

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ZDROWIA PUBLICZNEGO

(NR 14)

z dnia 24 kwietnia 2025 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 14)

24 kwietnia 2025 r.

Podkomisja stała do spraw zdrowia publicznego, obradująca pod przewodnictwem posła **Joanny Wichy (Lewica)**, przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

- informację Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli realizacji zadań związanych z poborem i wydatkowaniem opłat od środków spożywczych oraz od napojów alkoholowych wraz ze stanowiskiem ministra zdrowia,
- informację na temat leczenia i przeciwdziałania cukrzycy oraz stanu realizacji opłaty cukrowej i jej wykorzystania.

W posiedzeniu udział wzięli: **Kuba Sękowski** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Agnieszka Zaręba-Bielenik** zastępca dyrektora Departamentu Podatku Akcyzowego i Niektórych Danin Publicznych i **Mirosław Stasiak** zastępca dyrektora Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej Ministerstwa Finansów, **Anna Dejk-Chojnacka** wicedyrektor Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Szczecinie wraz ze współpracownikami, **Katarzyna Klonowska** naczelnik wydziału w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Monika Kaczmarek** prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, **Irina Kowalska** prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego wraz ze współpracownikami oraz **Aleksandra Rudnicka** rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS.

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

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Witam państwa bardzo serdecznie. Witam wszystkich zgromadzonych gości i przedstawicieli ministerstw.

Otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego.

Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli realizacji zadań związanych z poborem i wydatkowaniem opłat od środków spożywczych oraz od napojów alkoholowych wraz ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia – przedstawiają prezes NIK oraz minister. Drugi punkt to rozpatrzenie informacji na temat leczenia i przeciwdziałania cukrzycy oraz stanu realizacji opłaty cukrowej i jej wykorzystania – przedstawiają minister zdrowia, minister finansów oraz prezes NFZ.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów i posłanek na maile, zostały zamieszczone w folderze SDI na państwa iPadach. Dostępne są również w formie papierowej. Proponuję, aby punkt pierwszy i drugi zostały po kolei zreferowane, z tym że chciałabym poprosić o rozpoczęcie od NIK, gdyż państwa dane są nieco starsze w stosunku do tego, co będzie przedstawiało Ministerstwo Zdrowia. Prosiłabym o prezentację. Bardzo dziękuję.

Wicedyrektor Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Szczecinie Anna Dejk-Chojnacka:

Dzień dobry państwu.

Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, nazywam się Anna Dejk-Chojnacka, jestem wicedyrektorem delegatury w Szczecinie i mam przyjemność wraz z osobami, które mi towarzyszą – panem Wiesławem Chabraszewskim, koordynatorem kontroli, oraz panem Maciejem Mikulskim, zastępcą koordynatora kontroli – zaprezentować państwu wyniki kontroli dotyczącej realizacji zadań związanych z poborem i wydatkowaniem opłat

od środków spożywczych oraz od napojów alkoholowych. Jak państwo zauważyliście, okres objęty kontrolą obejmuje okres od 1 stycznia 2021 r. do końca marca 2024 r.

Jeżeli chodzi o cel główny kontroli, to sprawdzaliśmy, czy prawidłowo i rzetelnie realizowano zadania dotyczące poboru i wydatkowania opłat od środków spożywczych i od napojów alkoholowych. Zakresem podmiotowym, czyli jednostkami, które kontrolowaliśmy, były centrala NFZ, trzy oddziały wojewódzkie NFZ wskazane na slajdzie, cztery urzędy skarbowe, Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom oraz trzy miasta: Bydgoszcz, Poznań i Szczecin.

Doradca prawny w Delegaturze Najwyższej Izby Kontroli w Szczecinie Wiesław Chabraszewski:

Opłata od środków spożywczych, zwana opłatą cukrową albo nawet podatkiem cukrowym, została wprowadzona 1 stycznia 2021 r. Zgodnie z ustawą o zdrowiu publicznym NFZ można przeznaczać środki pochodzące z tej opłaty na działania edukacyjno-profilaktyczne i na leczenie pacjentów z chorobami powstającymi na tle niewłaściwych zachowań zdrowotnych, w szczególności nadwagi i otyłości. Łączne wpływy z tej opłaty w latach 2021–2023 wyniosły 4,634 mld zł, z tego największa część – 96,5% – stanowiła przychód NFZ w wysokości 4,47 mld zł, a pozostała część – 3,5% – stanowiła dochód budżetu państwa w wysokości 162,5 mln zł. Średnio rocznie do NFZ z opłaty cukrowej wpływa około 1,5 mld zł.

Główny specjalista kontroli państwowej w Delegaturze Najwyższej Izby Kontroli w Szczecinie Maciej Mikulski:

Od 1 stycznia 2021 r. wprowadzono również nowy rodzaj opłaty od napojów alkoholowych w opakowaniach o pojemności do 300 ml, tzw. małpek. Zgodnie z ustawą z dnia 12 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi połowa kwoty zasilala budżet NFZ, który miał obowiązek przeznaczać te środki na edukację i profilaktykę oraz na świadczenia zdrowotne w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, jak również innych następstw zdrowotnych spożywania alkoholu. Pozostałe 50% zasilalo dochody gmin, które mogły je wydać na realizację lokalnej polityki przeciwdziałania skutkom spożywania alkoholu. W latach 2021–2023 wpływy z tych opłat wyniosły łącznie ponad 1,5 mld zł. Z tego połowa – tak jak mówiłem – trafiła do NFZ.

NIK ocenia, że działania organów i instytucji państwa w zakresie poboru wymienionych opłat nie były realizowane w sposób rzetelny i prawidłowy. Wyjątek w tym zakresie stanowiły skontrolowane gminy, które dochody z opłat alkoholowych wykorzystywały zgodnie z przeznaczeniem. Ustanowienie nowych mechanizmów pozyskiwania środków nie przyczyniło się do realnego wzrostu wydatków na świadczenia wskazane w ustawie wprowadzającej te opłaty. Pozostawało one na porównywalnym poziomie w stosunku do innych wydatków NFZ, a wzrost kwotowy odpowiadał co do zasady wzrostowi przychodów ze składki zdrowotnej. Realizacja zadań dotyczących poboru opłaty cukrowej i opłaty od napojów alkoholowych przez organy podatkowe nie była w pełni prawidłowa, choć zapewniała regularne wpływy tych środków. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nieustalenia i w konsekwencji zaniechania poboru dodatkowych opłat na łączną kwotę 217,4 tys. zł.

KCPU nie zawsze prawidłowo wykorzystywało środki pochodzące z opłaty od napojów alkoholowych. KCPU wydatkowało 3,7% wyżej wymienionych środków z naruszeniem kryterium legalności. Ponadto w działalności KCPU stwierdzono łączenia pracy urzędników KCPU z dodatkową pracą zarobkową w podmiocie, któremu przyznano dofinansowanie. Stwierdzono również mankamenty kontroli i nadzoru, co stanowiło potencjalne mechanizmy korupcjogenne.

W ocenie NIK wprowadzone opłaty miały jednak w istocie charakter fiskalny i stanowiły faktycznie podatek będący kolejnym źródłem finansowania ogółu świadczeń przez NFZ.

Doradca prawny w Delegaturze NIK w Szczecinie Wiesław Chabraszewski:

W latach 2021–2023 wpływy z opłaty od środków spożywczych w porównaniu do lat 2018–2020, gdy jeszcze jej nie było, nie zwiększyły nakładów na finansowanie świadczeń zdrowotnych określonych w ustawie o zdrowiu publicznym. Wzrost kwotowy wynikał niemal wyłącznie ze wzrostu składki zdrowotnej, a nie ze zwiększenia puli łącznej o środki pochodzące z opłaty. Dlatego wydatki na te świadczenia pozostały na porównywalnym poziomie lub były jedynie nieznacznie wyższe.

Przykładowo w latach 2021–2023 realny wzrost wydatków na świadczenia rozpoznania cukrzycy typu 2, to jest choroby metabolicznej, której podłożem są niewłaściwe zachowania

zdrowotne, wyniósł 59,4 mln zł, co w porównaniu do sumy przychodu z opłaty cukrowej w tym okresie, czyli około 4,5 mld zł, stanowiło zaledwie 1,3%. Wydatki na świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z cukrzycą typu 2 w okresie lat 2021–2023 wyniosły łącznie 446,38 mln zł w porównaniu do kwoty 271,54 mln zł w latach 2018–2020. Co prawda był to wzrost 64%, niemniej jednak w tym czasie wzrosła również kwota składki zdrowotnej, która wpływała do NFZ – o 42,5%. Uwzględniając wzrost tej składki, rzeczywisty wzrost nakładów na rzecz pacjentów z cukrzycą typu 2 wyniósł tylko niecałe 60 mln zł, co – jak już wcześniej wspomniałem – stanowiło 1,3%.

Oprócz wydatków na rzecz cukrzyki typu 2 NFZ refundował również produkty lecznicze stosowane w leczeniu cukrzyki. Jeśli chodzi o wydatki na ten cel, to w latach 2021–2023 wydatkowano 3,78 mld zł na refundację produktów leczniczych stosowanych w leczeniu cukrzyki. W porównaniu do analogicznego okresu lat 2018–2020, kiedy to wydatki wynosiły 2,89 mld zł, był to wzrost o 30%, niemniej jednak uwzględniając wskaźnik wzrostu składki zdrowotnej o 42,5%, realnie można powiedzieć, że nakłady na refundację produktów leczniczych stosowanych w leczeniu cukrzyki zmniejszyły się o 8%. W ujęciu rzeczowym można powiedzieć, że liczba opakowań produktów leczniczych objęta refundacją w latach 2021–2023 wyniosła 112,92 tys. sztuk i była wyższa o 9% w porównaniu do lat 2018–2020, kiedy ta refundacja dotyczyła 103,66 tys. sztuk opakowań produktów leczniczych.

Oprócz refundacji produktów leczniczych NFZ również refundował paski do mierzenia glukozy we krwi i w latach 2021–2023 NFZ wydatkował na ten cel 1,44 mld zł, co w porównaniu do okresu z lat 2018–2020, kiedy ta kwota wyniosła 1,38 mld zł, stanowiło wzrost o 5%, ale uwzględniając wzrost składki do NFZ można powiedzieć, że realnie nastąpił spadek refundacji pasków do mierzenia glukozy o 26%. Jeśli chodzi o pojęcie rzeczowe, to liczba opakowań pasków do mierzenia glukozy we krwi objęta refundacją w latach 2021–2023 wyniosła 46,712 mln sztuk i w porównaniu do okresu z lat 2018–2020, kiedy ta refundacja dotyczyła 45,217 mln sztuk, była wyższa o 3%. Natomiast jeśli porównamy to rok do roku, to przykładowo w 2023 r., kiedy już do NFZ wpływało rocznie 1,5 mld zł opłaty cukrowej, refundacja pasków do mierzenia glukozy we krwi wyniosła 14,637 mln sztuk i była niższa od liczby pasków objętych refundacją w 2020 r. o 8%, a w porównaniu do 2019 r. o 2,5%, czyli mimo że środki z opłaty cukrowej wpłynęły, to wydatki w tym roku były niższe niż przed wprowadzeniem tej opłaty.

Główny specjalista kontroli państwowej w Delegaturze NIK w Szczecinie Maciej Mikulski:

Podobnie było z opłatą od napojów alkoholowych – wpływy z niej również nie zwiększyły wydatków na finansowanie świadczeń określonych w ustawie o przeciwdziałaniu alkoholizmowi, czyli na leczenie uzależnień od alkoholu i innych następstw zdrowotnych jego spożywania. Oznacza to, że środki z opłaty cukrowej i opłaty od napojów alkoholowych faktycznie zastąpiły środki przeznaczone na świadczenia ze składki zdrowotnej w latach poprzedzających wprowadzenie tych opłat. Tymczasem zgodnie z założeniami ustawy miały być wzmocnieniem dotychczasowych działań.

Prezes NFZ nie utworzył adekwatnego do potrzeb wynikających ze sprawowanego nadzoru systemu monitorowania, ewidencji i rozliczania faktycznie wydatkowanych środków z opłaty cukrowej i opłaty od napojów alkoholowych. Środki z tych opłat były identyfikowalne tylko po stronie przychodów. W praktyce uniemożliwiało to ustalenie kierunku i zakresu ich wydatkowania. Możliwe do zidentyfikowania były jedynie środki przekazane przez NFZ na rzecz Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, które trafiły do KCPU w kwocie 50,4 mln zł (środki z opłaty od napojów alkoholowych) oraz wydatki na realizację pilotażu KOS-BAR (program polegający na chirurgicznym leczeniu pacjentów z dużą otyłością) w kwocie 101,9 mln zł (były to środki z opłaty cukrowej).

Doradca prawny w Delegaturze NIK w Szczecinie Wiesław Chabraszewski:

Prezes NFZ nie monitorował efektów rozwiązań wprowadzenia opłaty cukrowej i opłaty od napojów alkoholowych obejmujących ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa, mimo że taki obowiązek wynika z ustanowienia projektu ustawy, która wprowadzała te opłaty.

Niemniej jednak już w samej ustawie nie znalazły się zapisy wprost dotyczące monitorowania efektów rozwiązań, na co podczas kontroli prezes NFZ wskazywał, iż takiego obowiązku nie realizuje, ponieważ sama ustawa nie nakłada na NFZ takich obowiązków. Niemniej jednak biorąc pod uwagę, że te wpływy z opłaty cukrowej były dość znaczące, żeby rzetelnie i skutecznie wydatkować te środki, taki monitoring w naszej ocenie powinien być realizowany.

Każdego roku prezes NFZ przedkładał ministrowi zdrowia informację o sposobie wydatkowania środków z opłaty cukrowej i opłaty od napojów alkoholowych, ale nie zawierały one rzetelnych danych. Z opłaty cukrowej finansowano bowiem m.in. świadczenia dotyczące chorób niezwiązanych z niewłaściwymi praktykami żywieniowymi, a z opłaty od napojów alkoholowych – leczenie uzależnień innych niż od alkoholu. Przykładowo w informacjach o sposobie wykorzystania środków z opłaty cukrowej prezes NFZ przedstawiał m.in. świadczenia w zakresie chorób metabolicznych, wśród których znajdują się schorzenia o podłożu genetycznym, które są niezwiązane z niewłaściwymi praktykami żywieniowymi, oraz świadczenia w zakresie diabetologii dla pacjentów z cukrzycą typu 1, która ma podłoże autoimmunologiczne, można powiedzieć, genetyczne. W zakresie przedstawionych kosztów refundacji produktów leczniczych i pasków do mierzenia glukozy we krwi wskazano koszty dotyczące pacjentów z cukrzycą typu 1, której źródłem nie jest nadużywanie w diecie cukrów.

Główny specjalista kontroli państwowej w Delegaturze NIK w Szczecinie Maciej Mikulski:

KCPU w latach 2022–2024 – od 1 stycznia 2022 r. instytucja otrzymywała te środki – wykorzystano 28,7 mln zł, to jest 57% środków zaplanowanych na ten cel przez ministra zdrowia jako dysponenta FRPH.

Z wyżej wymienionej kwoty aż 1,1 mln zł – 3,7% – wydatkowano z naruszeniem kryterium legalności na realizację zadań innych niż wymienione w art. 97 ust. 3 pkt 17 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, czyli na wspieranie zadań z zakresu zdrowia publicznego dotyczących profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych. Wskazaną kwotę wydatkowano na badanie dobrostanu osób, zwłaszcza matek i dzieci, przebywających na terenie Polski na skutek działań wojennych na Ukrainie oraz profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych m.in. z narkomanią i uzależnieniami behawioralnymi, co stanowiło działanie niezgodne z wyżej wymienionym przepisem.

W skontrolowanych gminach dochody z opłaty od napojów alkoholowych w łącznej kwocie 30,4 mln zł wykorzystano zgodnie z przeznaczeniem na działania wymienione w art. 93 ust. 4 ustawy o przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Jeśli chodzi o działania podejmowane przez organy administracji skarbowej, to naczelnicy czterech skontrolowanych urzędów skarbowych, które były odpowiedzialne za pobór ponad 95% opłaty cukrowej i opłaty od napojów alkoholowych, na ogół prawidłowo realizowali swoje zadania, chociaż nie zawsze ustalali opłatę dodatkową dla podmiotów, które dopuściły się nieterminowej realizacji tych opłat. Realizowali również obowiązek monitorowania poboru opłaty cukrowej i opłaty od napojów alkoholowych oraz przeprowadzali prawidłowe czynności sprawdzające ten pobór. W celu odzyskania należnych kwot z tytułu tych opłat oraz z tytułu opłat dodatkowych w przypadku niedokonania ich zapłaty w terminie podejmowali na ogół skuteczne działania. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nieustalenia i w konsekwencji zaniechania poboru dodatkowych opłat na łączną kwotę 217,4 tys. zł w trzech z czterech skontrolowanych urzędów skarbowych.

Nieprawidłowości związane z nieustaleniem dodatkowej opłaty od podmiotów, które wpłaciły opłatę cukrową bądź opłatę od napojów alkoholowych, wynikają głównie z nieokreślenia w przepisach wprowadzających wymienione opłaty instytucji miarkowania opłaty dodatkowej, która niezależnie od okresu opóźnienia czy też stopnia zawinienia podmiotu nie mogła być zastosowana w mniejszej wysokości. Brak terminowej wpłaty obligował naczelnika urzędu skarbowego do wydania decyzji ustalającej opłatę dodatkową – bez względu na kwotę należności, faktyczne jej zapłacenie i niezależnie od czasu opóźnienia. Ustawodawca nie przewidział bowiem możliwości odstąpienia od wymierzenia opłaty dodatkowej.

Takie zapisy spotkały się z krytyką ze strony Naczelnego Sądu Administracyjnego, który w swoich wyrokach wskazywał, iż wynikająca z konstytucyjnej zasady proporcjonalności klauzula sprzeciwia się naliczaniu opłaty dodatkowej bez możliwości jej miarkowania, jeżeli nie jest to niezbędne dla realizacji celów wprowadzenia opłaty, a nieterminowa zapłata tej daniny nie wynika z przesłanek wskazujących na nadużycie prawa i zamiaru uszczuplenia wpływów beneficjenta.

Doradca prawny w Delegaturze NIK w Szczecinie Wiesław Chabraszewski:

Wyniki naszej kontroli oraz stwierdzone nieprawidłowości dały nam możliwość sformułowania wniosków *de lege ferenda* adresowanych do ministra zdrowia o podjęcie prac legislacyjnych mających na celu zmianę dwóch ustaw – ustawy o zdrowiu publicznym w zakresie dotyczącym

opłaty od środków spożywczych oraz ustawy o przeciwdziałaniu alkoholizmowi w zakresie dotyczącym opłaty od napojów alkoholowych.

Są to wnioski tożsame dla tych dwóch ustaw, więc wskażę ogólnie, że dotyczyły one m.in.: wskazania, że środki z opłaty są dodatkowym – poza środkami ze składki zdrowotnej – źródłem finansowania profilaktyki leczenia chorób, które powstają na tle niewłaściwych zachowań zdrowotnych, zobowiązania prezesa NFZ do prowadzenia wyodrębnionej ewidencji kosztów świadczeń finansowanych z opłaty cukrowej, uwzględnienia w opłacie dodatkowej możliwości jej miarkowania, doprecyzowania obowiązku informacyjnego, w tym zakresie przekazywanych przez prezesa NFZ danych dotyczących środków z opłaty cukrowej i udziału tych środków w ogólnej kwocie przeznaczanej na finansowanie takich zadań.

Dodatkowo skierowaliśmy do ministra zdrowia wniosek o wyeliminowanie zjawisk stnowiących potencjalne mechanizmy korupcjogenne i zapewnienie skutecznego nadzoru nad realizacją zadań przez KCPU.

Sformułowaliśmy też wniosek *de lege ferenda* adresowany do ministra finansów o uzupełnienie rozporządzenia ministra finansów w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej NFZ poprzez dodanie pozycji kosztowej dla wydatkowanych środków pochodzących z opłat bądź podjęcie prac legislacyjnych w celu określenia odrębnego wzoru sprawozdania z wydatkowanych środków. Dziękujemy państwu za uwagę.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo państwu dziękuję za przedstawienie tego raportu. Przyznam, że czytałam go w domu i zmroziło mnie raz, a teraz drugi, bo za każdym razem, jak słyszę o tym, że nagle duża kwota, bo 1,5 mld zł to jest sporo pieniędzy, w zasadzie rozplynęła się we mgle, to jest dosyć porażająca wiadomość. Ja tylko powiem, że leczenie onkologiczne to jest 2,2 mld zł rocznie, więc warto porównać, jakie to są pieniądze.

W związku z tym teraz może poproszę pana dyrektora o odniesienie się do tego raportu, a potem przedstawienie swojego raportu. Dziękuję.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Kuba Sękowski:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Kuba Sękowski, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego.

Szanując państwa czas, odniosę się przede wszystkim do zaleceń, które otrzymaliśmy od NIK, bo to jest najistotniejszy element. Kwestia bowiem rozważania, czy środki, które dodatkowo pozyskaliśmy w systemie ochrony zdrowia, rzeczywiście trafią zgodnie z przeznaczeniem, troszeczkę wykracza poza kwestie bezpośredniej realizacji zaleceń pokontrolnych, to są rozwiązania zupełnie szerszej natury.

Natomiast jeżeli chodzi o zalecenia, to najłatwiej nam poszło zalecenie nr 3, które dotyczyło KCPU – jednostki podległej naszemu departamentowi. Tutaj zostały podjęte działania o charakterze regulacyjnym. Zostały wydane stosowne zarządzenia dyrektora tejże jednostki umożliwiające wcześniejszą identyfikację potencjalnych konfliktów interesów, zapobiegające tak naprawdę sytuacjom, w których pracownik jednocześnie zaangażowany w projektowanie i później w jakiś sposób wydatkowanie, tudzież mogący być zaangażowany w wydatkowanie środków publicznych, miałby możliwość podjęcia zatrudnienia w podmiocie, który potencjalnie mógłby aplikować o tego typu środki. Nic nie usprawiedliwia takich sytuacji, zostały one obcięte. Natomiast to, na co zwracam państwu uwagę, to to, jak niewielka jest liczba specjalistów z tego zakresu, stąd prawdopodobnie powstały te przyczyny. Więc ten element został już wyeliminowany jeszcze w zeszłym roku, w zasadzie bezpośrednio po otrzymaniu wstępnych wyników kontroli, jeszcze w toku wnoszenia do nich uwag.

Podobnie udało się wzmocnić, korzystając ze wsparcia, jakie nam te wyniki kontroli zapewniły, nadzór nad wydatkowaniem tych środków, po prostu rozszerzając personalnie, kadrowo komórkę nadzoru w KCPU. Chodziło o to, aby zwiększone środki, które skutkują zwiększoną liczbą zawieranych umów dotacyjnych, po prostu miał kto przeglądać. Umówmy się, że z perspektywy całości finansów publicznych czy nawet finansów NFZ kwoty, którymi operujemy w KCPU, liczone w dziesiątkach milionów złotych, wydają się małe, ale projekty, które są tam wspierane, też są stosunkowo mało kosztowne jednostkowo. W związku z tym liczba tych umów do zawarcia, konkursów do przeprowadzenia jest po prostu duża, co generuje naprawdę duży nakład pracy. Myślę więc, że wzmocnienie kadrowe tego stanowiska do spraw kontroli, organizacyjne wydzielanie go, zasilenie nową krwią powinno spowodować, że będzie łatwiej wychwytywać te przypadki.

Na kanwie zalecenia skierowanego do KCPU powstała jeszcze jedna kwestia. Tu tak bardzo poważnie wybrzmiał zarzut nielegalnego charakteru wydatkowania tych środków. Znowu zwracam uwagę – kwota stosunkowo niewielka. A na czym polegała nielegalność? Na tym, że to nie do końca odpowiadało temu, co jest zapisane w ustawie, czyli rozwiązywaniu problemów wynikających z uzależnienia od alkoholu. Myślę o sytuacji, o której wszyscy na tej sali wiemy – że uzależnienia nie występują solo. To znaczy KCPU jest oczywiście jednostką, która adresuje problemy związane z alkoholem, narkotykami, jak również uzależnienia behawioralne, zupełnie odrębnie kiedyś traktowane kategorie, ale tak naprawdę mające wspólny źródłosłów, przyczyny, skutki, wpływ na funkcjonowanie w społeczeństwie i rodzinie takiej osoby. Więc znowu nie usprawiedliwiają niejasności, które w związku z tym powstały, po prostu zwracam uwagę na ten kontekst interpretacyjny tejże uwagi.

Sposób, w jaki chcemy zaadresować to zalecenie mówiące o tym poważnie brzmiącym naruszeniu, jakim jest kwestia legalności, która jest jedną z zasad wydatkowania środków publicznych... To pozwala mi przejść do dwóch poprzednich zaleceń, czyli tych dotyczących nowelizacji przepisów dotyczących zarówno opłaty cukrowej, jak i małpkowej, nazwijmy to w ten sposób. A mianowicie, biorąc pod uwagę, że to są zadania o charakterze systemowym, to znaczy sposób przeznaczenia tych środków po naszej stronie... Przede wszystkim nie w kontekście sprawozdawczym – takim rozliczenia tego przez NFZ, chociaż to też jest przedmiotem naszego zainteresowania – natomiast przede wszystkim z perspektywy, na co te środki będą przeznaczane, żeby uwzględnić łączność pomiędzy różnymi uzależnieniami... Bo to też jest problem, który dostrzegają gminy. Zawsze miały z tym problem, odkąd korzystały ze środków z tzw. koncesji, czyli zezwoleń na handel wyrobami alkoholowymi.

Ale tutaj biorąc pod uwagę systemowe znaczenie tej zmiany, Rada do spraw Zdrowia Publicznego, czyli organ opiniodawczo-doradczy, który działa na podstawie ustawy o zdrowiu publicznym, podjęła decyzję, że trzeba się pochylić nad całą ustawą. Powołała zespół, który od końca zeszłego roku do zeszłego tygodnia odbył sześć posiedzeń. W skład tego zespołu wchodzi akademicy, konsultant krajowy, przedstawiciele zaangażowanych instytucji. Ich celem jest to, aby całościowo podejść do tematu finansowania działań zdrowia publicznego, żeby to nie było tak rozczłonkowane. Stąd to nasze wspólne potraktowanie przez ten zespół obydwu postulatów – zarówno dotyczącego opłaty cukrowej, jak i opłaty od niektórych napojów alkoholowych. Tutaj nie ma jeszcze konkluzji w kontekście przyjętych, proponowanych Radzie do spraw Zdrowia Publicznego rozwiązań, ale zmierzają one do tego, aby wyjaśnić wątpliwości, aby w przyszłości tego typu rozbieżności nie powstawały, tak aby efektywnie móc wykorzystywać te środki.

Jeszcze chciałem się odnieść do tego, na co zwróciła uwagę pani przewodnicząca, że mamy dodatkowe środki, a nie wykorzystujemy ich w sposób należyty. O tej części NFZ, przedstawiciel NFZ... A tu pani jest, przepraszam bardzo. Tak, szukałem po tej stronie. Umówiliśmy się na podział na głosy, że część, która jest o wykorzystaniu w finansach funduszu...

Natomiast proszę zwrócić uwagę, że na przykład to, że udało się wydatkować tylko większy, ale jednak tylko procent z tych środków, które na przykład trafiły do KCPU, wynika z tego, że KCPU, zresztą podobnie jak my na poziomie ministerstwa, w dużej mierze bazuje na zdolności pacjenckich organizacji pozarządowych, podmiotów już prowadzących działalność w tym zakresie do absorpcji tych środków. Przypominam, że kilkanaście lat temu, kiedy był wdrażany FRPH, przez pierwsze lata – z uwagi na brak zdolności do przyjęcia tych środków przez środowisko – poziom wydatkowania tych środków nie był satysfakcjonujący.

Wydaje mi się, że to pewna naturalna tendencja, która wynika z tego, że oczywiście możemy dążyć do wydatkowania wszystkich środków, ale wtedy naruszymy inną zasadę finansów publicznych – gospodarność. Jeżeli będziemy próbowali wydać wszystko na stosunkowo niewielkim rynku, to może się okazać, że płacimy więcej, niż jest to warte. A zaletą funduszu jest jednak „funduszowanie”, to, że te pieniądze nie wygasają na koniec roku i podobnie jak było przy rozruchu FRZP, pozwalają z czasem, nie tracąc tych środków, nie powodując, że one przepłyną gdzieś indziej, utrzymać przyszłą interwencję. będziemy bronić tego, nawet jeżeli ktoś powie, że to rozwiązanie o charakterze czysto fiskalnym, podatkowym i to jest tylko źródło pozyskiwania ogólnych środków.

Z perspektywy ministerstwa dostrzegamy swoje błędy, dostrzegamy przestrzeń do poprawy, pewne rzeczy, które mogliśmy, już zrobiliśmy, natomiast też prosimy o zrozumienie, że jest to proces.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję, panie dyrektorze.

Nie wiem, czy teraz NFZ, czy MZ. Zostawmy pieniądze na końcu. Zapraszam panią.

Naczelnik wydziału w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia Katarzyna Klonowska:

Dzień dobry państwu. Katarzyna Klonowska, naczelnik w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

Nie wiem, czy będę w stanie odpowiedzieć na wszystkie pytania, bo chyba oczekiwaliście państwo dyrektora departamentu finansowego. Niemniej potwierdzam słowa pana dyrektora, że wydatkowanie środków było zgodne z ustawami, czyli przeznaczyliśmy środki na świadczenia zarówno w przypadku ustawy o zdrowiu publicznym – tzw. małpkowych – jak i o wychowaniu w trzeźwości zgodnie z przeznaczeniem. A dokładnie na świadczenia związane z chorobami metabolicznymi, czyli z konsekwencją chorób zależnych od diety. W przypadku tych środków przeznaczonych na walkę z problemami alkoholowymi również na tego rodzaju świadczenia i również konsekwencje tych chorób.

Tak jak też wcześniej pisaliśmy i rozmawialiśmy z MZ, konieczna byłaby, jeżeli jest potrzeba ewidencjonowania tego szczegółowego wydatkowania świadczeń, zmiana przepisów. W tym zakresie będziemy przygotowywać odpowiednie sprawozdania, takie, jakie będą określone przepisami. Uczestniczymy również w pracach zespołu.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

Czy możemy panią poprosić o trochę bardziej zdecydowany ton głosu? Strasznie źle słyszymy.

Naczelnik wydziału w departamencie NFZ Katarzyna Klonowska:

Z naszej strony jesteśmy w pełni otwarci na to, żeby ewentualnie poprawić naszą sprawozdawczość, a wydaje nam się, że środki są wydatkowane zgodnie z przeznaczeniem. Może jeszcze doprecyzuję – proszę pamiętać, że świadczenia, które my finansowaliśmy z tych środków, to są świadczenia ambulatoryjne opieki specjalistycznej, które są finansowane nielimitowo, więc zapłaciliśmy za wszystkie, które zostały udzielone, czyli zgodnie z potrzebami pacjentów. Podobnie za świadczenia związane z programem KOS-BAR, czyli leczeniem otyłości olbrzymiej, i pozostałymi świadczeniami w ramach opieki psychiatrycznej, czyli leczenia uzależnień.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Jeszcze pan dyrektor chciałby zabrać głos.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Przyjdę w sukurs wyjaśnieniem funduszu, a mianowicie – my nie mamy wrażenia, żeby te pieniądze zostały wydatkowane niezgodnie z ich przeznaczeniem. To tak dla jasności. Fakt, że nie jesteśmy w stanie prześledzić losów każdej złotówki, jest oczywiście jakimś zaniedbaniem legislacyjnym na poziomie przyjmowania tych przepisów, że nie towarzyszyło im obudowanie na przykład mechanizmem sprawozdawczości. Ale z drugiej strony proszę pamiętać o tym, że staramy się upraszczać swoje działanie. Nie mam na myśli upraszczać w rozumieniu takim, że odstępować od pewnych racjonalnych działań, ale nie dodawać nowych obowiązków administracyjnych. Wydaje się, że jednak należało to uczynić, tak aby nie było wątpliwości w tym zakresie.

Jeszcze jedna rzecz, na którą warto zwrócić uwagę w kontekście wydatkowania tych środków, dlatego że ja sobie tak porównywałem liczby, które panowie cytowali, z tym, co ja mam w innej informacji. Problem polega na tym, że bardzo często troszeczkę inaczej definiujemy te świadczenia. Zupełnie inaczej moglibyśmy powiedzieć – wartość świadczeń udzielanych bezpośrednio, związana z rozpoznaniem głównym między E10 a E14, czyli wszystkie cukrzyce wrzucamy do jednego worka, ale tam, gdzie głównym rozpoznaniem i przyczyną udzielenia tego świadczenia jest... To są rzeczywiście wydatki na poziomie setek milionów złotych, więc wydają się stosunkowo niewielkie, ale jeżeli do tego doliczymy świadczenia udzielane pacjentom, którym w ciągu roku postawiono to rozpoznanie, a wiemy, że jest to choroba prowadząca do licznych powikłań, nagle urasta nam ta wartość do miliardów złotych. Czyli te niezwiązane bezpośrednio z danym rozpoznaniem koszty świadczeń są wielokrotnie wyższe niż te bezpośrednio związane.

A w przypadku akurat leczenia cukrzycy myślę, że dość istotną kwestią jest kwestia refundacyjna, dlatego że tam się kryją ogromne pieniądze. To są prawie 3 mld zł. W zeszłym roku 2,76 mld zł wydano na refundację produktów leczniczych i wyrobów medycznych używanych w terapii tej grupy chorób. To jest tak naprawdę cała grupa chorób, zupełnie różnych od siebie. Jedyńka i dwójka to zupełnie inna etiologia i sposób leczenia. Myślę, że na to trzeba spojrzeć.

Na przykład ten wskazany przez państwa spadek liczby zarówno opakowań, jak i środków wydatkowanych na paski do glukometrów jest pokłosiem tego, że weszły CGM i FGM, czyli systemy umożliwiające ciągły pomiar glikemii, o wiele efektywniejsze, dostępne również w chwili obecnej przy cukrzycy typu 2. Komfort postępowania pacjenta, możliwe do osiągnięcia wyniki w zasadzie zbliżają chorego do kondycji osoby może nie tyle zdrowej, co w naprawdę znacznie lepszej sytuacji, a z tym się wiąże brak konieczności użytkowania pasków.

Zresztą jest takie zalecenie, żeby podwójnie nie finansować systemu, który podaje odczyt co pięć minut, i pasków do glukometru. Więc trzeba by bardzo mocno uważać na to, które dane ze sobą porównujemy, co znowu w żaden sposób nie unieważnia zalecenia śledzenia tych środków od początku do końca.

Naczelnik wydziału w departamencie NFZ Katarzyna Klonowska:

Jeśli mogłabym coś dodać do wypowiedzi pana dyrektora, to chciałam jeszcze zwrócić uwagę na to, że w tym wystąpieniu NIK również były informacje... Głównie państwo się skupili na leczeniu cukrzycy i tym jednym rozpoznaniu chorobowym, tzw. cukrzycy insulinoniezależnej. To jest bardziej pojemnym pojęciem i nie tylko są tam chorzy z cukrzycą dietozależną, insulinoniezależną, w związku to wymaga pewnej korekty.

Nie uwzględniono analizy pacjentów chorych z rozpoznaniem otyłości, a mówiliśmy też o programie leczenia otyłości, więc to też wpisuje się w to finansowanie. Leczenie otyłości ma zupełnie inną jednostkę chorobową, w związku z tym te środki też tam były wydatkowane.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Przeczytałam raporty wszystkich państwa i faktycznie widziałam pewną rozbieżność w zeznaniach, że się tak wyrażę. Taka mi przyszła teraz do głowy konkluzja, że żeby wszyscy byli w zgodzie ze swoim własnym sumieniem, to po tej stronie musi chyba być jednak po prostu bardziej szczegółowe raportowanie, na co państwo wydajecie te pieniądze. NIK nie musiałby się potem mierzyć z pustką w dokumentach i wymyślać jakichś rzeczy. Przepraszam za słowo wymyślać, ale NIK nie ma tak szerokiej wiedzy o medycynie, o tym, że cukrzyca ma różne oblicza, bo nie musi mieć aż tak szczegółowej wiedzy. Jednak potem wychodzą z tego takie raporty, z których wynika, że jest bardziej źle, niż jest źle.

Ja to rozumiem, bo to jest państwa praca. Jeżeli nie macie wystarczających danych, to przygotowujecie raport na bazie tych danych, które macie. A po państwa stronie rozumiem, że są braki personalne i nie ma kto, ale żeby nie dostawać po głowie od NIK, to jakoś trzeba się wspólnie porozumieć.

Na koniec zapraszamy pana dyrektora z Ministerstwa Finansów. Proszę bardzo, pan Stasiak. Chyba że któraś pani? Tak? Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Podatku Akcyzowego i Niektórych Danin Publicznych Ministerstwa Finansów Agnieszka Zaręba-Bielenik:

Dzień dobry państwu, zastępca dyrektora Departamentu Podatku Akcyzowego i Niektórych Danin Publicznych Agnieszka Zaręba-Bielenik.

W zakresie naszego departamentu są kwestie związane z opłatą od środków spożywczych. Jeszcze chciałam zauważyć, że w zakresie zalecenia NIK dotyczącego uwzględnienia w opłacie dodatkowej możliwości jej miarkowania w zależności od stopnia przewinienia takie przepisy już zostały wprowadzone ustawą z 9 lutego 2025 r., więc teraz mamy już miarkowanie w zależności od okresu opóźnienia czy też stopnia zawinienia podmiotu. Możemy więc pochwalić się wprowadzeniem takich korzystnych regulacji dla naszych podatników.

Co do kwestii zasad prowadzenia gospodarki finansowej NFZ, to oddam głos panu dyrektorowi. Dziękuję bardzo.

Zastępca dyrektora Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej Ministerstwa Finansów Mirosław Stasiak:

Mirosław Stasiak, zastępca dyrektora Departamentu Finansowania Sfery Budżetowej. Ja też odniosę się do wniosków, bo wobec nas w zakresie sprawozdawczości padły dwie alternatywne propozycje. Pierwsza to zmiana planu.

Co do samej zmiany planu, jesteśmy sceptyczni, bo mamy zmianę planu od strony zadaniowej. Państwo proponują de facto przyporządkowanie strony kosztowej stronie przychodowej, żeby rozliczać, abstrahując od samej kwestii rozliczania i tej sprawozdawczości, bo to jest odrębna sprawa. Wydaje nam się, że zmiany w samym planie są zbyt daleko idące, bo musimy po pierwsze, już abstrahując od tego rozdrabniania... To nie jest tak, że dodalibyśmy nową pozycję kosztową, która nie występuje. Ona występuje, te środki są wydatkowane – zakładam, jak to zostało powiedziane – zgodnie z przeznaczeniem, więc to nie jest tak, że te środki są wydatkowane niezgodnie z przeznaczeniem. A w praktyce mielibyśmy coś rozdrabniać w planie, na przykład w ramach leczenia szpitalnego mielibyśmy wydzielać podpozycje. Wydaje nam się to niezasadne.

A jeżeli nie, to pewna sprawozdawczość i podjęcie prac legislacyjnych. To już zostało de facto zadeklarowane przez MZ, że w celu poprawienia sprawozdawczości przez NFZ zostaną podjęte jakieś kroki, bo my też nie bardzo widzimy możliwość ze strony MF, bo byśmy musieli mieć podstawę prawną do takiego sprawozdania. Podstawa prawna jest chyba w aktach prawnych dotyczących tej opłaty. W związku z tym sprawozdawczość...

Mam nadzieję, że po tych deklaracjach MZ przygotuje właściwe przepisy i de facto z naszej strony to będzie zbędne, bo wszyscy zostaną – że tak powiem – zaspokojeni co do wiedzy. To chyba jest problem, dotyczący wiedzy, więc z całym szacunkiem... Oczywiście my będziemy w tym procesie. Jeżeli zajdzie potrzeba modyfikacji ze strony MZ lub NFZ, to my jesteśmy oczywiście otwarci, ale na obecną chwilę nie widzimy takiej potrzeby, liczymy, że to, co zostanie wykonane, będzie wystarczające.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

To teraz rozpatrzmy punkt drugi, a dokładnie będziemy mówić o leczeniu cukrzycy, bo do tej pory rozmawialiśmy o wpływach z podatku. Bardzo bym prosiła pana dyrektora o przedstawienie raportu z tego, jaki jest stan, jeśli chodzi o cukrzycę. Rozmawialiśmy o przeszłości, a teraz jeszcze chcemy porozmawiać o opłacie cukrowej obecnie.

Dziękuję panu sekretarzowi za odpowiedź.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, nie byłbym sobą i nie byłbym dyrektorem Departamentu Zdrowia Publicznego, gdybym nie powiedział, że bardzo się cieszę, że chcemy rozmawiać o leczeniu, ale chciałbym, żebyśmy mogli też porozmawiać o działaniach poza świadczeniami zdrowotnymi i poza tym, co można robić – że tak powiem – w ramach rozlanego mleka już w tym momencie.

Nie jest sztuką wydać jeszcze więcej pieniędzy, sztuka jest rozpoznać więcej przypadków, bo o tym za chwilę powiem. Tak naprawdę tym, na czym powinniśmy się skupić, są szerokie interwencje, które niekoniecznie leżą po stronie sektora ochrony zdrowia. Przyczynę opłaty cukrowej jest bardzo dobrą okazją do tego, żeby się zastanowić nad tym, co zrobić, aby ta epidemia XXI wieku... Pierwsza choroba, która nie jest chorobą zakaźną, a została uznana za wręcz przekleństwo ludzkości w chwili obecnej. Przekleństwo ludzkości jest dodane przeze mnie, ale powiedzenie, że jakaś choroba stanowi epidemię w sytuacji, kiedy nie jest zakaźną, wskazuje nam na to, jak poważny jest to problem w krajach wysoko rozwiniętych, a do takich już się od dłuższego czasu zaliczamy.

Choroba ta dotyka jedną na dziesięć osób. To jest przerażające, biorąc pod uwagę dość zdradliwy przebieg choroby, bo w dziewięćdziesięciu kilku procentach mówimy o cukrzycy typu 2, chorobie, która przeciętnemu człowiekowi nie daje żadnych objawów na początku, która skutkuje w dłuższej perspektywie powikłaniami rzutującymi na jego funkcjonowanie w społeczeństwie, która pozbawia ludzi możliwości wykonywania pracy zarobkowej i de facto skazuje ich na to, aby byli tylko birocami w systemie.

W chwili obecnej według danych NFZ, bo to są w tej chwili najpełniejsze dane odnośnie do liczby osób, które są leczone z tym rozpoznaniem, liczba leczonych pacjentów wynosi

ponad 3 mln. To, co jest istotne, to szacunki mówiące o 5 mln osób w stanie przedcukrzycowym, mówiące o ciemnej liczbie kilkuset tysięcy do półtora miliona osób, które teoretycznie już spełniają kryteria diagnostyczne cukrzycy, ale nie mają postawionego tego rozpoznania. W niektórych badaniach wskazuje się taką estymację.

Wiele osób teraz podkreśla, że ta luka, ta ciemna liczba nierozpoznanych przypadków tak naprawdę raczej jest mniejsza, a to dlatego, że kryteria diagnozowania cukrzycy umożliwiają jej stwierdzenie nawet przy pojedynczym, tzw. przygodnym pomiarze glikemii. Taki pomiar uzasadnia postawienie tego rozpoznania i wdrożenie do dalszej diagnostyki i późniejszego leczenia. To powoduje, że teoretycznie tych osób, które nigdy nie miały zbadanej glikemii, jest stosunkowo coraz mniej. Zresztą to widać po danych NFZ, mówiących o tym, ile w podstawowej opiece zdrowotnej, czyli u lekarza pierwszego kontaktu, osób ma wykonywane badania glikemii – to są liczby idące w dziesiątki milionów badań wykonywanych rocznie. Oczywiście część to jest kontrola osób z już rozpoznaną cukrzycą, część to jest kwestia leczenia stanów przedcukrzycowych, ale część to są po prostu okazjonalnie wykonywane badania, które umożliwiają rozpoznanie tej choroby, więc mamy dużą poprawę, jeżeli chodzi o możliwość trafienia pod opiekę lekarza.

Właśnie, pod czyją opiekę powinniśmy trafić? System tak naprawdę powinien być skonstruowany zgodnie z odwróconą piramidą świadczeń. Czyli powinien kłaść nacisk na to, aby pacjent mógł być leczony możliwie blisko swojego miejsca zamieszkania w sposób niewykłuczający z normalnego funkcjonowania, u lekarza, który będzie w stanie poprowadzić całość jego leczenia, czyli podstawowa opieka zdrowotna. Więc zanim zaczniemy myśleć o opiece wyższych szczebli czy nawet o opiece koordynowanej, pacjent z cukrzycą powinien móc być leczony przez swojego lekarza pierwszego kontaktu. Takie jest oczekiwanie od tej profesji, dlatego że przesyłanie pacjentów na wyższe szczeble, wdrażanie opieki koordynowanej będącej kolejnym etapem to jest działanie bardziej kosztochłonne, które powinno być zarezerwowane dla przypadków, które tego wymagają.

Przejdźmy teraz do koordynowanej opieki specjalistycznej, jednej ze ścieżek w koordynowanej opiece jako takim modelu wprowadzanym w chwili obecnej. Na 2600 świadczeniodawców, którzy podpisali umowy z NFZ na realizację świadczeń w ramach tych ścieżek koordynowanych 80% zapisało się również na koordynowaną opiekę diabetologiczną, która to jest od 2022 r., a od 2023 r. obejmuje również leczenie stanów przedcukrzycowych, więc jest szeroko otwarta.

Mamy więc 2000 podmiotów na terenie kraju, które swojego pacjenta są gotowe prowadzić również w koordynowany sposób, a to powoduje, że w tej placówce najbliższej miejsca zamieszkania, u tego lekarza, który powinien być tym lekarzem znającym historię pacjenta, skupiającym w sobie wszystkie jego potrzeby zdrowotne, mamy szerszy zakres możliwych do udzielenia świadczeń. Zakres badań diagnostycznych, które są tam wykonywane, obejmuje bowiem badania umożliwiające wykrycie pierwszych powikłań cukrzycy, zatem to jest już nie tylko glukoza, nie tylko wyrównanie, przy kontrowersyjnym już w chwili obecnej badaniu hemoglobiny glikowanej. Systemy ciągłego monitorowania glikemii dają o wiele lepsze możliwości oceny czasu, w jakim pacjent jest w właściwym zakresie, ale nadal ta hemoglobina glikowana jest takim uznanym sposobem monitorowania prowadzenia się pacjenta. Są też albumina/kreatynina w kontekście oceny ryzyka nerkowego itd., USG i USG Doppler naczyń żylnych w kontekście rozwijających się problemów naczyniowych.

Jest zróżnicowana liczba podmiotów w poszczególnych województwach, ale wydaje się, że koordynowana opieka specjalistyczna to ten kierunek, który umożliwia pacjentom, którzy tego wymagają, którzy muszą być skonsultowani z lekarzem diabetologiem lub lekarzem, który nie ma specjalizacji z diabetologii, endokrynologii, ale ma doświadczenie kliniczne na oddziałach, które się tym zakresem świadczeń zajmują... Chodzi o szerokie podejście, po prostu uwzględniające kwestię dostępności kadr. To jest to rozwiązanie, które jest takim następnym etapem.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, co już zostało przez NFZ podkreślone, jest nielimitowana w chwili obecnej. To jest bardzo istotne, dlatego że limity świadczeń w przeszłości, nie tylko w kontekście dostępności do świadczeń lekarzy diabetologów, były źródłem kolejek, a mówiąc formalnie – list oczekujących, wydłużonego, często budzącego kontrowersje stanu, w którym pacjent chory tu i teraz otrzymywał informację, że owszem, powinien być konsultowany co pół roku, ale najbliższa wizyta jest za rok. To były bardzo nośne medialnie kwestie i oczywiście za nimi stały indywidualne tragedie ludzkie, co trzeba jak najbardziej uszanować, ale myślę, że w chwili obecnej wprowadzenie zasady finansowania tych świadczeń według liczby faktycznie zrealizowanych umożliwia poprawę w tym zakresie. Tylko pamiętajmy – ambulatoryjna

opieka specjalistyczna to nie jest to miejsce, w którym chcemy pacjenta na stałe prowadzić, ambulatoryjna opieka specjalistyczna to jest forma przede wszystkim konsultacyjna, która ma zapewnić przepływ informacji do tego podstawowego szczebla, aby można było kontynuować leczenie pacjenta, tak aby lekarz podstawowej opieki zdrowotnej mógł prowadzić pacjenta, bazując na zaleceniach.

Wreszcie, leczenie szpitalne. Około stu kilkunastu tysięcy hospitalizacji rocznie jest przypisywanych cukrzycy. Analizując te hospitalizacje, dostrzeżemy, że mamy ewidentne odzwierciedlenie postaw zdrowotnych naszego społeczeństwa: starsi mężczyźni, którzy pierwszy kontakt z systemem, wymuszony okolicznościami mają w wieku „na szczęście poprodukcyjnym”, jakby powiedział ktoś z ZUS. To jest właśnie takie dziedzictwo, ponieważ choroba, która doprowadziła do ich hospitalizacji...

To nie cukrzyca jest tak naprawdę problemem i przyczyną hospitalizacji. Cukrzyca jako rozpoznanie główne przy przyjęciu to są śpiączki albo hipoglikemie, to są naprawdę stosunkowo nieliczne przypadki, natomiast cała reszta to są przypadki o charakterze neurologicznym, chirurgicznym, które są pochodną późnego rozpoznania, lekceważenia choroby, niewłaściwej terapii czy tzw. niewłaściwego adherence pacjenta do zaleceń. Więc, znowu, skoro widzimy, jak ten obraz w chwili obecnej wygląda, to mamy nadzieję, że leczone teraz generacje pacjentów, zasilające ten system już nie będą pacjentami w opiece szpitalnej, która jest po prostu niesamowicie kosztowna, która jest przyczyną niesamowitego cierpienia.

Polska na tle Europy przez wiele lat, choć w chwili obecnej to się zmienia, była wskazywana jako miejsce, w którym można się uczyć w zakresie amputacji kończyn, dlatego że gdzie indziej już tego problemu nie było, a u nas jeszcze był. Nie jest już tak źle. To się zmienia. To jest w pewnym sensie...

Znaczy inaczej, bo powiedziałem, że nie jest tak źle – każdy przypadek, którego mogliśmy uniknąć, wskazuje na to, że mogłoby być lepiej, to bez wątpienia. Natomiast patrzmy na to z perspektywy pewnego procesu i tego, co nas czeka w przyszłości. To, co jest niepokojące, to jest oczywiście kwestia stylu życia, tego, że następuje w pewnym sensie rosnąca świadomość odnośnie do swojego stanu zdrowia, to deklarowane przekonanie, że zdrowie jest najważniejszą wartością, a z drugiej strony niestety obecne ukształtowanie warunków społeczno-ekonomicznych działa bardzo antyzdrowotnie. Trudno jest zachować zdrowie w obecnych czasach, po prostu. To jest coś, co wymaga nie tylko wiedzy, my jesteśmy bardzo dobrzy w zakresie dostarczania wiedzy innym osobom.

Badania wykazują, że ludzie generalnie rzecz biorąc mają stosunkowo dużą wiedzę na temat chorób, natomiast dokonywanie prozdrowotnych wyborów to są pewnego rodzaju umiejętności, pewnego rodzaju kompetencje, które wymagają wykształcenia krytycznego podejścia do otrzymywanych informacji, umiejętności podejmowania decyzji uwzględniających planowanie i odroczone skutki, a cukrzyca – 95% przypadków cukrzycy typu 2 – to jest właśnie to miejsce, w którym bez tych umiejętności, bez krytycznego podejścia do informacji i bez uwzględniania naprawdę odległych skutków nie podejmiemy właściwej decyzji.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Panie dyrektorze, ja panu pomogę, słowo – profilaktyka.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Pani przewodnicząca, pani chciała o leczeniu, ale dobrze... Bardzo się cieszę.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Jeżeli brakuje świadomości, to znaczy, że społeczeństwo nie wie, z czym to się je i na przykład wydaje mi się, że młodzi ludzie w ogóle nie dopuszczają do swojej świadomości, że cukrzyca nie dotyczy wyłącznie starszych osób po sześćdziesiątce, tylko niestety dotyczy również bardzo młodych osób. I cukrzycy wśród młodzieży jest mnóstwo w tej chwili, jest bardzo dużo zachorowań. To też jest oczywiście związane ze stylem życia, również z otyłością, z nawykami żywieniowymi, z tym, co nasze dzieci jedzą w szkole, a raczej nie jedzą w szkole, bo w szkole jest podobno podle jedzenie. Jeszcze tego nie sprawdzałam, kiedyś się przejdę po szkołach.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Zawsze tak mówiliśmy.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

No dobrze, tak mówiliśmy, ja tam lubiłam. W każdym razie idą do Żabki i kupują jakieś paskudne rzeczy. Dopóki nie trafimy do tej młodzieży, to te starsze osoby nie będą miały świadomości, o której pan powiedział.

Teraz niestety muszę też powiedzieć, że o 13.00 mamy głosowania, a chciałabym, żeby strona społeczna się również wypowiedziała. Potem poprosimy panią z NFZ i przejdziemy do dyskusji. Dobrze?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Tak jest. Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Są momenty, kiedy trzeba powiedzieć, że trzeba skończyć.

Profilaktyka – zgadza się. Natomiast podkreślam – nie tylko wiedza, dlatego że ta wiedza generalnie jest, ale to jest troszeczkę trudniejszy temat, to znaczy umiejętności, kompetencje dokonywania właściwych wyborów. I właśnie w tę stronę idziemy.

Proszę zwrócić uwagę na rodzaj interwencji, które są podejmowane chociażby w ramach „Narodowego programu zdrowia”. Jest Centrum Dietetyczne Online, w ogóle cała edukacja żywieniowa to jest właśnie działanie służące temu, aby ludzi, którzy wiedzą, że chcą coś zrobić, wyposażyć w narzędzie, które pokaże im, w jaki sposób to zrobić. Borykamy się z klęską zapotrzebowania na porady dietetyczne online w Centrum Dietetycznym Online, dawnym IZZ, a teraz NIZP PZH. To, co mogę powiedzieć – nowy „Narodowy program zdrowia na lata 2026–2030” zakłada znaczące zwiększenie środków, przynajmniej taki jest nasz plan. Zobaczymy, co finanse na to, aby ta porada dietetyczna online, coś, z czego ludzie mogą skorzystać poza kontekstem udzielenia świadczenia zdrowotnego, była znacznie lepiej dostępna.

Pani przewodnicząca wskazała na kwestie dzieci – zgadza się. Oczywiście abstrahuje – rosnący odsetek cukrzycy typu 1 w krajach wysoko rozwiniętych... W zasadzie etiologia tej choroby jest tylko częściowo genetycznie tłumaczona, reszta to autoimmunologia. Naukowcy się spierają, które czynniki do tego przypisać. Wskazywana jest też zbytnia sanitacja środowiska jako ten przyczynik do tego. Ale takie będą przyszłe Rzeczypospolite, jakie ich młodzieży chowanie. Bez wątplenia ważna jest interwencja wśród tych dzieci w edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej, kiedy następuje tzw. okres programowania metabolicznego, kiedy jeszcze możemy o pewnych tematach mówić bez ryzyka stygmatyzacji i bez ryzyka wywoływania innych problemów zdrowotnych. Jeżeli bowiem pójdziemy teraz do nastolatek i zaczniemy im mówić, że ich nadmierna masa ciała będzie przyczyną ich problemów zdrowotnych, to wywołamy całe mnóstwo innego rodzaju problemów. Trzeba być bardzo, bardzo delikatnym.

Jakkolwiek kolejny narodowy program zdrowia idzie – że tak powiem – w kontynuacji obecnego, jeśli chodzi o swoje cele operacyjne, to ten nacisk w wielu obszarach będzie kładziony właśnie na działania prozdrowotne wśród dzieci.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Właśnie, bo ja o profilaktyce, a każdy musi mieć kogoś, kto dyscyplinuje, mnie pan sekretarz zdyscyplinował, że mieliśmy mówić o przeciwdziałaniu.

Jeszcze może chociaż dwa zdania o tym, jakie ministerstwo ma pomysły na temat przeciwdziałania zachorowaniom, żeby tych zachorowań było mniej, oprócz profilaktyki i edukacji.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Ja powiem tak. Profilaktyka i edukacja, która spowoduje, że będziemy mieli ten... Badania, które są w chwili obecnej, umożliwiają wcześniejsze wykrywanie. Z tą świadomością, dostępnością tych badań w POZ mamy... Zmienione jakiś czas temu kryteria diagnostyczne w kontekście wykorzystania przygodnego pomiaru glikemii to jest jedna rzecz. Natomiast to, co już widzimy, to kwestia na przykład działania opłaty cukrowej.

Przedstawiliśmy j w takim kontekście: pozyskano środki, wydano na świadczenia, nie wiadomo, czy na właściwe świadczenia, ale osiągnęliśmy efekt zdrowotny. Konsumpcja napojów słodzonych wśród dzieci spada, a producenci dokonują reformulacji, czyli nawet jeżeli coś oferują, to na przykład z mniejszą ilością dodanego cukru, z wykorzystaniem składników naturalnych, czyli osiągamy efekt zdrowotny.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Słyszę z tyłu sali, że niedostatecznie.

Dobrze. Teraz zapraszam panią z NFZ. Przepraszam, zapomniałam nazwiska.

Naczelnik wydziału w departamencie NFZ Katarzyna Klonowska:

Oczywiście wszystkie rzeczy, które są finansowane w ramach NFZ, już były przedstawione, więc tylko dodam, że bardzo istotną rzeczą jest właśnie opieka koordynowana i możliwość wczesnego rozpoznania choroby dietozależnych czy cukrzycy.

Co istotne, w ramach profilaktyki i promocji zdrowia chciałabym jeszcze podkreślić, że mamy w ramach opieki koordynowanej porady edukacyjne, w tym również porady dietetyczne, w związku z tym można od razu zasięgnąć rady, jak zmienić swoje nawyki żywieniowe, generalnie styl życia. W tym właśnie mają pomagać te porady edukacyjne. Ich nie jest tak mało, bo w sumie 9 do wykorzystania przez pacjenta w ciągu roku, więc jest to już pewien istotny element możliwości pracy z pacjentem. Mówię – porady dietetyczne, więc również konsultacje z dietetykiem.

Nowy program, który wchodzi, to „Moje zdrowie”, czyli bilanse zdrowia, w które również włączona jest edukacja zdrowotna i wczesne wykrywanie ryzyk m.in. chorób dietozależnych, w tym cukrzycy. To też będzie bardzo istotne w tym, żeby móc zapobiegać. Jest też edukacja związana z czynnikami ryzyka, w związku z tym też jest to istotny element do tego, żeby zapobiegać rozwojowi cukrzycy, generalnie zapobiec nawet jakimś ciężkim powikłaniom czy w ogóle zachorowaniu na cukrzycę. To jest istotne z punktu widzenia NFZ.

Jako fundusz staramy się włożyć mały paluszek w tę edukację. Nasza strona – Akademia NFZ – promuje wszelkie informacje na temat cukrzycy, zdrowego stylu odżywiania. Duży portal Diety NFZ również jest nakierowany na to, żeby każdy samodzielnie się dowiedział. Informujemy również pielęgniarki i lekarzy o tym, że można z pacjentem popracować, korzystając z tych diet. Więc jak najbardziej widzimy, że kierunek dotyczący profilaktyki jest dobry. Idziemy w dobrym kierunku. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Potwierdzam, my z dyrektorem mojego biura byliśmy na pewnej konferencji, w trakcie której daliśmy się przebadać jakimś takim dziwnym urządzeniem, staliśmy na jakiejś wadze. Na podstawie wagi i PESEL okazało się, jaki jest nasz wiek metaboliczny. Bardzo dobrze nam wyszły te wyniki. Nie będę się chwalić, ile lat jestem młodsza.

Oprócz tego dostaliśmy wtedy ulotki, że możemy się zalogować na swoje konta dotyczące diety. Ja zalogowałam się na takie jedno z kont – tego faktycznie jest sporo – i od pewnego czasu nawet stosuję te diety, tak że słuchajcie, to działa. Za darmo można się zalogować, tylko chyba kampania dotycząca tego, że coś takiego istnieje, jeszcze jest trochę za uboga, bo to nie dociera, a warto o tym mówić. Jeżeli człowiek nie musi iść do dietetyka za naprawdę spore pieniądze, a może sobie to w internecie zobaczyć, to jednak to jest super, dobrze, że dzieje się coś takiego, co można wykonać za państwowe pieniądze.

Naczelnik wydziału w departamencie NFZ Katarzyna Klonowska:

To ja jeszcze tylko dodam, bo akurat skorzystaliście państwo z tzw. sklepików profilaktycznych. W każdym oddziale wojewódzkim w biurze obsługi pacjentów można zważyć się, przeprowadzić taką...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To jest ten tzw. kiosk?

Naczelnik wydziału w departamencie NFZ Katarzyna Klonowska:

Tak.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Właśnie się zastanawiałam, co to jest ten kiosk. A to jest ten kiosk, tak?

Naczelnik wydziału w departamencie NFZ Katarzyna Klonowska:

Tak. I wówczas też uzyskuje się informacje i poradę, jest tam zawsze osoba odpowiednio przeszkolona. Pacjent może otrzymać ulotki, czekając na...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ale to jest świetna sprawa, bo oczywiście fun z tego, że się jest młodszym, jest super, natomiast tam są różne dane dotyczące tego, czy pijemy odpowiednią ilość płynów, jaką mamy

masę mięśniową. Są wskazówki dotyczące naszego stylu życia i tego, jakie zachowania zdrowotne powinniśmy stosować. Bardzo dziękuję.

Jeszcze zapraszam państwa.

Zastępca dyrektora departamentu MF Agnieszka Zaręba-Bielenik:

Ministerstwo Finansów w zakresie promocji to chyba raczej...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ale są potrzebne pieniądze na edukację, na profilaktykę, to samo się nie robi.

Zastępca dyrektora departamentu MF Agnieszka Zaręba-Bielenik:

Jak państwo wiecie, praktycznie całe pieniądze z opłaty cukrowej idą na NFZ, więc w budżecie zostaje tylko bardzo, bardzo mały procent, więc będziemy rzetelnie zbierać. Na pewno trzeba system jeszcze troszkę doszczelnić, bo widzimy pewne problemy z funkcjonowaniem przepisów, które obowiązują. Prowadzimy prace analityczne nad kwestią doprecyzowania tych przepisów, spotykamy się również z MZ w tym zakresie, tak żeby pobór był właściwy i żeby jak najwięcej pieniędzy trafiało na właściwy cel.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Rozumiem, że samorządy jakąś część tych pieniędzy dostają? Z opłaty cukrowej, z korkowego.

Dobrze, proszę państwa, skończyliśmy przedstawianie naszych punktów przez ministerstwo. Teraz zapraszam do dyskusji. Bardzo proszę, panie posłanki.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

Dzień dobry.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, bardzo dziękuję za podjęcie tej ważnej tematyki dotyczącej zarówno opłaty związanej ze sprzedażą alkoholu, jak i opłaty cukrowej. Opłata cukrowa jest pewną nowością we wspieraniu działań profilaktycznych, rehabilitacyjnych i dotyczących zdrowia.

Mam pytanie, tylko nie wiem, do kogo to pytanie powinnam skierować, dotyczące chirurgicznego leczenia pacjentów z dużą otyłością. Czy opłata cukrowa też może być wykorzystana na tego typu działania?

Naczelnik wydziału w departamencie NFZ Katarzyna Klonowska:

Tak, KOS-BAR jest finansowany.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

Ale rozumiem, że to jest pilotaż, bo państwo prezentujecie w swoich materiałach pilotaż. Czy to jest jakiś stały projekt?

Naczelnik wydziału w departamencie NFZ Katarzyna Klonowska:

Mam nadzieję, że będzie stały.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Nie uchylając jakiegos wielkiego rąbka tajemnicy – pilotaże służą sprawdzeniu pewnego modelu udzielania świadczeń i ich efektywności. W związku z tym powinny mieć charakter skończony i nie kończyć tak jak pilotaż Centrum Zdrowia Psychicznego siódmy rok z rzędu. Więc nie, jak najbardziej jest... Chociaż to nie jest nasz departament, bo my się udzielaniem świadczeń nie zajmujemy. Jest planowane, aby było to świadczenie po prostu w koszyku.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

W związku z tym drugie pytanie: Czy w ramach opłaty cukrowej będzie możliwość zakupienia sprzętu dla oddziałów specjalistycznych?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Generalnie rzecz biorąc opłaty za świadczenia nie obejmują wyposażania, a w szczególności, jeżeli są to świadczenia już udzielane w normalnym reżimie koszykowym. Natomiast istnieją mechanizmy finansowe – to, co mi w tym momencie przychodzi do głowy, to Fundusz Medyczny. Tam jest ten subfundusz o charakterze inwestycyjnym, który umożliwia dokonanie wydatków o charakterze majątkowym, ale to jest tak troszeczkę z głowy, czyli z niczego.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

Jeszcze kolejne pytanie mam, jeżeli pani przewodnicząca pozwoli.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To może odpowiedź na piśmie.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

A tak, bardzo proszę. Bardzo dziękuję za odpowiedź.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Czyli rozumiem, że pytanie dotyczy możliwości finansowania wyposażenia w przypadku wejścia tego jako świadczenie gwarantowane.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

Bardzo serdecznie dziękuję.

Wszyscy wiemy, że profilaktyka jest niezbędna do tego, żebyśmy mogli wdrażać dobre nawyki, zmieniać swoje własne zachowanie dotyczące wyborów żywieniowych i w ogóle dotyczące naszego zdrowia. Tak jak pan dyrektor pięknie powiedział – wiedza i świadomość jest pierwszym krokiem do zmiany, ale ona nie zmienia naszego zachowania.

Chciałam się dopytać, czy państwo realizujecie – też nie wiem, do kogo kierować to pytanie – programy, które kierowane są do żłobków, przedszkoli i szkół? Wydaje mi się, że tam jest duży kłopot, o czym wszyscy wiemy. Co właściwie powinniśmy zrobić, żeby to złe żywienie definitywnie w tych miejscach się zakończyło? Pamiętajmy, że mamy jeszcze w wielu miejscach w szkołach i przedszkolach szafy ze słodkim jedzeniem, ze słodkimi napojami. Wydaje mi się, że to też jest temat do rozwiązania. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Podobno plagą jest również podawanie słodzonych napoi w żłobkach.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Dobrze, może zaskoczę panie i państwa, a mianowicie w chwili obecnej, jeżeli chodzi o opiekę nad dziećmi do lat 3 – żłobki, kluby, klubiki – to generalnie rzecz biorąc nie ma podstawy do tego, aby dokonać jakiejś ingerencji legislacyjnej w tym zakresie, ale w przepisach, które w kontekście nowelizacji tej ustawy są przygotowywane, nasz departament współpracuje z MRPPiS.

Wypracowaliśmy tekst upoważnienia ustawowego dla ministra zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw rodziny, aby taką regulacją – taką, jaka jest dla starszych dzieci, tzw. rozporządzenie sklepikowe – móc określić warunki żywienia również w młodszych grupach wiekowych. A kwestia uszczegółowienia, ulepszenia rozporządzenia sklepikowego nadal pozostaje otwarta. Przy czym wszyscy mamy z tyłu głowy to, iż to rozwiązanie trzeba będzie wdrażać mądrzej, niż było ono wdrażane przy słynnym lex drożdżówka.

Poseł Urszula Koszutska (KO):

Rzeczywiście ustawa sklepikowa jest, ale ona nie jest do końca precyzyjnie realizowana w obiektach. Czy państwo dokonujecie jakiejś kontroli, jak to jest wprowadzone? Czy jest jakaś ewaluacja tego programu? Bo to też by było niezbędne.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Tak. Generalnie rzecz biorąc jest to zadanie Departamentu Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia GIS i tak naprawdę całego pionu inspekcji sanitarnej. Akurat to są kontrole planowe wszystkich obiektów, które oferują zbiorowe żywienie dzieci i młodzieży. Placówki oświatowe są przedmiotem takich kontroli w cyklu planowym, ale też w sytuacjach doraźnych, czyli interwencyjnych kontroli. GIS sprawozdaje się z działania tej regulacji regularnie.

Sekretarz Komisji Jakub Stefański:

Chciałem tylko powiedzieć, że pani przewodnicząca Szczurek-Żelazko będzie robiła podkomisję do spraw organizacji ochrony zdrowia. Na następnym posiedzeniu będzie temat dotyczący podsumowania programu „Profilaktyka 40 plus” i nowe programy profilaktyczne, czyli „Moje zdrowie”.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To teraz zapraszam panią poseł po mojej lewej stronie.

Posel Wioleta Tomczak (Polska2050-TD):

Dziękuję.

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, dziękuję za przedstawienie tych trudnych do przyjęcia i zatrważających danych, bo wydawało nam się, że jeżeli dojrzeliliśmy do tego, żeby wprowadzić opłatę cukrową, czyli dodatkowy podatek od pewnego niezdrowego produktu i mieliśmy wcześniej w świadomości, że tymi produktami niezdrowymi nie są już tylko i wyłącznie papierosy i alkohol, ale właśnie także produkty słodzone, to też mamy pomysł na wykorzystanie tych pieniędzy. Być może możemy sobie mydląć oczy, że tym pomysłem jest leczenie ludzi, co oczywiście jest ważne, ale to leczenie było też wcześniej i powinniśmy je jakkolwiek uzupełnić tymi środkami. A z tego nie wynika, że uzupełniliśmy tymi środkami leczenie. Tymczasem wiemy, że w XXI wieku epidemia chorób cywilizacyjnych nam się rozwija, a nie zwija, więc potrzeb leczenia osób dotkniętych chorobami cywilizacyjnymi, w tym otyłością i cukrzycą oraz chorobami kardiologicznymi z tego wynikającymi, będzie tylko rosła, a nie mala.

NIK i pan dyrektor z MZ przedstawił... Odnoszę takie wrażenie, może mylne, że nasze państwo skupia się na tym, by jakkolwiek leczyć te osoby, które już się zgłaszają. Stąd moje pytanie: Czy MZ ma jakiś pomysł – i to raczej nie pomysł związany z programem „Profilaktyka 40 plus”, czy teraz z programem „Moje zdrowie” – żeby przekonać ludzi do tego, żeby konsultowali się ze swoim lekarzem nie tylko wtedy, gdy mają taką potrzebę? W przypadku dzieci mamy bilanse zdrowia i czy dziecko jest zdrowe, czy chore, po prostu co jakiś czas lekarz je ogląda. W przypadku dorosłych widać, że „Profilaktyka 40 plus” nie zadziałała. Niewielka grupa społeczna wzięła udział w tym projekcie. Chciałabym, być może na kolejnym połączonym posiedzeniu, usłyszeć, jaki jest pomysł na promocję tego programu, by Polki i Polacy zdobyli się na odwagę, że trzeba zadbać o swoje zdrowie i zweryfikować. Tak jak weryfikujemy, czy nasz samochód jest zdolny do użytku, tak samo my powinniśmy sprawdzić, czy możemy dalej rozwijać się w zdrowiu.

Druga sprawa jest taka, że ja bym prosiła, żeby przedstawić, jaki jest pomysł na to, żeby nie traktować profilaktyki tylko i wyłącznie po macoszu pod względem badań diagnostycznych, jakie są zlecane. Weszłam sobie na YouTube, na kanał Akademia NFZ – gratuluję, że państwo w ogóle to robią, prześledzę sobie te filmy, tylko że my się o tym dowiadujemy na tej podkomisji, tego w przestrzeni publicznej nie ma. Koleżanka mówi, że była po prostu w placówce NFZ i w związku z tym dowiedziała się, że jest.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Nie, na panelu w debacie byłam.

Posel Wioleta Tomczak (Polska2050-TD):

A, byłaś na panelu w debacie, czyli byłaś tam zaproszona itp., ale statystyczny Kowalski przechodząc przez ulicę, w ogóle nie wie, gdzie jest NFZ, co się w NFZ robi, chyba że chce wyjechać za granicę, to zaczyna szukać, czy mu nie jest potrzebna EKUZ, bo nie chce płacić za świadczenia. Może ewentualnie państwa raz na kilka lat odwiedzić w tej placówce, a z dużym prawdopodobieństwem wyrobi ją sobie telefonicznie czy też internetowo, przyjdzie mu do skrzynki na listy i będzie z niej korzystał, więc po prostu nie odwiedzi państwa.

Czy nie ma możliwości z tych środków, żeby tego typu placówki były częściej... Nawet w porozumieniu być może z urzędami gmin, z samorządami, z urzędami powiatowymi, żeby tam były jakieś dyżury, żeby tam się państwo pokazywali – tam, gdzie są ludzie. Niektóre samorządy wychodzą wręcz do swoich mieszkańców do centrów handlowych. Wynajmują przestrzenie, żeby mieszkańcy mieli bliższy kontakt przy załatwianiu urzędowych spraw. Ja nie mówię, że to jest najlepsze rozwiązanie, ale czy NFZ w ogóle analizuje, ile osób korzysta z tego typu porad i z tego typu badań? Jaki to jest w ogóle odsetek i współczynnik? Bo ja się obawiam po tym, jaką liczbę wyświetleń państwa filmów widzę na YouTube, że to naprawdę są promile naszych obywateli, którzy wiedzą o państwa aktywności, a idą na to koniec końców dosyć duże pieniądze.

Ostatnie moje pytanie, być może nie tylko albo wręcz nie tylko do MZ. Szkoda, że nie ma MEN, ale to nie jest posiedzenie w tym zakresie. Ale jak już rozmawialiśmy o szkołach, to chcę zapytać, czy z tych pieniędzy nie dałoby się wprowadzić szkoleń dla intendentek i kucharek szkolnych w zakresie prawidłowego i smacznego żywienia dzieci? NIK zrobiła również badania w tym zakresie i wyszły zatrważające kwestie, ale również bardzo dobre praktyki z niektórych szkół, które pokazywały, jak można gotować nie za drogo, smacznie, z takim à la szwedzkim bufetem – nie, że dziecko ma przydział i jeżeli czegoś nie lubi, to to zostaje, a drugie z kolei wychodzi nienajedzone, bo potrzebuje więcej, ale nie może skorzystać. To jest w zakresie szkół.

Szczycimy się od lat, że na papierze mamy program „Owoce i warzywa w szkole” i „Pij mleko, będziesz wielki” czy jakkolwiek te programy się nazywają. Ja mam akurat dzieci w wieku szkolnym. Szanowni państwo, marchewki przynoszone przez moje dzieci w plastikowych opakowaniach do domu nie nadają się nawet do zupy, nawet psu ich nie gotuję, bo po prostu to jest pastewne jedzenie. Dzieci nie chcą tego jeść. Jeżeli my chcemy, żeby dzieci odżywiały się zdrowo, to musimy po prostu przeanalizować oba te programy i przemyśleć, co zrobić, żeby nie tylko wydać pieniądze, ale efektywnie je wydać. Po prostu być może mniej tych produktów, ale takich, żeby te dzieci chciały je spożyć, a nie przynosić rodzicom do domu i mówić: „Pani mi wcisnęła dziesięć opakowań, bo nikt inny nie wziął”. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To poproszę o odpowiedź chyba... A może pani.

Naczelnik wydziału w departamencie NFZ Katarzyna Klonowska:

Odniosę się może do promowania, bo oczywiście YouTube to jest jeden z kanałów, jest strona internetowa Akademia NFZ, zachęcam, żeby zajrzeć na tę stronę.

Ale tak ad vocem to regionalne oddziały wojewódzkie biorą czynny udział w różnych festywnach organizowanych przez samorządy, podczas których zawsze stoisko NFZ się pojawia, więc te działa jak najbardziej są, być może rzeczywiście nie na tyle, żeby wszędzie i powszechnie o tym informowano, ale staramy się, na ile możemy, być może powinniśmy troszeczkę szerzej to jeszcze wypromować.

Jeszcze tylko taka mała uwaga, żebyśmy nie traktowali tych kiosków profilaktycznych jako czegoś, co nas zdiagnozuje. To jest tylko początek do tego, żeby zainteresować się swoim własnym zdrowiem, a promowanie tego jako metody na diagnostykę... Wolałabym, żeby w tym kierunku to nie szło, chodzi o to, żeby to był dobry początek pozwalający zainteresować się własnym zdrowiem.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Tak całkiem nie mogę MZ zabrać możliwości wypowiedzenia. Jedno zdanie.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Nie, to się nie da. Oczywiście da się. A mianowicie dotknęła pani istoty tego, że zapobieganie problemom, które mają swoje źródło w warunkach cywilizacyjnych, w warunkach naszego życia, nie polega na świadczeniach zdrowotnych. I to jest do państwa jako prawodawców pytanie – czy jest zgoda na to, aby przekierowywać te środki na inne rzeczy niż świadczenia opieki zdrowotnej? Bo w ramach świadczeń opieki zdrowotnej możemy co najwyżej wcześniej wykrywać.

Działania promocyjne, profilaktyczne są z punktu widzenia płatnika publicznego działaniem uzupełniającym, a nie jego podstawowym zadaniem. Podstawowym zadaniem to może być dla nas, dla innych instytucji. To wskazuje na konieczność koordynacji tych działań i tego, co de facto powinno być istotą zdrowia publicznego, to znaczy trafienia z interwencją do tych, którzy nawet nie wiedzą, że jej potrzebują. Nie chodzi o udostępnianie tej interwencji ludziom, którzy sami ją znaleźli, bo ci, którzy sami ją znaleźli, prawdopodobnie nie są głównymi adresatami tej interwencji.

Nad tym chcielibyśmy się skupić w nowym „Narodowym programie zdrowia”. Chodzi o to, aby pokazać samorządom przy różnych interwencjach zdrowia publicznego, żeby przede wszystkim spróbowały trafić do tych, którzy sami się nie zgłaszają, żeby to nie był kolejny program nordic walkingu, na który zgłaszają się ciągle te same osoby. Samorządy powinny sięgnąć po tych, którzy z jakichś względów nie przychodzą, ale to jest zmiana paradygmatu myślenia.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Tylko jak to zrobić? Musimy to jakoś wymyśleć.

Proszę państwa, teraz zapraszam państwa do zgłaszania się. Proszę, pani pierwsza. Proszę się przedstawić.

Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Irina Kowalska:

Dzień dobry państwu. Nazywam się Irina Kowalska, zostałam zaproszona jako reprezentant Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, aktualnie pełnię funkcję prezesa na kadencję 2023–2027.

Bardzo dziękuję za zaproszenie, bo dla mnie to była bardzo ciekawa komisja, dowiedziałam się wielu rzeczy i wiele się nauczyłam. Dziękuję wszystkim za przedstawienie tych danych.

Jeżeli państwo pozwolicie, to ja powiem, jak wygląda rzeczywistość, jak wygląda rzeczywistość z punktu widzenia lekarza praktyka, ponieważ pełnię funkcję prezesa, ale reprezentuję też Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, pracuję na oddziale szpitalnym o profilu diabetologicznym, który prowadzę.

Zacznę po kolei. Najpierw odniosę się do epidemiologii. Będę mówiła bardzo krótko, bo wiem, że czas jest cenny. Pan dyrektor powiedział, że już nie mamy problemu, jeśli chodzi o stan przedcukrzycowy, więc podam konkretne dane, jak to jest w tej chwili.

Szanowni państwo, dotychczasowym badaniem epidemiologicznym, jakie mieliśmy, jeżeli chodzi o cukrzycę, było ostatnio „WOBASZ II”. Wówczas ryzyko populacyjne cukrzycy wynosiło 8,4% (publikacja w 2020 r.), co odpowiadałoby tym trzem milionom, o których mówimy. Natomiast w 2023 r. opublikowaliśmy dane z badania epidemiologicznego „Białystok plus”. To jest badanie populacyjne pod auspicjami Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, dotyczy dorosłych mieszkańców Białegostoku w wieku 20–80 lat. Już czytam państwu, jakie są wyniki, bo jest już ono opublikowane, to jest oficjalna wiadomość.

Próba 1000 osób dorosłych: 7,14% – znana cukrzyca, 6,75% – nowo rozpoznana. Czyli ryzyko populacyjne wynosi 13,9%, już nie 9%, tylko prawie 14%. Stan przedcukrzycowy, więc upośledzona tolerancja glukozy albo upośledzona glikemia na czczo – dalsze 40%. Czyli jak zapytamy, ile mamy zdrowych osób niezagrażonych cukrzycą, to z tego badania wynika, że to jest 47%. Myślę, że tak jest też w innych większych miastach w Polsce, więc przed nami – zgadzamy się – epidemia cukrzycy i stanu przedcukrzycowego.

Drugi punkt to rozpoznawanie cukrzycy. Absolutnie zgadzamy się z panem dyrektorem, że można rozpoznawać prościej, tylko pamiętajmy, że przygodna glikemia bez objawów nas nie upoważnia, a prawidłowe rozpoznanie cukrzycy jest bardzo ważne, dlatego że za tym idzie refundacja – inaczej wypisujemy recepty. To jest kluczowe i wiedza na temat prawidłowego rozpoznawania cukrzycy musi być też szeroko rozpowszechniona. Ja dodam, że rekomendujemy również użycie odsetka hemoglobiny glikowanej z osocza krwi żyłnej, bo to jest jedno pobranie krwi.

Kolejna rzecz, której państwo dotknęliście, dotyczy tego, że – nawiązując do raportu NIK – wzrosły koszty, jeśli chodzi o leczenie cukrzycy typu 2 w latach 2021–2023. Ja już powiem, z czym to się wiąże. Cukrzyca typu 2 to jest całe E11, wszystkie kody E11. Wiąże się to przede wszystkim z wprowadzeniem nowych grup leków do terapii cukrzycy. To są nowoczesne terapie, to są dwie grupy leków, to są flosyny i agoniści receptora GLP-1, które od 2020 r. stopniowo uzyskują refundację. Osoby 65+, które mają wskazania refundacyjne, dostają te leki za darmo. To jest m.in. również wzrost kosztów leczenia cukrzycy typu 2. Ale to bardzo dobrze, że jest refundacja, na pewno chcielibyśmy, żeby była szersza, bo problem jest ogromny. Szanowni państwo, to nam pozwala odstawiać insulinę u osób z cukrzycą typu 2 w części przypadków, więc na pewno pieniądze będą dobrze spożytkowane.

Informacja dotycząca pasków – zgadzam się z panem dyrektorem, że faktycznie weszły systemy ciągłego monitorowania glikemii, więc ta informacja odnośnie do pasków szczególnie w ostatnich latach może być troszkę niepełna. Natomiast chcę powiedzieć, żeby była jasność, w cukrzycy typu 2 refundacje CGM, czyli systemów ciągłego monitorowania glikemii, mają tylko osoby leczone przynajmniej trzema wstrzyknięciami insuliny na dobę, czyli to jest mniejszość. Chcę powiedzieć, że zawnioskowaliśmy o rozszerzenie tego świadczenia dla wszystkich osób leczonych insuliną.

Kolejny punkt, który wybrzmiał, to ambulatoryjna opieka specjalistyczna, czyli bardzo ważny element w diabetologii. Do tej pory była bardzo niedoszacowana. Ja jestem też w zespole, który współpracuje z NFZ i MZ, te prace już są zakończone i to idzie dalej do oceny. Mamy nadzieję, że uzyskamy prawidłową wysokość świadczeń.

Świadczenia szpitalne w diabetologii – padło, ile jest hospitalizacji w cukrzycy typu 2. To są najczęściej przyjęcia z SOR. Przyjęcia na oddział z powodu cukrzycy typu 2 to są przyjęcia najczęściej z powodu przewlekłych powikłań cukrzycy, więc niezależnie od tego, jaka będzie przyczyna, czy to udar, zawał mięśnia sercowego, czy inne powikłania kardiologiczne, to są najczęściej powikłania cukrzycy, bo to są pacjenci z wielochorobowością.

Chcę powiedzieć, bo nie wiem, czy państwo jesteście świadomi, ale świadczenia szpitalne w diabetologii – obecnie to jest K34, K39, K40, trzy jednorodne grupy pacjentów – są wycenione bardzo nisko, więc jak się prowadzi oddział, strasznym dylematem jest to, jak zapewnić właściwą opiekę za taką wycenę. Dyrektorzy szpitalni bardzo nie lubią oddziałów diabetologicznych,

bo one generują koszty, w tym jest zespół stopy cukrzycowej. My pracujemy zarówno z NFZ, jak i MZ, rozpoczęliśmy dyskusję nad świadczeniami szpitalnymi, tylko chcę pokazać, jak wygląda rzeczywistość diabetologiczna od strony lekarzy, osób, które starają się świadczyć opiekę zdrowotną zgodnie z zaleceniami i obowiązującymi standardami.

Chcę nawiązać do zespołu stopy cukrzycowej, bo oczywiście jest światło w tunelu, za co jesteśmy wdzięczni i dziękujemy. Był pilotaż w szpitalu w Szamotułach, tylko w jednym szpitalu w Wielkopolsce. Pilotaż pokazał redukcję ryzyka amputacji o 80%. Prosimy o przedłużenie pilotażu i rozszerzenie na inne ośrodki. W styczniu tego roku wyszło rozporządzenie ministra poszerzające na pozostałe sześć ośrodków, więc w tej chwili mamy więcej, ale dalej teren całej Polski nie jest pokryty. I to jest dalej pilotaż, tak że problem zespołu stopy cukrzycowej nie jest w Polsce rozwiązany. My nadal mamy bardzo dużo wysokich amputacji, bo ja mówię o amputacjach wysokich w górnej części kończyny.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Przepraszam, że wejdę w słowo, ale myślałam, że w ogóle stopę cukrzycową mamy prawdę mówiąc za sobą. Jestem zszokowana.

Prezes PTD Irina Kowalska:

Zapraszamy na Parlamentarny Zespół ds. Cukrzycy, bo my to wszystko mówimy. My o tym wszystkim mówimy, więc zapraszamy.

Ja tylko chcę o jedną rzecz prosić, szanowni państwo. Pani dyrektor z NFZ powiedziała, że mamy porady edukacyjne w opiece koordynowanej – mamy, dziękujemy. Ale my w ogóle nie mamy w AOS porad edukacyjnych, nie mamy porad dietetycznych, nie mówiąc, że nie mamy w szpitalu. Oddział musi być wyposażony, natomiast to nie jest żadne dodatkowe świadczenie, więc ja bardzo wszystkich państwa decydentów proszę, żeby nie zapominać, że diabetologia bez edukacji tak naprawdę nie istnieje.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Chciałam prosić panią o zapisanie tych dwóch rzeczy – mam na myśli zbyt niską wycenę świadczeń, jeśli chodzi o te wszystkie stopnie cukrzycy, jak również, że powinien być dietetyk na oddziale i poradni, który powinien być kontraktowany.

Prezes PTD Irina Kowalska:

Zarówno w AOS, jak i... One są...

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ja wiem, jak to wygląda, bo pracowałam w szpitalu. Wiem, że jest jeden dietetyk na cały szpital.

Prezes PTD Irina Kowalska:

Oddziały diabetologiczne już teraz mają. Oddziały diabetologiczne mają w wymogach zarówno edukatora, jak i dietetyka. Natomiast to musi pójść w wycenę tego świadczenia szpitalnego. To nie może być najtańsze świadczenie, bo ono jest wysoko specjalistyczne. My mówimy dzisiaj głównie o cukrzycy typu 2, natomiast mijemy z tyłu głowy, że dzieci z cukrzycą typu 1 dorosną, one są wspaniale leczone przez naszych pediatrów, ale wejdą w dorosłość i będą pacjentami.

Ja jestem lekarzem internistą, diabetologiem i endokrynologiem, więc reprezentuję klinikę dorosłych, ale tam też ta opieka będzie musiała być sprawowana, więc jeżeli są jakieś dodatkowe środki, to to jest ten moment, żeby je przekierować, teraz, kiedy pracujemy nad odwróconą piramidą świadczeń w AOS. My się zgadzamy, że większość rzeczy powinna przejść do ambulatorium, do opieki koordynowanej, do AOS. Natomiast co do świadczeń szpitalnych – bo one będą, nie znikną, pacjenci z cukrzycą będą mieli ostre choroby zakaźne, niezakaźne i wszystkie inne – chodzi o to, żeby one były odpowiednio wycenione, zgodnie z jakością opieki specjalistycznej. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję, pani doktor. Postawimy już niestety kropkę, bo mamy niecałe 20 minut.

Zapraszam panią. Pani się zgłaszała.

Prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków Monika Kaczmarek:

Dzień dobry. Nazywam się Monika Kaczmarek, reprezentuję Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, obecnie jestem prezesem w kadencji podobnie jak pani profesor.

Ja tylko krótko podsumuję, bo już wiele rzeczy zostało powiedzianych. Ostatnie wyniki kontroli NIK potwierdziły to, co Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, ale i Forum Ekspertów ds. Cukrzycy wskazywało od dawna, że pieniądze z opłaty cukrowej tak naprawdę rozplynęły się w systemie. Teraz jak co roku czekamy na publikację sprawozdania i mamy nadzieję, że nie trzeba będzie pisać o wydanie... Liczymy, że nowelizacja ustawy o zdrowiu publicznym, która jest przedmiotem prac w MZ, będzie okazją do wprowadzenia stosownych zmian w tym zakresie, że środki będą alokowane m.in. na cukrzycę, otyłość, ale przede wszystkim będą rzetelnie sprawozdane. My jako pacjenci nie widzimy, na co te pieniądze są przeznaczone. To jest pierwszy krok.

Niezwykle ważne jest to, co już pani profesor Irina Kowalska powiedziała, żeby rozszerzyć, bo my jako pacjenci wierzyliśmy w to, że jeżeli będzie opłata cukrowa, to ona nie będzie zastępowała świadczeń, ale będzie wzmacniała i będzie dodatkowym zasileniem budżetu, tak że my pacjenci będziemy mogli to odczuwać. Chodzi o to, żeby chociażby na stałe, ale systematycznie rozszerzać dostęp do innowacyjnych terapii cukrzycy, rozszerzać dostęp do fiozyn czy nowych leków inkretynowych czy chociażby systemów monitorowania glikemii czy pomp insulinowych. To, co pani profesor powiedziała, my jako organizacje pacjenckie bardzo wspieramy, to głos Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków. Z perspektywy pacjenta nie ma znaczenia, w jaki sposób będzie to realizowane, ale kluczowe jest, aby systematycznie znosić kolejne ograniczenia administracyjne, refundacyjne i obejmować finansowaniem coraz to nowsze technologie.

Ja mam taką prośbę w imieniu pacjentów: chcielibyśmy, żeby leczenie cukrzycy nie było rozpatrywane jako koszt, tylko żeby to było rozpatrywane jako inwestycja, która pozwoli nam ograniczyć występowanie powikłań i konieczność ich leczenia. Bardzo dobrze, że powstały portale dotyczące diety i profilaktyki, ale nie możemy zapominać, że mamy ponad 3,2 mln chorych, pan dyrektor powiedział, że przekroczyliśmy 4 mln. Ta liczba chorych wymaga leczenia, a w dalszym ciągu mają ograniczenia chociażby w dostępności do nowoczesnych terapii czy nowoczesnych systemów.

Wszyscy tu powiedzieliśmy, że to idealnie działa, pomaga nam. Chcemy przeciwdziałać powikłaniom. Jesteśmy bardzo wdzięczni za rozszerzenie pilotażu stopy cukrzycowej, ale nie chcemy, żeby to był pilotaż. Chcielibyśmy, żeby to weszło do karty świadczeń, żeby pacjenci czuli się bezpiecznie, a nie, że nasze stowarzyszenie otrzymuje telefony do naszego biura z prośbą o ratunek – gdzie mają się pacjenci udać, bo grozi im amputacja. Cieszymy się naprawdę, ale nie chcemy stanąć za rok w tym samym miejscu i martwić się, czy pilotaż będzie przedłużony o kolejny rok, bo to powinno już być systematycznie. Jeżeli mamy te nowoczesne terapie, są koszty. Zgadza się, pacjenci 60+ mają leki za darmo, ale trzeba przyznać, że muszą spełnić kryteria, których większość pacjentów nie spełnia i kupuje je za 100% ceny.

Zostało też powiedziane przez panią profesor, że mamy 43% niezdiagnozowanych. Najnowszy „Diabetes Atlas”, który został przedstawiony przez międzynarodowy kongres odbywający się w Bangkoku, potwierdza to – 45% osób jest niezdiagnozowanych. Nie możemy powiedzieć, że nie ma problemu. Na chwilę obecną na świecie mamy 589 mln osób dorosłych chorych na cukrzycę. Międzynarodowa federacja mówi, że do 2050 r. będzie ich 853 mln. International Diabetes Federation wnosi o pilne zapobieganie i wczesne wykrycie oraz opiekę nad pacjentami, aby poradzić sobie z tym globalnym kryzysem, bo to jest epidemia, która nie zaraża.

Cieszę się, że MZ powiedziało, że powstał zespół, ale chciałabym, żeby w tym zespole miały też głos organizacje pacjenckie, żebyśmy mogli wraz z ekspertami, których mamy – jest pani profesor Irina, jest pani profesor Szypowska – uczestniczyć w tym i przedstawiać nasze opinie, bo być może te środki, które są w opłacie cukrowej... Nie jesteśmy przeciwni, byliśmy pierwsi, którzy się pod tym podpisywali, ale wierzyliśmy, że to zostanie naprawdę dostrzeżone i pacjenci będą widzieć efekty.

Ja pozwoliłam sobie przekazać na ręce pani przewodniczącej raport „Diabetologia w Polsce na tle UE – bilans z okazji polskiej prezydencji w Radzie UE” oraz kolejne podsumowanie ankiety dotyczącej opieki diabetologicznej o tym, na jakim poziomie jest ona w Polsce przeprowadzona, jak to wygląda z refundacją. Jeżeli chodzi o raport, dokument uwzględnia najpilniejsze z perspektywy klinicystów i pacjentów wyzwania, jakie są w diabetologii. Już kończę.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ja bardzo przepraszam, bo my i tak dostaniemy te raporty, więc każdy będzie mógł się zapoznać, a mamy naprawdę 10 minut.

Prezes ZG PSD Monika Kaczmarek:

Ja tylko na potwierdzenie powiem jeszcze, co my, pacjenci, zauważyliśmy, jeśli chodzi o zastępowanie, ponieważ te środki z opłaty cukrowej miały być.

Proszę państwa, paski do poziomu glikemii – opłata cukrowa jest od trzech lat, a paski do poziomu glikemii istnieją już kilkadziesiąt lat, więc z czego były wcześniej opłacane?

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ze składek.

Prezes ZG PSD Monika Kaczmarek:

Ze składek, więc teraz są opłacane z opłaty cukrowej. To jest dla mnie coś, czego jako pacjenci nie rozumiemy. Wcześniej nie było opłaty, a była refundacja pasków, jest opłata i jest refundacja pasków z opłaty cukrowej. Jakie to jest wzmocnienie pacjentów? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Proszę bardzo.

Rzecznik Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS Aleksandra Rudnicka:

Aleksandra Rudnicka, jestem rzecznikiem Stowarzyszenia Onkologicznego SANITAS, ale również przewodniczącą inicjatywy ekspertów onkologicznych, w której są zarówno pacjenci, jak i lekarze, jak i farmaceucie, jak i przedstawiciele firm medycznych. Poza tym prowadzę projekt, w którym bardzo czynnie uczestniczy też nasza koleżanka, to jest projekt dla liderów pn. „Pacjent podmiotem systemu opieki zdrowotnej”.

To, co mówiła Monika, jest dla nas bardzo istotne – chodzi o to, żebyśmy zaistnieli we wszystkich gremiach, które podejmują decyzje na temat zdrowia, stąd nasza dzisiejsza obecność. Chciałam zwrócić uwagę na taką rzecz, na którą zwróciła uwagę pani przewodnicząca, czyli na profilaktykę.

Z tą profilaktyką generalnie jest bardzo źle. Polska per capita wydaje na profilaktykę sześć razy mniej niż Europa. Z budżetu MZ na profilaktykę w Polsce wydaje się 1,9%, a w innych krajach zachodnich – 5,2%. To są dane, które mówią nam bardzo wyraźnie o tym, że coś trzeba zmienić. Myślę, że te wszystkie opłaty – cukrowa, tytoniowa, alkoholowa – akcyzy i wpływy powinny być w dużej mierze przeznaczone na profilaktykę, ponieważ wiemy, że lepiej jest zapobiegać niż leczyć. Dlaczego Amerykanie czy obywatele innych krajów mają dłuższe przeżycia pięcioletnie? Dlaczego się tak dzieje? Dlatego, że u nich większą rolę odgrywa profilaktyka. U nas pacjenci trafiają do leczenia w stanach, kiedy nowotwór jest już rozsiały, kiedy potrzebne są bardzo drogie leki, na które ich nie stać, chociaż w dużej mierze pacjenci onkologiczni je mają.

Są dwie bardzo ważne rzeczy w profilaktyce. Jeśli chodzi o onkologię, mamy te badania. To co leży? Leży informacja, o czym mówiła pani poseł. Ludzie po prostu nie wiedzą. W Polsce dwie na trzy osoby nie wykonują w ogóle żadnych badań profilaktycznych, jeśli chodzi o onkologię. Tak samo nie wiedzą, gdzie w ogóle takie badania wykonać. Nie wiedzą, po co się te badania wykonuje, nie mają argumentów za wykonywaniem tych badań.

Mamy jedną poradnię antynikotynową, więc uważamy, że z tych podatków jakaś kwota powinna być przekazana na profilaktykę. Nie wiem, czy to wymaga zmiany ustawy, rozporządzenia, ale to jest rzecz, która jest na pewno do zmian, które są potrzebne, ponieważ ta informacja jest zbyt mało powszechna, mamy zbyt mało... Po prostu inwestujemy w profilaktykę, w badania, a nie mamy efektów. Jesteśmy na ostatnim miejscu w Europie. Nawet Rumunia, o której uważaliśmy, że zawsze jest za nami, w tej chwili nas wyprzedza. Tak że następne spotkanie jest poświęcone też tym sprawom i chciałabym, żeby panie podjęły te tematy.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Bardzo przepraszam, że już niestety musimy kończyć, ale była dyskusja, a mamy głosowania, one się niestety nie opóźnią, bo wiemy, że nie. Stwierdzam zakończenie omawiania informacji.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia podkomisji. Pełen zapis posiedzenia będzie dostępny na stronie Sejmu. Zamykam posiedzenie podkomisji. Bardzo państwu dziękuję za wszystkie informacje. Dziękuję serdecznie.