wysoka podkomisjo, szanowni państwo, chciałbym dołączyć do pana posła Kapinosa w podziękowaniach za ten temat, bo chyba niewiele tematów tak nas łączy jak to, co myślimy o opiece koordynowanej.

Opieka koordynowana, tak naprawdę, jest chyba najważniejszą zmianą, jaką robimy w całym systemie opieki zdrowotnej. Jest prawdziwym postawieniem medycyny na nogi. Jest prawdziwym stworzeniem porządnego fundamentu do tego, żeby pacjenci byli prowadzeni jak najbliżej miejsca, gdzie mieszkają.

Oczywiście reforma nie jest zakończona. Oczywiście reforma się zaczyna. Podzielmy zmiany, które planujemy jeszcze w przepisach prawnych, na dwie części. Pierwsza sprawa dotyczy wszystkich podmiotów, które pracują w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej i tam, w związku z ustawą o zmianie ustawy o Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego idą trzy bardzo istotne zmiany, jeżeli chodzi o obowiązujące przepisy.

Jedna z tych zmian znosi obowiązek składania deklaracji do zespołu POZ, co było bardzo oprotowane przez samodzielne podmioty pielęgniarские i samodzielne podmioty położnych, które prowadziły własne zapisy na listy aktywne i które byłyby zmuszone do wejścia w pewnego rodzaju spółki z lekarzami. Odsuwamy na nigdy ten obowiązek. W zamian za to będziemy oczekiwali oczywiście współpracy pomiędzy uczestnikami całego tego zespołu, czyli pomiędzy położnymi, pielęgniarkami i lekarzami, ale opartej na partnerstwie, nie na tym, że będzie jedna, wspólna lista aktywna. Dalej zostawimy pacjentom możliwość wyboru.

Druga zmiana to jest odsunięcie w czasie terminu realizacji kursu związanego z pewnymi, dodatkowymi kwalifikacjami wymaganymi od lekarzy internistów, od lekarzy pediatrów, żeby mogli pracować w POZ-ie. Dodatkowo wprowadziliśmy ten kurs w formie online, tak więc on nie wymaga już obecności stacjonarnej. Trzecia zmiana, stosunkowo najdrobniejsza – płatnikiem może być także budżet państwa poprzez dofinansowanie takich kursów z różnego rodzaju funduszy, więc te kursy, nawet online, byłyby bezpłatne dla lekarzy, którzy chcą pracować w POZ-ie. I to są zmiany, które dotyczą całego POZ-u.

Natomiast, jak państwo doskonale wiedzą, opieka koordynowana przez cały czas się rozwija. Zaczynaliśmy od pewnego wykazu badań, które były w ramach budżetu powierzonego i które były możliwe do realizacji przez każdy z podmiotów POZ-owych, niezależnie od tego czy wchodził do opieki koordynowanej, czy nie. Są to badania poszerzające kompetencje. Chcę przypomnieć badania w kierunku żółtaczki zakaźnej lub badania, które pozwalają dokładniej diagnozować anemię i prowadzić leczenie u pacjenta na poziomie lekarza POZ-u zgodnie z jego kompetencjami, gdy na przykład mówimy o niedoborze żelaza.

Druga zmiana polegała na wprowadzeniu czterech ścieżek opieki koordynowanej, gdzie poza dodatkowymi badaniami, które lekarze mogli realizować i byli za nie finansowani w systemie *fee-for-service*, to znaczy, ile badań zrobili, za tyle było to sfinansowane. Jednocześnie dopuszczono możliwość konsultacji. Nie tylko wysyłania pacjenta do lekarza, ale także konsultacji lekarz-lekarz, co jest pewnego rodzaju novum i jak państwo wiedzą, znakomicie skraca tę ścieżkę i upraszcza cały proces. Oczywiście konsultacje lekarz-lekarz też są płatne przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Mieliśmy 4 początkowe ścieżki i te ścieżki żyły własnym życiem. To znaczy, rozszerzyliśmy zakres chorób, które są objęte w ramach poszczególnych ścieżek, bo dołożyliśmy chociażby choroby tarczycy. Dołożyliśmy też niektóre zaburzenia, jeżeli chodzi o układ krążenia. Dołączyliśmy też ścieżkę związaną z nefrologią, czyli ścieżkę, która polega

na obserwacji pacjenta zagrożonego przewlekłą chorobą nerek – tak to się teraz mówi, pani profesor, czy tak? – i on też jest objęty taką opieką jednocześnie z możliwością konsultacji u nefrologa.

Oczywiście mamy dalsze plany. W tej chwili zastanawiamy się nad umożliwieniem realizacji badań laboratoryjnych, które są zastrzeżone dla podmiotów wchodzących w ścieżki koordynowane, nad przeniesieniem tego do prostego budżetu powierzonego. Będzie to oznaczało, że każdy z podmiotów, który działa w podstawowej opiece zdrowotnej, będzie mógł je zrealizować. Nie tylko te, które realizują opiekę koordynowaną i mają podpisaną umowę ze specjalistą.

Kolejne ścieżki, nad którymi się zastanawiamy. Rozważamy zajęcie się pacjentami z otyłością czy włączenie się w ścieżkę onkologiczną. Oczywiście, nie na zasadzie diagnostyki, nie na zasadzie ustalania leczenia, ale są takie etapy, na których można wspomóc onkologów i ich odciążyć. Na przykład, poprzez realizację follow up-u pacjenta. Należałoby dać tylko dokładne wytyczne do POZ-u i koordynator, który jest zatrudniony w podstawowej opiece zdrowotnej, byłby tym, który będzie pilnował terminów, który będzie pilnował tego, żeby pacjent zrobił w określonym momencie badania, które sprawdzą czy nie ma wznowy, czy wszystko jest dobrze, czy nie trzeba go wysłać do onkologa.

Oczywiście będziemy tutaj musieli umożliwić lekarzom POZ-u wysyłanie pacjentów na badania TK czy rezonansu magnetycznego, czy inne próby, na które do tej pory nie mogli wysłać. Chcemy tak zrobić, żeby pacjent nie musiał jeździć do onkologii bardzo często 100–200 km, daleko, tylko żeby mógł to załatwić na miejscu, a tylko gdy coś się dzieje, po konsultacji z lekarzem onkologiem, będzie tam wysłany, żeby znowu zajęli się nim specjaliści. Wszyscy wiemy, jak wyglądają onkologie, zwłaszcza te duże centra. Są pełne pacjentów, którzy siedzą tam od rana.

Zastanawiamy się też, jak wspomóc proces ambulatoryjnej czy jednodniowej chemioterapii posiłkując się w tym momencie POZ-em i lekarzami. To jest melodia pewnej przyśrości, ale już niedalekiej, bo siedzimy dość mocno nad tematem.

To, co jeszcze mamy w kręgu przemyśleń, to zespół bólowy grzbietu. Bardzo powszechna przypadłość, która w wielu przypadkach nie wymaga ani diagnostyki, ani farmakologii, tylko wystarczałaby prosta fizjoterapia.

Są to tematy, nad którymi się skupiamy w tej chwili i odnośnie do których planujemy ewentualny rozwój wszystkiego. I to by było, jeżeli chodzi o plany legislacyjne. Czyli ten zaawansowany proces, który mówi o tym, co dotyczy wszystkich placówek POZ-u, które pracują w Polsce. Odpowiednie akty prawne są już po konsultacjach, są skierowane do RCL-u i z tego co wiem, w przyszłym tygodniu mają stanąć na posiedzeniu Rady Ministrów i przejść do Sejmu do prac legislacyjnych nad ustawą, i te kolejne, na które szukamy dobrego momentu, żeby je wprowadzić.

Jeżeli chodzi o drugi z tematów, czyli kiedy opieka koordynowana obejmie 100% wszystkich podmiotów, wyznaczyliśmy sobie cele, wydawało się nam ambitne. Zakładaliśmy, że po roku będziemy mieli 15% podmiotów POZ, które będą prowadzić swoich pacjentów w opiece koordynowanej. Rzeczywistość trochę nas zaskoczyła. Cały ten proces idzie szybciej i w tej chwili mamy 37% podmiotów, które weszły w opiekę koordynowaną, czyli podpisały umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na jedną lub wiele ścieżek. Tym działaniem jest objętych na dzisiaj 48% pacjentów. Zatem proces rozwija się znacznie szybciej niż zakładaliśmy na początku.

Ja bardzo chciałbym podziękować wszystkim, którzy się w to włączyli, poza panią profesor, która jest matką tego sukcesu i która właściwie od początku pilnowała terminów przepisów. Włączyły się w to właściwie wszystkie organizacje, które zrzeszają lekarzy POZ-u. Prawie wszystkie organizacje. Bardzo aktywnie weszło w to „Porozumienie Zielonogórskie” i propaguje ten system wśród swoich członków.

Chcę też przypomnieć, że program FEnIKS na pewno pomoże zwiększyć liczbę tych placówek POZ. Na razie proces idzie w bardzo dobry sposób i dynamicznie. Mamy nadzieję, że w ciągu kilku lat będzie to nie tylko moda, ale i konieczność. To znaczy, pacjenci będą wiedzieli, że istnieje opieka koordynowana i będą się tego domagać od swoich lekarzy.

Pamiętajmy też, że jednocześnie prowadzimy zmiany, jeżeli chodzi o odwracanie tak zwanej piramidy świadczeń. To oznacza, że najprostszą ścieżką do specjalisty będzie ścieżka poprzez POZ, ponieważ to POZ będzie prawdziwym gatekeeperem w tym systemie i bez umowy z POZ-em nie sposób będzie przyciągnąć do siebie pacjentów, ponieważ im więcej placówek POZ będzie w to wchodziło, tym więcej będzie korzystać głównie z takiej metody kierowania do specjalisty, zwłaszcza na swoim terenie. Zatem dopóki to jest dynamiczny proces, wydaje się nam, że nie ma sensu go pospieszać. Jak wiadomo, tam, gdzie wszyscy zgłaszają się chętnie, idzie to lepiej niż wtedy, gdybyśmy nagle wszystkich zmusili i wprowadzili ich w dziwne alianse.

Odnosząc się wreszcie do ostatniej kwestii, która nie była poruszona jako zapytanie do Ministerstwa Zdrowia, natomiast padła dzisiaj bardzo wyraźnie w wypowiedzi pana posła, jeżeli chodzi o fundusze, akurat tak się składa, że jesteśmy świeżo po spotkaniu zespołu POZ-owego, który prowadzi pani profesor Mastalerz-Migas i który wszystkie te zmiany planuje. Tam między innymi rozmawialiśmy o sytuacji finansowej.

Narodowy Fundusz Zdrowia trzyma rękę na pulsie. Pamiętajmy, że poza nadwykonaniami są jeszcze niedow wykonania. To znaczy, ponieważ zaangażowano po raz pierwszy w historii środki finansowe w POZ – do tej pory umowy POZ-u były umowami bez wartości finansowej – od kiedy weszła opieka koordynowana czy budżet powierzony, te umowy mają też wartość finansową.

Z analiz funduszu wynika, że do dzisiaj sumy niedow wykonanych i nadw wykonanych mniej więcej są sobie równe w poszczególnych oddziałach, w związku z czym z ostrożnym optymizmem można powiedzieć, że realizacja tych świadczeń i ich pełne sfinansowanie w roku 2024 nie jest zagrożone. Natomiast być może odbędzie się po zamknięciu roku, kiedy będzie już wiadomo, ile niedow wykonanych jest do ściągnięcia. No bo pieniądze, które są zaangażowane w umowach, nawet jeżeli nie pracują, są pieniędzmi, których nie można wydać na inne umowy. Jednak po zamknięciu roku, odbywa się bilansowanie i wydaje się, że w tej części planu finansowego fundusz ma wystarczające środki, żeby zapłacić za pełną realizację przy obecnej dynamice realizacji świadczeń. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim poproszę o zabranie głosu kolejnych przedstawicieli środowiska, to chciałabym państwu podać taki komunikat techniczny. Otóż o godz. 10.00 w Sejmie są głosowania. W związku z tym posłowie będą zmuszeni udać się na salę plenarną. Jeżeli zdążymy, to do dziesiątej postaramy się wszystko przeprzeć, natomiast jeżeli nie, to zrobimy przerwę, bo głosowania są krótkie i wrócimy tutaj na salę.

Dziękuję panu dyrektorowi. Poproszę panią profesor o przedstawienie informacji z punktu widzenia konsultanta krajowego, jak sytuacja wygląda w pani ocenie. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej Agnieszka Mastalerz-Migas:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie na posiedzenie podkomisji i za możliwość zabrania głosu. Rzeczywiście jesteśmy po dwóch latach od wdrożenia. Ja pełnię również funkcję pełnomocnika ministra zdrowia do spraw wdrożenia opieki koordynowanej i kieruję zespołem, który nadzoruje ten proces. Myślę, że jesteśmy w dobrym punkcie, ponieważ te 38% świadczeniodawców to jest wynik, którego po dwóch latach nikt się raczej nie spodziewał, i blisko połowa populacji z dostępem do możliwości skorzystania z opieki koordynowanej.

Pan dyrektor tutaj już skupił się na tym, wybiegając trochę bliżej i dalej w przyszłość. Jeśli chodzi o plany rozwoju opieki koordynowanej, zostały wskazane, więc ja może skupię się na tym, co tu i teraz i na zdiagnozowanych barierach i problemach, ponieważ rozmawiając o tym, co dalej, kiedy będzie pełne objęcie, trudno jakby pominąć to, co nam będzie utrudniało tę propagację.

Na pewno to, co można zaliczyć na plus, to większa niż się spodziewano gotowość do zmiany organizacyjnej w podstawowej opiece zdrowotnej. Również w placówkach małych, w placówkach wiejskich było bardzo dużo obaw z tym związanych. Natomiast okazało się, że jednak ponad połowa podmiotów, które przystąpiły do realizacji opieki koordynowanej, to są podmioty małe do 5 tys. pacjentów. Natomiast teraz oczywiście stoimy przed dużym wyzwaniem, jak zachęcać kolejnych, którzy mają duże problemy.

Zdiagnozowanym problemem na pewno są problemy kadrowe. One są zarówno po stronie specjalistów, którzy powinni być pozyskani do współpracy, jak i po stronie podstawowej opieki zdrowotnej. Trzeba więc mieć świadomość tego, że są placówki, gdzie te problemy kadrowe są naprawdę duże i będzie dużym wyzwaniem jakby samo przeprocesowanie zmiany.

To co na pewno pomoże, to fakt, że w ostatnich kilku latach zainteresowanie specjalizacją z medycyny rodzinnej wśród młodych lekarzy bardzo istotnie wzrasta. W tej chwili w trakcie szkolenia specjalizacyjnego jest ponad 2,5 tys. lekarzy. Ta liczba niemal się podwoiła w ostatnich kilku latach, więc te młode kadry będą na pewno zasilać placówki w specjalistów medycyny rodzinnej, czyli tych specjalistów, lekarzy, którzy są przygotowani do pracy w podstawowej opiece.

Nowy program specjalizacji, który został wprowadzony w tych ostatnich zmianach w roku 2023, obejmuje już zagadnienia związane z opieką koordynowaną, więc ci nowi specjaliści są już przygotowani do tego zakresu świadczeń. Natomiast potrzebujemy trochę czasu. Odpowiadając więc wprost na pytanie pana posła, na pewno całkowite objęcie nie nastąpi za rok. Trzeba sobie dać na to trochę więcej czasu. Myślę, że w perspektywie kilku lat – ale bałabym się tutaj zawyrokować czy to będzie 3 czy 5 – będziemy mieli większościowe pokrycie. Natomiast oczywiście otwarte jest pytanie, jak ta opieka koordynowana docelowo powinna wyglądać, ponieważ chociażby po wczorajszej dyskusji w zespole mamy świadomość, że należy opracowywać takie rozwiązania, żeby ona była łatwa do realizacji przez świadczeniodawców, jak najmniej skomplikowana rozliczeniowo i żeby dbać o rozwiązania ułatwiające do przystępowania.

I to, co oczywiście powinno się zadziałać i się zadzieje, oprócz oczywiście tego bezpieczeństwa finansowego, bo dziś wiemy, jaka jest sytuacja funduszu i oczywiście na dziś wszyscy o te środki się obawiamy, natomiast zakładamy, że docelowo ta sytuacja jednak będzie się poprawiać. Po prostu na pewno potrzebujemy pewnych zmian organizacyjnych i usprawnień. To jest między innymi kwestia wykorzystania rozwiązań, jakie daje e-konsylium. Rozwiązanie technologiczne, które było testowane w pilotażu w okresie końca pandemii, chociażby w obszarze kardiologii. Liczymy na to, że to rozwiązanie uda się wykorzystać właśnie do zapewnienia konsultacji specjalistycznych, choćby w systemie zdalnym, w tych placówkach, które będą miały problem z pozyskaniem specjalisty stacjonarnie.

Kolejna kwestia, to szkolenie kadr, świadczeniodawców, personelu medycznego i nie-medycznego w zakresie realizacji opieki koordynowanej. Narodowy Fundusz Zdrowia w najbliższych miesiącach, z początkiem 2025 r., będzie uruchamiał właśnie program szkoleniowy dla koordynatorów z funduszu FERS. Przygotowanie jest już na końcowym etapie i będzie to realizowane, zapewniając możliwość przeszkolenia wszystkich koordynatorów, którzy będą chcieli skorzystać z podmiotów, które się zgłoszą do tego projektu.

Przygotowywany jest też dużo większy projekt szkoleniowy dla wszystkich kadr medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej, związany właśnie z wdrożeniem opieki koordynowanej, podnoszeniem jakości świadczeń, standaryzacją świadczeń, bezpieczeństwem opieki nad pacjentem, pewną kulturą zarządzania. To również jest projekt, który w Ministerstwie Zdrowia jest przygotowywany z funduszu FERS. No i wspomniany właśnie fundusz FEnIKS, który będzie pierwszym w historii tak dużym dofinansowaniem placówek POZ w zakresie sprzętu i drobnych prac remontowo-budowlanych, które również pozwolą bardziej przygotować się do świadczenia rozszerzonego zakresu usług.

To, nad czym obecnie również pracujemy i co będziemy chcieli systemowo rekomendować, to jest zmieniony model profilaktyki, ponieważ pamiętajmy, że opieka koordynowana to nie jest tylko opieka nad pacjentami chorymi przewlekle. Jest to również skoordynowana, kompleksowa profilaktyka. Będziemy chcieli przygotować, właściwie pracujemy już nad tym, formułę bilansu zdrowia pacjenta, osoby dorosłej – bo to jeszcze na ogół nie jest pacjent, mówimy bowiem o osobach generalnie zdrowych – która będzie poddawana takiemu badaniu bilansowemu raz na kilka lat. Jest to model, który został niejako przećwiczony w czasie pilotażu opieki koordynowanej POZ+, więc nie jest to narzędzie nowe. Mamy to przygotowane. Chodzi o przystosowanie tego do funkcjonującego systemu i przekształcenie tej dzisiaj rozproszonej profilaktyki w profilaktykę skoordynowaną. To jest na pewno bardzo ważne zagadnienie.

Na pewno trzeba mieć świadomość, że opieka koordynowana, jeśli będzie wzrastać liczba świadczeniodawców ją realizujących i będzie wzrastać zakres świadczeń, jaki zapewniamy w ramach opieki koordynowanej, będzie wymagała środków finansowych. Myślę, że wszyscy mają tego świadomość. Natomiast myślę też, że warto pamiętać o tym, że te środki zainwestowane w opiekę koordynowaną na tym poziomie podstawowym, to będą środki zaoszczędzone na wyższych piętrach opieki. Na pewno warto to mieć na uwadze.

Warto jeszcze na koniec podkreślić, że mamy w tej chwili wyniki dużego badania ankietowego oceny satysfakcji pacjentów z opieki koordynowanej. Myślę, że osób obecnych tu na sali nie trzeba przekonywać, że to jest dobre rozwiązanie. Niemniej jednak mamy obiektywne wyniki wskazujące na to, jak pacjenci oceniają opiekę koordynowaną w podstawowej opiece zdrowotnej. To badanie będzie jutro prezentowane przez Fundację My Pacjenci. Jest tu pani Ewelina Nazarko-Ludwiczak. Jutro o godz. 10.00 w Polskiej Agencji Prasowej.

To badanie wykazało generalnie duże poczucie satysfakcji, duże poczucie objęcia opieką pacjentów. Pacjenci chwalą koordynatorów, chociażby to, że mają poczucie wpływu na to, co z nimi się dzieje, uczestniczą w procesie terapeutycznym. No i takie obiektywne dane, porównujące średni czas oczekiwania na badania diagnostyczne względem tego, co zostało pokazane w raporcie „Polacy w kolejkach”, gdzie na przykład na echo serca w opiece koordynowanej pacjent czeka niecałe 3 tygodnie, natomiast w systemie czeka prawie 13 tygodni. To jest więc rzeczywista, realna wartość dla pacjenta.

Ja bardzo się cieszę, że dzisiaj się spotykamy, żeby przypomnieć o tym, że opieka koordynowana jest realizowana i że to się udaje, dlatego że w moim głębokim przekonaniu powinniśmy ten model rozwijać, wzmacniać opiekę podstawową. To jest element odwracania piramidy świadczeń i absolutnie jest to kierunek, w którym warto podążać w systemie ochrony zdrowia. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, ja teraz poproszę przedstawicieli tych, którzy realizują te świadczenia, czyli Naczelnej Rady Lekarskiej, pielęgniarzkiej oraz przedstawicieli Kolegium Lekarzy Rodzinnych i pielęgniarek, bo państwo wykonujecie to na co dzień. Nas interesuje też, jak państwo oceniacie te zmiany, jakie ewentualnie państwo macie propozycje, żeby je zmienić. Bardzo proszę, pan doktor Sutkowski, Kolegium Lekarzy Rodzinnych.

Prezes-elekt Kolegium Lekarzy Rodzinnych Michał Sutkowski:

Dziękuję państwu bardzo za zaproszenie. Bardzo się cieszę, że mogę zabrać głos. Tym głosem troszkę się dobijam do państwa od pewnego czasu. Bardzo się cieszę z ostatniego akapitu i zdania wypowiedzianego przez pana dyrektora Dziegielewskiego. W ogóle bardzo cieszę się z tej wypowiedzi, gdzie padło zdanie, że nie będziemy tego robić na siłę, bo tak należy właśnie postępować.

Ja chciałbym powiedzieć trochę o drugiej stronie opieki koordynowanej. O tym, jak jest i dlaczego niektórzy nie wykonują tej opieki, w tym także ja. Chciałbym przede wszystkim bardzo głośno podziękować za to, że będzie to proces, a też bardzo stanowczo protestować przeciwko obligatoryjności w opiece koordynowanej, takiej trochę na siłę. Fakultatywnie, tak, obligatoryjnie, nie. Dlaczego?

Proszę państwa, ten ruch, jak pan dyrektor mówił i pani profesor mówiła, może spowodować pewną zapaść. Tak, zapaść. Mówię to jako lekarz opieki podstawowej od bardzo wielu lat, ale także dyrektor i jako prezes największej organizacji lekarzy rodzinnych. Zapaść w systemie przede wszystkim, wynikająca z braków kadrowych w POZ-ecie.

Niechęć POZ-u – tej większości, chcę podkreślić – nie wynika z lenistwa POZ-u i z niechęci niektórych lekarzy rodzinnych, ale przede wszystkim z braku możliwości. Pracują w ZOZ-ach osoby 70-80-dziesięcioletnie, które zdecydowanie trudno zachęcić do tego, żeby jeszcze włożyły dodatkowy wkład pracy przy takim nasileniu obowiązków, jaki jest dzisiaj. Musimy to też w realnych planach uwzględnić i rozumiem, że będzie to uwzględnione.

Ten brak kadr dotyczy także specjalistów po stronie wykonawców. Koledzy kardiolodzy, diabetolodzy, nie zawsze, nieczęsto czy wcale nie są zainteresowani wejściem w opiekę koordynowaną z wielu powodów – tutaj nie będę ich wygłaszał – co jest zjawiskiem zupełnie zrozumiałym. Na pewno jedną z przyczyn jest wycena tych świadczeń, ale

to nie o pieniądze tutaj chodzi, a o brak czasu, o możliwości przede wszystkim organizacyjne i kadrowe. Jest niewątpliwie za duża biurokracja i e-biurokracja. Specjalista lekarz nie powinien ślęczeć i zastanawiać się, jak wprowadzać pewne algorytmy do e-systemu, bo to jest e-biurokracja, tylko powinien leczyć.

W Polsce nie brakuje może lekarzy, tylko brakuje czasu lekarzy. To jest podstawowa rzecz. Jeżeli w niektórych powiatach, a są takie powiaty, mamy jednego diabetologa albo jednego endokrynologa na 2 powiaty, czy na 3 powiaty, który może być zainteresowany opieką koordynowaną, to znaczy, że nie jest to takie proste i dotyczy to także małych miejscowości, a może przede wszystkim małych miejscowości.

Proszę państwa, powodów, dla których jest, tak jak jest, jest bardzo wiele. Ja dzisiaj nie chciałbym majoryzować tej dyskusji. Oczywiście mógłbym tu bardzo dużo jeszcze innych argumentów państwu przedstawić.

Jeszcze jeden taki wątek, bardzo delikatny – opieka koordynowana stała się elementem dostarczania badań do prywatnych gabinetów. Pacjent często z tymi badaniami wędruje nie tam, gdzie trzeba.

To 37% to tak naprawdę nie jest do końca 37%, dlatego, że oznacza to ni mniej, ni więcej tylko wejście do systemu. Natomiast w tym systemie jest 5 ścieżek. Można wybrać jedną, można było kilka miesięcy – i tak było na początku – nic nie robić i też się było w tych procentach. A zatem to nie do końca jest tak. Jeżeli wybierzemy jeden fragment, jeden ułameczek z całej tej układanki, to też będziemy w opiece koordynowanej, tylko co to zmieni dla naszych pacjentów. Niewiele.

Skoro jest tak dobrze, można by było powiedzieć bardzo prosto, to dlaczego w dalszym ciągu jest tak źle. Czy to wszystko jest policzone? Natomiast bardzo się cieszę z tego, co usłyszałem, bo obawiałem się oczywiście tego, że będziemy opiekę koordynowaną dopychać... Przeszedłem tutaj, jak „walczak”, żeby bronić fakultatywności opieki koordynowanej, bo jestem zwolennikiem takiej metody wolnościowej, a nie innej. Natomiast usłyszałem na szczęście o paru rzeczach, i też chciałbym skomentować to, co powiedział pan dyrektor Dziegielewski.

Bardzo dobrze, że znosimy obowiązek deklaracji zapisów do zespołu POZ. Może dobrze by było, gdybyśmy lepiej współpracowali, natomiast nie musimy tego robić poprzez deklaracje, tylko rzeczywiście poprzez inne metody.

Dobrze jest, że kurs został odsunięty. Ja mówię po prostu jako praktyk, realista. Odsunięty kurs dotyczący internistów i pediatrów. Mówię w skrócie oczywiście, proszę państwa, bez pięknych słów. Płatnikiem tego kursu może być budżet państwa. Pewnie to też dobrze.

Dobrze, że będziemy proponowali inne ścieżki. Ja tylko chciałbym uprzejmie zwrócić uwagę, że nawet jeżeli dołożymy otyłość czy ścieżkę zespołu bólowego grzbietu czy nawet ścieżkę onkologiczną, to dalej nie wyczerpiemy tego, co można by było uznać za opiekę koordynowaną i co jest fundamentem tej opieki w Danii czy we Francji, bo tam te modele są jednak trochę inne.

Kolejna sprawa, proszę państwa. To też ważne, o czym mówiła pani profesor. Program szkoleniowy dla koordynatorów w przyszłości, program dla kadry zarządzającej w przyszłości, zmieniony model profilaktyki. O to Polska się bije i POZ chciałaby to robić. Ale także chciałbym uprzejmie prosić, bo jesteśmy tutaj, jak widzę, w bardzo wspaniałym składzie, o włączenie do różnego rodzaju prac wielu tych, którzy mówią o opiece koordynowanej, o pacjentach tak jak ja, z troską, ale równocześnie zwracają uwagę na minusy, i deklaruje, w imieniu Kolegium Lekarzy Rodzinnych i swoim własnym, taką pracę na rzecz pewnej poprawy.

Ja od pół roku mówię o programie, który nazywa się EPID z d na końcu – edukacja, profilaktyka i diagnostyka. On jest dobry dla wszystkich, a nie tylko dla niektórych, bo dzisiaj mamy i będziemy jeszcze kilka lat mieli POZ różnych prędkości, dwóch prędkości. Będziemy mieli też pacjentów różnych prędkości w związku z tym.

Program, o którym mówię, nie wywraca stolika, na którym stoi opieka koordynowana i wszyscy ci, którzy ją mogą wykonywać, niech wykonują, i bardzo dobrze. Poszerzajmy ją, zmieniamy ją, pracujemy nad tym, ale równocześnie przeanalizujemy inne możliwości,

niegroźne, powtarzam, dla płatnika, realistycznie zbudowane, oparte na dobrych analizach dotyczących opieki koordynowanej.

Dzisiaj nie chcę rozwijać tematu tego EPID-u, ale proszę państwa, te elementy znajduję w opiece koordynowanej i mogą się wzajemnie te wszystkie rzeczy przenikać. Uprzejmie proszę państwa o uwzględnienie tego głosu. Uprzejmie proszę o to, żebyśmy nigdy tej opieki koordynowanej w tej formie, w której jest dzisiaj, nie dopychali do POZ-ów kolanem, ale równocześnie także uprzejmie proszę o uwzględnienie słów moich o innych możliwościach poprawy systemu opieki zdrowotnej.

Pracuję pod Warszawą. W promieniu 15 km nie mam żadnego lekarza. Jestem tam sam i mam wrażenie, że przyjeżdżając z Warszawy tam, od 30 kilku lat mam prawo w ten sposób do państwa się zwracać. Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo serdecznie dziękuję za te cenne uwagi. Zapewne będziemy jeszcze do nich się odnosić, ale po kolei. Bardzo proszę, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej, pan Klaudiusz Komor.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudiusz Komor:

Dziękuję bardzo pani przewodnicząca. Szanowna podkomisjo, ja tutaj chciałbym w pewnym sensie wzmocnić i poprzeć głos pana prezesa, ponieważ tak naprawdę opieka koordynowana to byłby lek na większość zła w polskiej ochronie zdrowia, gdyby to rzeczywiście wprowadzić w takim systemie, który byłby oparty na tych najlepiej działających systemach.

Ja, jeszcze jako młody lekarz w samorządzie, byłem na takiej wizycie w Austrii w POZ-ie. Tam lekarz, który ten POZ prowadził – ja to nazywam w skrócie POZ w sensie opieki rodzinnej – wiedział wszystko o swoich pacjentach. Do niego pacjent mógł zadzwonić wieczorem i powiedzieć – moja mama dzisiaj znowu wymiotowała i on zaraz wiedział, że ta mama wymiotuje po takim mleku, albo że gdy wymiotuje, to trzeba jej dołożyć potasu itd. To nosiło w pewnym sensie znamiona opieki koordynowanej, ponieważ on, gdy ta mama więcej wymiotowała, kierował ją do gastrologa. Gastrolog, nawet nie tej mamie, ale jemu wysyłał tę konsultację i on na podstawie tej konsultacji budował całą opiekę nad tą mamą, czyli łączył to, co wysłał neurolog, co wysłał gastrolog, i co wysłał kardiolog. I o to chodzi w opiece koordynowanej.

Jest tylko jedno „ale” w porównaniu tego POZ-u w Austrii z naszym. Ten lekarz miał pod swoją opieką 700 pacjentów i koniec. Nie mógł mieć więcej, ponieważ nie byłby w stanie opanować koordynacji leczenia tysiąca, dwóch, trzech tysięcy pacjentów. A austriacki fundusz zdrowia płacił tyle, że ten POZ bardzo dobrze funkcjonował na tych 700 pacjentach. Nie musiał ich mieć 5 tys., żeby się utrzymać, żeby wychodzić powiedzmy na zero, tylko mógł mieć tylu, nad iloma był w stanie zapanować.

Czyli, jak gdyby mamy rozwiązanie z naszej strony. To o czym pan prezes zresztą mówił. My robimy taką troszeczkę namiastkę tej opieki, no bo dajmy na to, że uda się POZ-owi podpisać z kardiologiem kontrakt na echo serca. To jest świetny wynik 3 tygodnie. Naprawdę, pani profesor, zgadzam się, że to jest świetny efekt. Natomiast co z tego, jeśli my mamy na przykład pacjenta, który ma zasklepienie i lekarz POZ-u, gdy chce zdiagnozować to musi wysłać do kardiologa i do neurologa co najmniej. Jeśli wysłać do kardiologa, dostanie badania od kardiologa w ciągu nawet 3–4 tygodni, ale co z neurologiem. Nie ma umowy z neurologiem, więc i tak będzie musiał skierować do szpitala, i nie mamy odwróconej piramidy świadczeń, bo nadal ten pacjent trafi do hospitalizacji. Tak więc dopiero taka pełna koordynacja wszystkich tych ścieżek spowoduje to, że my ten system trochę uzdrowimy, odwrócimy tę piramidę, zaoszczędzimy i wtedy, gdy zaoszczędzimy, będziemy mogli dać więcej za pacjenta w POZ-ie. Placówki POZ będą mogły mieć mniej pacjentów pod opieką i będą mogły bardziej koordynować to leczenie.

No i ostatnia sprawa, do której chciałem się odnieść, to są właśnie kadry. Tu z panią profesor w pełni się zgadzam, że problemem tak naprawdę od początku do końca są kadry w naszym systemie. My mówimy o pieniądzach. Martwimy się, czy wystarczy pieniędzy na opiekę koordynowaną w kolejnych latach. Znając dziurę budżetową w NFZ-cie pewnie wszędzie będziemy szukać oszczędności. Natomiast musimy myśleć o tym, że tak naprawdę to głównie brakuje nam kadr. Jeżeli bowiem chcemy, żeby lekarz

POZ-u rzeczywiście koordynował opiekę nad tymi pacjentami, no to musi być jeden lekarz w POZ-ie na tych 500, 700, no może w polskich warunkach 1000 pacjentów, ale na pewno nie więcej. Czyli potrzebujemy tych lekarzy POZ-u i musimy ich czymś zachęcić do tego, żeby oni tę specjalizację wybrali.

Bardzo się cieszę, że jest w tej chwili coraz więcej lekarzy idących do POZ-u, ale niestety wiemy, dlaczego tak się dzieje, proszę państwa. Dlatego, że mniej lekarzy idzie na chirurgię i inne specjalizacje zabiegowe, ponieważ jak gdyby „pozworodność”, czyli ryzyko działania w tych warunkach szpitalnych jest dużo większe. Ci młodzi ludzie, po pierwsze, chcą mieć *work-life balance*, czyli nie chcą dyżurować po nocach i we wszystkie możliwe święta jako rezydenci. Wolą wziąć taką specjalizację, która tych dyżurów nie ma. A po drugie, taką specjalizację, gdzie jednak ryzyko tego pozwu sądowego za niezawiniony błąd lekarski jest dużo mniejsze. Tak więc częściej wybierają w tej chwili specjalizację z rodzinnej i to cieszy, natomiast martwi, że to nie jest tak, że nie odbije się to na innych dziedzinach medycyny, bo niestety odbije się chociażby na chirurgii ogólnej.

Tak więc jesteśmy za. Bardzo popieramy jako samorząd lekarski sam pomysł opieki koordynowanej, natomiast dostrzegamy konieczność licznych zmian i poprawek, zanim ta opieka tak naprawdę w Polsce będzie istotnie wpływać na leczenie pacjentów i istotnie zmieniać samą piramidę świadczeń. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, ponieważ my dosłownie za 5 minut czy za 7 musimy wyjść... Ja wiem, że pan Zdobyłak zgłasza się do głosu, ale rozumiem, że to jest ta sama instytucja, więc może pozwólmy w tym momencie przedstawicielowi innej organizacji zabrać głos. To ja poproszę pana Artura Prusaczyka. Bardzo proszę o informację, jaką instytucję pan reprezentuje.

Wiceprezes Zarządu Związek Pracodawców Opieki Integrowanej Opartej na Wartości SPOIWO Artur Prusaczyk:

Stowarzyszenie pracodawców opieki opartej na wartości, SPOIWO. U nas był realizowany pilotaż POZ+. W tej chwili cała jednostka funkcjonuje w ramach opieki koordynowanej.

Chciałbym powiedzieć trzy takie rzeczy. Pierwsza sprawa, że trzeba przede wszystkim poczekać około 5 lat, bo w tej chwili kształcenie młodych kadr jest zintensyfikowane. Jest więcej studentów i więcej rezydentów. Wystarczy około 5 lat i będzie wyraźna zmiana. Trzeba być w tym cierpliwym i wytrwałym.

Druga sprawa, że zespół do spraw wdrożeń, który zafunkcjonował i działa sprawnie, łączy wszystkie organy decyzyjne, musi być wsparty przez wdrożeniowców, którzy pracują przede wszystkim w Narodowym Funduszu Zdrowia, który pozwoli na wdrażanie. Wdrażanie musi się odbywać, w szczególności z użyciem narzędzia Scirocco. To jest narzędzie Komisji Europejskiej, które jest przetłumaczone i jest w arsenale Narodowego Funduszu Zdrowia. Wystarczy je wykorzystać. Pozwala ono na zmapowanie i zidentyfikowanie problemów w podmiotach niedojrzałych, a tam, gdzie jest dobra diagnoza, jest możliwe dobre leczenie, dobre postępowanie i w związku z tym można tam zastosować adekwatne leczenie. Natomiast oczywiście do niczego ludzi nie trzeba przymuszać, tylko zachęcać. Jest to świetnie odbierane przez pacjentów i świetnie odbierane przez personel medyczny.

Czwarta sprawa to jest to, że mamy niewykorzystane i niezaplanowane działania pań pielęgniarek, położnych i koordynatorów. To bardzo dobre, ogromne zasoby, które są do wykorzystania. Mapujemy tak zwaną produktywność priorytetową. Warto to wykorzystać. To bardzo usprawnia pracę.

Kolejna sprawa to jest rozszerzenie działań informatycznych, o których mówią i pani profesor, i pan dyrektor, w postaci mini konsyliów i e-rejestracji. Chcę powiedzieć, że wczoraj w nocy udało się już tę e-rejestrację uruchomić. Na razie u nas lokalnie, w ramach pilotażu. Natomiast z całą pewnością narzędzie e-rejestracji w skali państwa będzie miało istotną rolę, w szczególności w zakresie badań profilaktycznych.

I ostatnia kwestia, to jest przywrócenie budżetu diagnostycznego, czyli połączenie tego budżetu diagnostycznego, który kiedyś został scalony ze stawką kapitałową. To jest niezgodne z wytycznymi międzynarodowymi. Pieniądze na diagnostykę, czyli pieniądze

pacjentów, muszą być rozdzielone i muszą być „zatriggerowane”, czyli, na co poszły, czy jest korelacja użycia poszczególnych badań, które są istotne w opiece nad pacjentem.

I ostatnia sprawa. Tutaj o tych środkach unijnych była mowa wielokrotnie. To jest pomiar patient experience. Żeby nie mierzyć tylko patient satisfaction, tylko również patient experience, czyli pewnego typu mierzalnych, z poziomu centralnego zauważalnych wyników. Chcę powiedzieć, że ta opieka z zakresu opieki koordynowanej jest tańsza i jest lepsza. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze poproszę panią Joannę Zabielską-Cieciuch.

Ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” Joanna Zabielska-Cieciuch:

Joanna Zabielska-Cieciuch, Federacja „Porozumienie Zielonogórskie”. Proszę państwa, mój głos jest głosem praktyka, który realizuje opiekę koordynowaną, bo to, co przed chwilą państwo słyszeliście, to są mity powtarzane przez tych kolegów, którzy tej opieki nie realizują.

Jestem pionierką medycyny rodzinnej w Polsce i kiedy wprowadzana była medycyna rodzinna, to samo słyszałam – to się nie uda, to kilka lat, to nie wypali, a nawet dzisiaj, że model lekarza rodzinnego się nie sprawdził. No nie sprawdził się, bo nawet połowa lekarzy pracujących w POZ-ie nie posiada specjalizacji z medycyny rodzinnej. Jednak ci, którzy ją posiadają, są przygotowani do pracy z pacjentami bardzo dobrze.

My wiemy, że na tle Europy polscy lekarze rodzinni posiadają bardzo wysokie kwalifikacje. One do tej pory były wykorzystywane w zaledwie 30, 40%. Opieka koordynowana pozwala mi na to, że moja wiedza i umiejętności są wykorzystywane w 80%.

Dodatkowy wkład pracy. Nie, z tym absolutnie się nie zgadzam, bo to nie jest moja dodatkowa praca. To jest moja codzienna praca z pacjentem, na którą ja nie poświęcam więcej czasu. Nie jest to żadna dodatkowa biurokracja. To jest prowadzenie dokumentacji medycznej, którą mam, natomiast wszelkie rozliczenia, pilnowanie, dzwonienie do pacjenta, umawianie pacjenta, to jest nowa funkcja koordynatora i te wszystkie zadania realizuje koordynator. Nie ma możliwości, żeby placówka dobrze realizowała opiekę koordynowaną, jeśli nie ma dobrego koordynatora. Tak więc szkolenia dla koordynatorów, dzielenie się naszymi doświadczeniami, bo my się wszyscy tego uczymy. Kolegów, którzy mają problemy, również w terenie wiejskim, bardzo zachęcam do kontaktu.

W Białymstoku mamy całe centrum szkoleniowe pomocy wzajemnej, ponieważ Kolegium Lekarzy Rodzinnych przez wiele lat nauczyło mnie pracy w grupach rówieśniczo-koleżeńskich, współpracy, pomocy, dzielenia się wiedzą, wypracowywania modeli. Pani profesor z całym towarzystwem medycyny rodzinnej, wspaniałe webinary. Ta wiedza jest na talerzu, tylko trzeba chcieć.

Oczywiście, że są problemy. Są problemy kadrowe. Są problemy organizacyjne. Moim zdaniem, to są przede wszystkim problemy organizacyjne, bo opieka koordynowana wymusza na nas zmianę modelu pracy POZ-u. To nie jest lekarz siedzący za biurkiem, który czeka, że danego dnia przyjdzie mu 50, 80 pacjentów z jakimiś problemami, tylko... I pacjenci są w szoku, że my dzwonimy do pacjenta, zapraszamy, ustalamy razem plan i ten plan jest realizowany.

Niestety, ludzie nie są zdyscyplinowani, ale rolę koordynatora jest zadzwonienie, dopilnowanie, umówienie badań, zaproszenie na umówienie tych badań. Ja mam głosy od pacjentek, które mówią na przykład – wie pani, mąż cukrzycy nie chciał leczyć, a teraz co 2 miesiące leci do przychodni i w końcu ja wiem, że on jest leczony.

Na pewno jest dużo przed nami, ale od samego narzekania i powtarzają w kółko, że a to nie mam czasu, a to nie mamy kadr... Musimy się rozejrzeć. My tak zrobiliśmy i dlatego na Podlasiu od razu wystartowaliśmy z dużą liczbą podmiotów wchodzących do opieki koordynowanej, ponieważ prowadziliśmy rozmowy z kolegami, z młodymi lekarzami. Z młodymi lekarzami, którzy raz w miesiącu jeżdżą do tych wiejskich praktyk, robią echo serca. Ja jestem w stanie w Białymstoku, bo mam lepszą dostępność do wszystkich badań i specjalistów, zrobić diagnostykę kardiologiczną nie w 3 tygodnie, tylko w ciągu tygodnia, bo echo serca mam następnego dnia.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja bardzo państwa przepraszam, bo musimy dotrzeć na salę posiedzeń. Przewidziane jest krótkie głosowanie, na 5 minut, ale jak państwo wiecie, różnie może być.

Na pewno tutaj wrócimy. Bardzo przepraszam, ponieważ to głosowanie dopiero wczoraj zostało nam zasygnalizowane, że będzie. Dlatego też nie przewidywaliśmy takiej sytuacji, że będziemy zmuszeni zrobić przerwę, ale poświęcimy na pewno tyle czasu, ile państwo będziecie oczekiwali od nas. Wrócimy tutaj na salę.

Bardzo się cieszę, że tego typu wypowiedzi są tutaj, bo nie o to chodzi, żebyśmy wszyscy tutaj chwalili, albo z kolei ganili w czambuł ten pomysł. Chodzi właśnie o wypracowanie i wysłuchanie państwa. My tutaj jesteśmy jako posłowie gotowi to zrobić.

Tak więc ogłaszam przerwę. Po głosowaniach wrócimy na salę i zapraszam państwa, żebyście państwo pozostali jeszcze.

[Po przerwie]

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Przepraszam za tę przerwę. Taki jest tryb pracy Sejmu. Kto z państwa kolejny chciałby zabrać głos? Bardzo proszę. Proszę o przedstawianie się.

Jeszcze jedna uwaga. Niestety, o godz. 11.00, jest tu zaplanowane posiedzenie Komisji Spraw Zagranicznych, więc pewnie nas wyproszą, ale bardzo proszę.

Członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Elżbieta Handzlik:

Dzień dobry państwu. Elżbieta Handzlik, reprezentuję Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych. Proszę państwa, chciałabym się odnieść do naszego pierwszego punktu, a mianowicie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw. Ponieważ już mamy połowę października, proszę państwa, a oświadczenia woli, o których mówią art. 33 i 34 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, niestety dla osób, które nie tworzą zespołu POZ, stracą ważność.

Dlaczego wracam do tego? Dlatego, że mamy drogę legislacyjną, natomiast jest już połowa października i nie ukrywam, że nasze środowisko – środowisko prawie 1600 podmiotów pielęgniarek i położnych – jest ogromnie zaniepokojone tym, że możemy legislacyjnie nie zdążyć.

Jeszcze chciałabym dwa słowa powiedzieć odnośnie do praktyk. Praktyki pielęgniarskie i położnicze istnieją już od ponad 20 lat. Zajmujemy się kompleksową opieką nad pacjentem, czyli nie tylko realizujemy zlecenia lekarskie, ale bardzo rozwija się to nasze pielęgniarstwo, zwłaszcza w indywidualnych podmiotach pielęgniarskich oraz położniczych. Dzisiaj badamy fizykalnie pacjentów, ordynujemy leki, ordynujemy wyroby medyczne, kierujemy na badania, ale robimy również profilaktykę chorób układu krążenia, profilaktykę gruźlicy, wypisujemy recepty w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego. Już w tej chwili możemy kwalifikować osoby dorosłe do szczepień, więc nasz katalog różnych świadczeń coraz bardziej się poszerza. Nie skupiamy się wyłącznie na realizacji zleceń, ale również samodzielnie działamy na wielu frontach.

Chciałabym podkreślić, że te praktyki, które powstawały 20 lat temu, nie miały łatwo. Pielęgniarki musiały zainwestować w to, żeby zaadaptować gabinety, żeby stworzyć całą infrastrukturę. Zainwestowały bardzo duże pieniądze w system informatyzacji.

Tu dzisiaj kilkakrotnie padło, że podmioty lekarskie mogą skorzystać z finansowania z funduszy przeróżnych, w tym aktualnie FEnIKS. Podmioty pielęgniarskie nigdy nie miały takiej możliwości, a mimo to samodzielnie wdrażały e-dokumentację, opracowywały ją. W tej chwili czujemy się bardzo zagrożone tym, że jeżeli proces legislacyjny nie skończy się na tyle wcześnie, w dniu 1 stycznia wszystkie te podmioty pielęgniarskie, położnicze przestaną istnieć.

Dlatego chciałabym tu zaakcentować i raz jeszcze prosić państwa o wsparcie, żeby ten proces legislacyjny naprawdę wszedł na taki tor, żebyśmy my nie zostali w dniu 1 stycznia bez pracy a pacjenci bez opieki. Tych pacjentów, którzy są zadeklarowani do pielęgniarek i położnych w indywidualnych praktykach, jest 7 760 000, co stanowi ponad 20% społeczeństwa. Zwracam się więc z apelem o to, żeby pilnować tego

procesu legislacji i wspierać nas w tym, żeby on poszedł na tyle szybko, żeby nam udało się zdać z tą ustawą. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, bo ta informacja z ministerstwa była jasna, że proces jest już na ścieżce legislacyjnej, więc ten apel... Nie wiem, czy mamy jeszcze kogoś z Ministerstwa Zdrowia. To pani konsultant, pani profesor, prosimy o to, żeby przekazać... No szkoda, że nie ma nikogo.

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej Agnieszka Mastalerz-Migas:

Z tego, co wiem, to już jest w pracach Rady Ministrów. Tak więc to już wychodzi z rządu, trafi do Sejmu...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

No to, jeżeli jest w pracach Rady Ministrów, to jest szansa, żeby do końca roku...

Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej Agnieszka Mastalerz-Migas:

Myślę, że wszyscy mają świadomość, że to jest bardzo ważne, żeby ta ustawa została zmieniona, ponieważ rzeczywiście, gdyby te zapisy weszły w życie, to byłby bardzo duży problem w systemie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dobrze. Bardzo proszę. Jeszcze pan Zdobylak... Ale może za moment. Bardzo proszę, pani.

Prezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce Jolanta Łysak:

Dzień dobry państwu. Dzień dobry, pani przewodnicząca. Dzień dobry państwu. Prezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce Jolanta Łysak. Zgadzam się z moimi przedmówcami i żeby nie powtarzać, to zgadzam się zarówno z koleżanką, jak i z panem doktorem odnośnie do opieki koordynowanej.

Pielęgniarki i położne nie są przeciwne absolutnie opiece koordynowanej. Chcemy zasad dobrowolności. Koordynatorów zawsze mieliśmy, bo albo były to pielęgniarki, albo był to lekarz, który koordynował, ale idziemy do przodu i chcemy, żeby ta opieka koordynowana była, ale po prostu na zasadach dobrowolności.

Największym problemem jest brak stabilności, jeżeli chodzi o akty prawne. To co koleżanka wspomniała, projekt ustawy był w kwietniu. Był opiniowany i leżał na drodze legislacji. Teraz mamy niecałe 3 miesiące do końca roku i my w swoich praktykach nie wiemy, co mamy robić.

Mamy pozatrudnianych pracowników. Ja wiem, że pan minister powiedział to, co powiedział, tylko że my te zapewnienia słyszymy już od dłuższego czasu. Po prostu mamy koleżanki, które są pracownikami. Obowiązuje nas okres wypowiedzenia 3 miesięczny i choćbyśmy na głowie stanęły, to na 1 stycznia nie zdążymy, jeżeli ta ustawa nie zostanie podpisana, a art. 33 i 34 wykreślone z tej ustawy, tak jak to jest w projekcie. Po prostu my mamy zobowiązania wobec swoich pracowników. Taka stabilność gwarantowałyby nam... My ciągle walczymy o przetrwanie. Co roku jest coś i co roku o coś musimy walczyć w tych swoich podmiotach medycznych, pielęgniarskich i położniczych.

Następnym problemem są kadry. Z tego co wiem, na południu Polski, bo akurat interesowałam się tematem południa Polski, rozwiązuje się kilka dużych podmiotów pielęgniarskich, między innymi mój. Mam siedmioosobową praktykę i rozwiązuje się. Od 1 stycznia 18 tys. ludzi zostaje bez pielęgniarki.

Wiek pielęgniarek w mojej praktyce to 62–72. Jest to teren górski. Nie jest to Zakopane, ale są to Wadowice, jest to Andrychów i te okolice, gdzie też są góry. Naprawdę jest ciężko z młodą kadrą. Ja próbuję coś reanimować, coś stworzyć na nowo, żeby to działało od 1 stycznia, ale wiele osób pytałam i nie ma możliwości, żeby młode pielęgniarki przeszły do praktyki. A gdy słyszą, że w domu pacjenta – w życiu, dziewczyno! No i druga, to jest to, co mówiłam, właśnie brak stabilności. Po prostu to jest masakra. Ja może tyle, żeby się nie powtarzać i bardzo prosimy o poparcie nas w tej ustawie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że ten apel profesor przekaze do Ministerstwa Zdrowia. Zresztą na koniec ja jeszcze w podsumowaniu powiem, jakie my przyjmujemy działania w tym zakresie.

Prezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce Jolanta Łysak:

Pisałyśmy do pana marszałka Hołowni, pisałyśmy do posłów. Teraz jest akcja w całej Polsce, może państwo też spotkali się z tym...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Tak, tylko ten projekt musi trafić do Sejmu. Jeżeli go nie ma, no to posłowie też nie...

Prezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce Jolanta Łysak:

Tak. O to prosimy w tych naszych pismach. O to prosimy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Jasne. Dziękuję. Bardzo proszę, pan Zdobylak, przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej.

Ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej Krzysztof Zdobylak:

Krzysztof Zdobylak, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej do spraw transformacji systemu ochrony zdrowia. Ja chciałbym zacząć od niezgodzenia się, niestety, z jednym pryncypium tej zmiany. To znaczy, pan dyrektor Dziegielewski wspomniał, że nie należy jej pośpieszać i pozwolić działać się własnym tempem. Niestety doświadczenie transformacyjne sugeruje, że właśnie wręcz odwrotnie. To znaczy, czas jest przeciwnikiem zmiany i ona będzie stopniowo wygasać i spowalniać i będziemy się przez następne 10 lat transformować, no bo to jest jednak transformacja modelu funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej. Trzeba wyznaczyć bardzo jasny cel, do kiedy chcemy mieć ją wdrożoną. Oczywiście wsłuchując się w te głosy krytyczne czasem, wskazujące na problemy, dostosowując odpowiednio tę opiekę koordynowaną, natomiast dążąc do zamknięcia tego tematu, który jest priorytetowy, który także w obliczu obecnych problemów finansowych NFZ-u wydaje się być bardzo ważny i pilny.

Za chwilę odniosę się jeszcze się do danych, które mamy odnośnie do efektów. Natomiast nasz system ochrony zdrowia ma tyle problemów, że nie możemy sobie pozwolić na to, żeby ciągnąć przez 5 albo 10 lat zmianę jednego obszaru. Trzeba to po prostu dokończyć i przejść do kolejnych.

A tak troszkę bardziej operacyjnie, to po pierwsze, jeśli chodzi o dane, które mamy, miałbym pytanie, ponieważ wskazanie, że 37% podmiotów, 48% pacjentów jest objętych opieką koordynowaną, troszkę jednak jest uproszczeniem, bo są objęci przynajmniej w jednym obszarze. Chciałbym zapytać, ile z tych placówek świadczy opieką koordynowaną we wszystkich obszarach i gdybyśmy to zważyli obszarami, to jaka jest realnie skala wdrożenia tego programu.

Jeśli chodzi o wyniki, to ubolewam nad tym, że we wszystkich informacjach, odpowiedziach na interpelacje itp. cały czas tylko dostajemy informacje, ile podmiotów i ilu pacjentów jest objętych, które są miernikami procesowymi, a żadnych mierników wynikowych, to znaczy, jak to się przełożyło na skrócenie czasu tych konsultacji. Pani profesor wspominała, że interakcje lekarz-lekarz skracają czas dostępu pacjenta do specjalisty. Ja mam nadzieję, wierzę, że Ministerstwo Zdrowia ma to policzone i jest w stanie powiedzieć, o ile to się skróciło, do jakich oszczędności to doprowadziło w NFZ-cie i jaka jest szacowana skala oszczędności z pełnego wdrożenia opieki koordynowanej. Chyba pora, żebyśmy zaczęli o takich miernikach i wskaźnikach sukcesu rozmawiać, zwłaszcza że program trwa już 2 lata i na pewno można już pokusić się o takie porównanie pacjenci poza opieką koordynowaną, ich stan zdrowia i efekty zdrowotne dostępności versus pacjenci, którzy nie są w opiece koordynowanej.

Dostaliśmy też tutaj informacje o kilku działaniach, które podejmują oddziały wojewódzkie NFZ-u. Świetnie, że mamy trochę takich dobrych praktyk jak centrum doskonałości, taki lider zmiany. To jest rzeczywiście standardowa praktyka w transformacji, żeby takie osoby wyznaczać i żeby one zachęcały, pomagały, wspierały i tłumaczyły tym troszkę bardziej sceptycznym podmiotom. Natomiast, czy Ministerstwo Zdrowia planuje

rozszerzenie takich działań na skalę całego kraju, a nie tylko poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ-u.

No i komunikacja. Niestety to jest kluczowy, jeśli nawet nie najważniejszy aspekt każdej transformacji. Tutaj, jeśli chodzi o działania komunikacyjne, dostaliśmy informacje, że wydrukowano plakaty i zamieszczono komunikat w SZOI-u. W czasach social mediów, środków masowego przekazu to chyba jest troszkę za mało. Pytanie, czy Ministerstwo Zdrowia albo NFZ planuje intensyfikację tej komunikacji także przy wykorzystaniu troszkę bardziej nowoczesnych metod i środków. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze jedna osoba. Jeżeli są chętni do zabrania głosu, to mamy możliwość. Bardzo proszę. Dosłownie parę minut...

Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Anna Lipnicka:

Dzień dobry. Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Anna Lipnicka. Dziękuję za udzielenie głosu, pani przewodnicząca.

Pani profesor, chciałabym skierować taką prośbę, i prosić o przemyślenie, ponieważ gdy wysłuchałam dzisiejszej debaty na temat rozwoju opieki koordynowanej – ja reprezentuję środowisko diagnostów laboratoryjnych – to wydaje się, że w tej opiece brakuje takiej diagnostyki laboratoryjnej przy pacjencie, ponieważ większość podmiotów POZ ma umowy zawarte na zewnątrz z medycznymi laboratoriami diagnostycznymi. Duże podmioty POZ mają własne laboratoria. Większość materiału biologicznego jest transportowana i jednak na wynik trzeba trochę poczekać. Dlatego też, ponieważ weszła ustawa o medycynie laboratoryjnej w 2022 r. i mamy akty wykonawcze – jedno rozporządzenie zostało już opracowane, wchodzi w życie 23 października, dotyczy opieki szpitalnej – mamy delegację ustawową do tworzenia kolejnych tam, gdzie udzielane są właśnie te świadczenia w zakresie badań pilnych POCT. Czy pani profesor mogłaby pochylić się nad tym tematem, i też szanowna Komisja Zdrowia, oczywiście z naszym środowiskiem, żeby może nie natychmiast, ale w najbliższej przyszłości, takie POCT było również w POZ.

Mamy pewien pomysł. Bardzo prosimy, żeby włączyć tę diagnostykę laboratoryjną do opieki koordynowanej, żeby lekarz mógł mieć natychmiast dostępny ten parametr krytyczny, wynik. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani jeszcze prosi o głos. Ale czy zdążymy?

Ekspert Fundacji My Pacjenci Ewelina Nazarko-Ludwiczak:

Ja się streszczę. Ewelina Nazarko-Ludwiczak, Fundacja My Pacjenci. My już byliśmy wywołani w wypowiedzi pani profesor Mastalerz-Migas.

Ja bym tylko chciała zaapelować do wszystkich o to, żeby w wolnej chwili zapoznać z naszym raportem, który przygotowaliśmy jako organizacja pacjencka. Przedstawiliśmy w tym raporcie ocenę pacjentów, którzy mają dostęp do opieki koordynowanej. Proszę zwrócić na to uwagę, ponieważ ta ocena jest jednoznacznie pozytywna. Pacjenci oceniają bardzo wysoko jakość tych świadczeń. Czują, że są objęci opieką, że ta opieka jest zindywidualizowana i przynosi im ogromne korzyści w wypadku kontrolowania chorób przewlekłych.

My jesteśmy organizacją, która raportów na temat zmian systemowych wyprodukowała już mnóstwo, ale tutaj po raz pierwszy mamy do czynienia z sytuacją, kiedy jakość świadczeń jest oceniona przez 97% pacjentów jako bardzo wysoka i zadowalająca, odpowiadająca potrzebom pacjentów. Tak więc raport jutro będziemy przedstawiali w Polskiej Agencji Prasowej. Będzie też jutro dostępny na naszej stronie internetowej. Bardzo, bardzo zachęcamy do tego – podkreślamy to, że pacjenci są podmiotem ochrony zdrowia – żeby się z tym raportem zapoznać.

I też bardzo ważna uwaga ze strony pacjentów. Mnóstwo pacjentów nie wie o tym, że opieka koordynowana jest realizowana nawet w ich okolicy, ponieważ nie było żadnej kampanii informacyjnej ze strony płatnika. Jest to ogromny błąd, ponieważ obowiązek informacyjny został przerzucony na podmioty, które realizują tę formę świadczenia. My chcielibyśmy, żeby podmioty skupiły się na pacjentach, na realizowaniu świadczeń, a za sferę informacyjną odpowiada płatnik. Były tylko przeprowadzone ad hoc jakieś

działania w odniesieniu do potencjalnych realizatorów, do pacjentów nie. Bardzo jest to istotne, żeby coś takiego się pojawiło.

Jeszcze raz bardzo zachęcam do przeczytania raportu. Został on zrobiony na podstawie ponad 1000 ankiet. Jest tam oceniona rola koordynatora, indywidualnego planu medycznego, rozmaite aspekty tego zbadaliśmy. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, ja wiem, że temat jest bardzo ważny. Dlatego przepraszam przede wszystkim za to dzisiejsze zamieszanie, ale my też zostaliśmy zaskoczeni.

Ja mam taką propozycję. Ponieważ my w listopadzie mamy w planie pracy punkt, który chcielibyśmy przedstawić, a dotyczy on kolejek, również do specjalistów itd. i ponieważ sama mam niedosyt, że nie wszystko tutaj zostało powiedziane, mam propozycję. Zaprosimy państwa – oczywiście, jeżeli państwo będziecie mieli taką możliwość i zechcecie wziąć udział, to będzie to naprawdę wartościowe dla tematu.

Nasza podkomisja jest do spraw organizacji ochrony zdrowia i nie chciałabym, żebyśmy tylko wysłuchali i żeby nic z tego nie powstało. Zresztą taką naszą tradycją jest, że po każdym takim punkcie przekazujemy konkretne rekomendacje do Ministerstwa Zdrowia. Proponuję, żebyśmy spotkali się i przede wszystkim – co pani tutaj powiedziała – chciałabym wysłuchać stanowiska pacjentów, bo dla pacjentów to robimy. Na początku oczywiście ci, którzy tworzą system i pracują w systemie, a na końcu może... Może powinno być odwrotnie, ale chciałabym, żebyśmy wysłuchali przede wszystkim opinii pacjentów.

Dlatego proponuję dzisiejsze posiedzenie już zamknąć, ponieważ tutaj już mamy kolejkę. Natomiast poinformujemy państwa – listopadowe posiedzenie Sejmu – zaprosimy... Zaplanujemy taką godzinę, żeby można było spokojnie... Jeśli będzie potrzeba trzygodzinnej dyskusji, to 3 godziny... Oczywiście proszę też panią profesor o obecność i proszę przekazać Ministerstwu Zdrowia, żeby jednak byli jego przedstawiciele, bo temat jest ważny. To jest też wyraz szacunku przede wszystkim dla pacjentów, ale też dla gości, którzy przyjeżdżają tutaj z dużych odległości. Tak więc ja bardzo serdecznie dziękuję i zamykam posiedzenie podkomisji.