

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ PODKOMISJI STAŁEJ

DO SPRAW ZDROWIA PUBLICZNEGO

(NR 21)

z dnia 6 listopada 2025 r.

**Komisja
Zdrowia**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego (nr 21)

6 listopada 2025 r.

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

- informację na temat stopnia zaawansowania prac nad zaproponowanymi przez Radę ds. Zdrowia Publicznego projektami:
 - nowelizacji ustawy o zdrowiu publicznym,
 - rozporządzenia Rady Ministrów o nowym Narodowym Programie Zdrowia.

W posiedzeniu udział wzięli: **Kuba Sękowski** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, **Jolanta Januszczak** sekretarz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Ewa Molka** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Grzegorz Ziemiński** prezes Instytutu Zdrowia i Demokracji, **Wojciech Konieczny** senator oraz **Sylvia Ziental** asystentka społeczna KP Lewicy.

W posiedzeniu udział wzięła pracownica Kancelarii Sejmu: **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Szanowni państwo, otwieram posiedzenie podkomisji stałej do spraw zdrowia publicznego.

Witam członków podkomisji i zaproszonych gości. Stwierdzam kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat stopnia zaawansowania pracy nad zaproponowanymi przez Radę ds. Zdrowia Publicznego projektami: nowelizacji ustawy o zdrowiu publicznym; rozporządzenia Rady Ministrów o nowym Narodowym Programie Zdrowia. Informację przedstawia minister zdrowia.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały do pkt 1 i 2 zostały wysłane do państwa posłów i posłanek na maile i zamieszczone w folderze SDI na państwa iPadach. Dostępne są również w formie papierowej. Zanim oddam głos przedstawicielowi Ministerstwa Zdrowia, chciałabym od siebie powiedzieć parę zdań.

Szanowni państwo, dzisiejsze posiedzenie poświęcone jest rozpatrzeniu informacji na temat stopnia zaawansowania prac nad zaprojektowanymi przez Radę ds. Zdrowia Publicznego projektami, tak jak już wspomniałam – nowelizacją ustawy o zdrowiu publicznym oraz rozporządzeniem Rady Ministrów w sprawie nowego Narodowego Programu Zdrowia. System ochrony zdrowia to, jak państwo wiecie, nieco więcej niż obsługa pacjenta, który się zgłasza z konkretnymi objawami do lekarza, tylko leczenie schorzeń, czyli profilaktyka, edukacja, zapobieganie tym schorzeniom. Naszym celem musi być dużo więcej niż sprawne leczenie tych dolegliwości, ale musimy stworzyć taki system, żeby jak najszerzej tym różnym dolegliwościom zapobiegać, a zatem stawiać na profilaktykę. Profilaktyka jest wpisana w zdrowie publiczne. Polityka zdrowotna zawsze musi odpowiadać na aktualne wyzwania, z którymi zmagają się nasza populacja. Skorzystajmy więc z dzisiejszego spotkania, aby przedyskutować, jak powinien wyglądać nowy Narodowy Program Zdrowia i jakich zmian potrzebujemy w ustawie o zdrowiu publicznym, aby skuteczniej chronić zdrowie Polek i Polaków.

Proszę państwa, z załączonych przez MZ materiałów dowiadujemy się, że nie będziemy mieli w tym roku jeszcze nowego Narodowego Programu Zdrowia, chociaż był on poniekąd obiecany, tylko będziemy mieli kontynuację pilotażu, czyli to, co zostało zatwierdzone w budżecie 2024 r., dobrze mówię? To są lata 2021–2025 i cały czas mamy jako bazę ustawę o zdrowiu publicznym z 2015 r. Jak wiemy również z materiałów, została powołana specjalna rada, w której zasiadaliśmy: pan minister Wojciech Konieczny, jak również tutaj obecny pan Jakub Sękowski, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego reprezentujący dzisiaj MZ, moja skromna osoba,

pani Jolanta Januszcak. Tak że jest nas tutaj sporo i pamiętamy, że prace trwały długo, były bardzo intensywne w bardzo dobrym składzie. Wypracowaliśmy naprawdę bardzo dobry projekt ustawy, który został zakończony w maju. Od maja czekamy na to, żeby ten projekt trafił do Rady Ministrów. W uzasadnieniu od ministerstwa, że nie będziemy mieli NPZ już nie w kształcie pilotażu, tylko nowego dokumentu, który będzie nam służył zgodnie z nowymi wytycznymi na temat tego, co się w ciągu tych ostatnich lat zmieniło, jeśli chodzi o ochronę zdrowia publicznego zgodnie z nowoczesnymi rozwiązaniami, stało się tak dlatego, ponieważ wciąż nie mamy nowelizacji ustawy o zdrowiu publicznym. Mamy tę nowelizację, tylko ona niestety nie została procedowana w odpowiednim czasie na tyle szybko, żeby uwzględnić ją w planie nowego NPZ. Nie jest to dobrze, dlatego że dużo grup społecznych cierpiących na różne schorzenia czeka na ten narodowy program. Chociażby dzisiaj na prezydium Komisji Zdrowia byli przedstawiciele osób, które walczą z chorobą, jaką jest otyłość. Wciąż jeszcze przez rok nie będzie uwzględnionej walki z otyłością w pełnym programie na zasadach, jak to powinno być uwzględnione, czyli że otyłość nie jest jakimś zaniedbaniem, bo ktoś, jak to się mówi kolokwialnie, zapuścił się i nabył zbyt wiele kilogramów, tylko jest to po prostu choroba, którą należy leczyć, tak jak każdą inną chorobę. Ja muszę powiedzieć ze swojej strony, że ja oczywiście rozumiem, że w międzyczasie stały się różne zmiany w MZ, jednak jestem rozczarowana, bo dokument był gotowy. Co innego, gdyby nad tym dokumentem trzeba było jeszcze pracować, ale on był gotowy, był pełen, zatwierdzony i był bardzo dobry.

To powiedziawszy, oddaję głos panu dyrektorowi. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Kuba Sękowski:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, w pierwszej kolejności proszę pozwolić, że przeproszę za nieobecność pani minister Katarzyny Kęckiej, która dosłownie piętro niżej broni interesów zdrowia publicznego w kontekście nadchodzących obrad konferencji państw-stron Konwencji o zwalczaniu skutków zdrowotnych używania tytoniu, która będzie miała miejsce w Genewie. To też jest bardzo istotny obszar działania zdrowia publicznego.

W całości z jednym zastrzeżeniem zgadzam się z tym wszystkim, co pani przewodnicząca powiedziała. To drobne zastrzeżenie dotyczy tego, że mam na imię Kuba, a nie Jakub. Cała reszta w zupełności się zgadzała. Przede wszystkim jestem wdzięczny pani przewodniczącej za to, że wskazała, iż ochrona zdrowia to nie jest tylko udzielanie świadczeń, to nie są nawet tylko świadczenia profilaktyczne, tylko to, co mówi nam art. 68 ust. 1 konstytucji, że w Rzeczypospolitej każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Każdy. Zaimek nie jest użyty przez przypadek, zaimek jest użyty dlatego, że każda osoba, która znajduje się pod władzą naszego państwa, ma prawo korzystać z warunków życia, mieszkania, edukacji, wykonywania pracy, które nie zagrażają jej zdrowiu, które umacniają jej zdrowie, które sprzyjają wyborom prozdrowotnym. Które wreszcie czynią z tych wyborów prozdrowotnych wybory podstawowe. Temu wszystkiemu służy zdrowie publiczne, które działa na tym dalekim, że tak powiem, przedpolu jakichkolwiek problemów zdrowotnych, po pierwsze, dostrzegając problemy, z którymi mierzy się nasze społeczeństwo i po drugie, starając się im zapobiegać. Rozumiem troskę podkomisji, zgromadzonych państwa, o kwestię pewnego systemowego podejścia do zdrowia publicznego w naszym kraju, dlatego że, tak jak pani przewodnicząca podkreśliła, między innymi niedoskonałości w zakresie tego międzysektorowego, skoordynowanego podejścia doprowadziły do tego, że ambitny plan w postaci przyjęcia NPZ, który miałby o wiele większy zakres, niż to było do tej pory, który wreszcie stał się jedną z kluczowych polityk publicznych, niestety nie powiódł się.

Pani przewodnicząca wspomniała o zmianach organizacyjnych i personalnych, które miały miejsce w resorcie zdrowia. To bez wątpienia położyło się cieniem na sprawności pracy. Każda zmiana niestety przez pewien czas powoduje spowolnienie pracy, co w przypadku urzędu też dało o sobie znać. Natomiast praca, która została wykonana w Radzie ds. Zdrowia Publicznego, w zespole, który został wtedy w radzie powołany i który przedstawił ten projekt nowelizacji, w żaden sposób nie poszła na marne. Wszyscy pamiętamy, że założenia główne tego projektu nowelizacji ustawy o zdrowiu publicznym sprowadzały się tak naprawdę do czterech zasadniczych rzeczy, to znaczy: wprowadzenia realnych mechanizmów koordynacji działań podejmowanych przez różne resorty w różnych obszarach na rzecz zdrowia publicznego; doskonalenie systemu monitoringu i ewaluacji; rozszerzenie pewnych uprawnień, które organom w zakresie działań zdrowia publicznego przysługują; i choć było to wymieniane zawsze wcześniej,

wzmocnienie instrumentów finansowania tych interwencji zdrowia publicznego. Właśnie ten ostatni obszar, to znaczy zapewnienie sprawnego mechanizmu finansowania działań zdrowia publicznego, z tego bardzo potrzebnego stał się w czasach kryzysu w systemie ochrony zdrowia bardzo dużym obciążeniem dla tego projektu. Tutaj pragnę przypomnieć, to finansowanie działań NPZ w przyszłości, czyli w ogóle takie zapewnienie podstawy bytu działań zdrowia publicznego opierało się na przejęciu części środków z opłaty cukrowej, z wpływów z podatku akcyzowego od napojów alkoholowych i wyrobów tytoniowych. W sytuacji budżetu, dla którego dochody stanowią wskazane wpływy podatkowe w sytuacji Narodowego Funduszu Zdrowia, dla którego jednym z istotnych elementów zasilania są wpływy z opłaty tzw. cukrowej i tzw. opłaty małpkowej, było to bardzo trudne do uzyskania. Zapewnienie tego finansowania na oczekiwanym poziomie około 0,5 mld zł oznaczałoby konieczność wyciągnięcia tych pieniędzy albo z budżetu państwa poprzez zmniejszenie wpływów podatkowych, albo z NFZ poprzez ograniczenie środków dostępnych na świadczenia. Więc tak naprawdę ten jeden element w tym bardzo trudnym finansowo momencie, w którym jesteśmy, wstrzymał troszeczkę te prace. Ale tutaj mogę zadeklarować, że ten projekt w praktycznie w niezmiennym kształcie zostanie przekazany, a może nawet przy decyzjach obecnego kierownictwa resortu w pewnym sensie wzmocniony po uzgodnieniu z ministrem finansów kwestii dotyczącej sposobów pozyskania stabilnego źródła finansowania działań zdrowia publicznego, najlepiej niezależnego. Mamy gotowy wniosek o wpis tego projektu do wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów. Mamy gotową ocenę skutków regulacji do uzupełnienia tylko w zakresie tego, jaki będzie ten mechanizm finansowy, czego nie możemy zrobić bez uzgodnienia z ministrem finansów. Natomiast w jaki sposób to pomoże nam w przyszłości? Mianowicie ta duża nowelizacja będzie miała w sobie ten sam element w ocenie skutków regulacji, a może też w treści normatywnej, z którego cieszyliśmy się – chociaż z każdym rokiem coraz mniej – który miała ustawa z 2015 r., a mianowicie wskazanie tych maksymalnych poziomów wydatkowania środków na działania wynikające z tej ustawy.

Problem polega na tym, że ta tzw. reguła wydatkowa obejmowała tylko 10 lat i opiewała na pieniądze z 2015 r., co w drugiej połowie trzeciej dekady XXI wieku okazało się już nie być tymi pieniędzmi, o których myśleliśmy wcześniej, więc ta duża nowelizacja daje szansę na nowo zaprogramowania tych środków, ale tutaj chcielibyśmy być mądrzejsi niż poprzednio i nie wiązać ich kwotowo, tylko powiązać z jakimś stabilnym źródłem finansowania, które by te działania niezależnie od bieżącej sytuacji budżetowej po części zapewniło. To jest tak, że z perspektywy resortu zdrowia to jest zamierzenie, natomiast planem się stanie wtedy, kiedy będzie to dokument przyjęty przez Radę Ministrów, trafi między innymi pod państwa obrady.

Natomiast wspomniała pani przewodnicząca kwestie dotyczące – tutaj rozumiem jako egemplifikację – otyłości czy innych problemów zdrowotnych, które do tej pory są zaadresowane w obecnie obowiązującym NPZ, ale dostrzegamy nieadekwatność tego podejścia do bieżących warunków. Bo faktycznie tak jest. Dwa NPZ, czyli ten pierwszy, przyjęty na podstawie ustawy, ten drugi obowiązujący do 2025 r., powstawały w troszeczkę innych uwarunkowaniach, z troszeczkę innym podejściem. Nadrzędny cel NPZ czy w ogóle całych działań zdrowia publicznego, który polega na wydłużaniu życia w zdrowiu i zmniejszaniu różnic zdrowotnych, nie ulega zmianie, ale mogę powiedzieć, że obecne kierownictwo resortu skłania się do tego, aby nowy narodowy program, który będzie opracowywany równolegle do procedowania nowelizacji ustawy o zdrowiu publicznym, będzie bardziej adresowany do poszczególnych czynników ryzyka, czyli nie do problemów zdrowotnych, jakimi one się objawiają, tylko do przeciwdziałania czynnikom ryzyka. Nowy narodowy program będzie w większym stopniu kładł nacisk na koordynację działań innych resortów, ale też jednostek samorządu terytorialnego. Jeżeli już teraz spojrzymy w system Profibaza, który służy gromadzeniu informacji o interwencjach zdrowia publicznego, to zobaczymy, że środki, które na tzw. zdrowie publiczne wydaje minister zdrowia, to są setki milionów złotych. Środki, które wydają inne resorty, to jest więcej, ale nie znacząco więcej. Natomiast gros wydatków na różnego rodzaju interwencje zdrowia publicznego, liczone w miliardach, to są wydatki jednostek samorządu terytorialnego. W pełni szanujemy zarówno zaangażowanie, jak i autonomię tych jednostek w podejmowane w tym zakresie działania, ale dostrzegamy brak koordynacji między tymi działaniami. Dostrzegamy, mówiąc kolokwialnie, wymyślanie koła na nowo. Dostrzegamy powtarzające się interwencje, które są – nie bójmy się tego powiedzieć – nie do końca optymalne i skuteczne, ale przede wszystkim interwencje, które nie dają tego wszystkiego, na co oczekujemy, czyli efektu populacyjnego. Brak koncentracji na określonych czynnikach ryzyka przede wszystkim powoduje, że powstają nam bardzo nierówne

sytuacje pomiędzy regionami, miastami, które uciekają okolicznym terenom, oferując określone świadczenia czy działania swoim mieszkańcom. Zwalczanie nierówności w zdrowiu jest tak samo celem jak samo poprawianie zdrowia, bo każda nierówność w zdrowiu jest de facto rodzajem niesprawiedliwości w zdrowiu. Trudno powiedzieć, że ktoś w zawiniony przez siebie de facto sposób odpowiada za to, że nie może swojego zdrowia chronić, czy coś jego zdrowiu zagraża. Są wybory indywidualne, są czynniki behawioralne, ale nie możemy ich przeceniać, bo te wybory, których ludzie dokonują, często są podyktowane okolicznościami, innymi uwarunkowaniami, na które ci ludzie nie mają wpływu i to też musi bardzo mocno wybrzmieć, a to można zrobić właśnie po prostu poprzez politykę zaadresowaną do czynników ryzyka.

Szczególnie w przygotowaniu merytorycznym tego NPZ zleciliśmy Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego – Państwowemu Zakładowi Higieny – PZH, wszyscy wiedzą, o co chodzi – taką ekspertyzę, która wskaże w sposób nie tylko jakościowy, ale również ilościowy taką gradację czynników ryzyka, które w największym stopniu odpowiadają za nie tylko tę fetyszowaną liczbę zgonów, ale liczbę utraconych lat przeżytych w zdrowiu, czyli tak naprawdę obciążenie zdrowotne, które spotyka naszych obywateli, tak aby w sposób oczekiwany przez ministra finansów czy Najwyższą Izbę Kontroli móc powiedzieć: te działania są potrzebne, dlatego że z tego powodu ileś osób w Polsce nie tylko umiera, ale ileś tysięcy czy milionów osób żyje ileś lat krócej tak naprawdę. Na tym wszystkim tracimy.

Kolejna rzecz, która jest przez nas planowana w kontekście nowego Narodowego Programu Zdrowia, jest wydłużenie okresu jego obowiązywania. Ustawa mówi, że NPZ przyjmuje się na okres co najmniej 5 lat, przy czym praktyka była taka, że NPZ przyjmowało się na okresy pięcioletnie, co w świetle dowodów naukowych jest absolutnie niezasadne. Ostatnia publikacja w „The Lancet” wskazywała, że najprostsza interwencja zdrowia publicznego ma szansę odnieść jakiegokolwiek skutek po siedmiu latach. Zmasowana interwencja skoncentrowana na jednym temacie to jest siedem lat, kiedy widzimy jakiegokolwiek rezultaty, czyli jednym słowem mówiąc, każda inna, bardziej skomplikowana interwencja, która wymaga przygotowania, a często przygotowanie też jest w spisane w strategię dokonania jakiejś zmiany, nie ma po prostu szans, więc myślimy o perspektywie dekady jako tej perspektywie, która jest z perspektywy zdrowia publicznego właściwa. W zasadzie jedyna właściwa do przyjęcia.

Jeszcze zatoczę krąg do podniesionej przez panią przewodniczącą kwestii otyłości, dlatego że to nie jest tak, że osoby cierpiące na chorobę otyłościową i w ogóle całe nasze społeczeństwo – 9 mln obywateli, którzy zmagają się z nadmierną masą ciała, to nie zawsze jest otyłość, to często jest tylko nadwaga, ale jest to nadal ogromne obciążenie zdrowotne w naszym społeczeństwie – nie są pozostawieni sami sobie. Akurat dostrzegając wagę tego znaczenia, to jest właśnie jedno z działań, które w tej tzw. przedłużce, czyli przedłużeniu obowiązującego NPZ na 2026 r. jest ujęte. W tej nowelizacji rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie NPZ są ujęte też inne kluczowe działania, które do tej pory nam się sprawdziły, czyli właśnie całe Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej, centra wsparcia, czyli te telefony zaufania dla dorosłych i dzieci. Przecież przywrócenie tego finansowania było jednym z tzw. 100 konkretów na 100 dni rządu. Miało miejsce i będzie utrzymane. Wszelkiego typu aktywności o charakterze cyklicznym, których ogromną wartością jest to, że dostarczają nam danych dotyczących skuteczności podejmowanych działań, takie jak badania dotyczące żywienia i w ogóle zwyczajów żywieniowych, stanu zdrowia dzieci COSI i HBSC, które to badania pozwalają nam między innymi stwierdzić, czy interwencje zdrowia publicznego nieujęte w NPZ, jak na przykład regulacje dotyczące tzw. podatku cukrowego, faktycznie działają. Tutaj mogę państwu uchylić rąbka tajemnicy odnośnie już wyników monitorowania zachowań konsumenckich przeprowadzanych w tym roku. Podatek cukrowy jak najbardziej działa. To znaczy powoduje zarówno reformulację składu oferowanych produktów, jak i zmniejszenie skali ich konsumpcji w szczególności przez najmłodsze osoby. To jest coś, co było oczywistością, ale to właśnie dzięki badawczym działaniom podejmowanym w ramach NPZ możemy pozyskać twarde dowody skuteczności podejmowanych działań. I takim optymistycznym akcentem na razie bym zakończył, pozostając do dyspozycji państwa w zakresie pytań.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo panu dziękuję, panie dyrektorze.

Tylko jeszcze chciałam dopytać, bo pan coś wspomniał w trakcie wypowiedzi – albo ja może źle zrozumiałam – o jakichś nowych zapisach w NPZ. Mimo to, że to jest wciąż pilotaż, to jednak są tam jakieś nowe rzeczy. Ja też zresztą nie ukrywam, znalazłam artykuł dotyczący tego, gdzie

znajdujemy cztery punkty i tu wymienię, państwo dopisali: analiza zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, to jest właśnie na ten 2026 r.; polskie badania starzenia się ludności, monitoring sytuacji zdrowotnej osób w wieku 60 plus; działania edukacyjne dla decydentów w zakresie skutków zdrowotnych zanieczyszczenia powietrza, hałasu i zmian klimatycznych; utrzymanie i rozwój systemu Profibaza służącego do publikacji danych o programie profilaktycznym i tworzenia profili zdrowotnych samorządów.

Pytam o to nie bez racji, bo to też jest w gestii rady, która została powołana, a ja nie ma poczucia, żebyśmy o tym dyskutowali, tak że chciałam, żeby pan wyjaśnił, skąd to się wzięło właściwie? Dziękuję Bardzo.

Może zbierzemy pytania. Zapraszam pana posła.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Dużo kwestii, ale myślę, że dopiero jak będziemy mieć dokument, będziemy dyskutować szczegółowo, bo ja go nie znam w przeciwieństwie do państwa. Nie miałem tego zaszczytu, żeby być w zespole, który opracowuje nowe formaty.

Natomiast panie dyrektorze, pani przewodnicząca, nasza podkomisja, najskuteczniejszy i przynoszący rezultat jest ten program, który działa. Najbardziej nie działa ten, którego nie ma. W związku z tym nie jest pocieszający fakt, że jedziemy na prowizorium, które będzie trwało jeszcze rok, kiedy już państwo sami stwierdzacie, że macie gotowy program, który ponoć jest udoskonaleniem poprzedniego. W związku z tym jest to strata dla społeczeństwa i to są koszty utraconych możliwości. Przedłużanie wdrożenia tego dokumentu z dnia na dzień, z godziny na godzinę te koszty utraconych możliwości będzie podnosić. Natomiast ja bardzo się cieszę, jak się ministerstwa czasami różnią, ponieważ ja prowadzę teraz podwyżkę podatku cukrowego z Ministerstwem Finansów i tam w OSR jest napisane, że podatek już nie działa. Ale cieszę się, że pan dyrektor przyznał, że nadal działa. Musicie się dogadać z MF czy OSR MF jest prawdziwy, czy stanowisko MZ z prawdziwe, bo się już trochę pogubiłem, a akurat jestem prowadzącym tę ustawę ze strony mojego ugrupowania i bardzo zwróciłem uwagę na to, jak to pan minister Neneman podkreślał, że trzeba go drastycznie podnieść, bo przestał działać. Ale to na marginesie taka mała złośliwość z mojej strony, taka delikatna drobnostka.

Natomiast moi drodzy państwo, NPZ jest faktycznie bardzo istotnym dokumentem, który porządkowałby nam wiele rzeczy. Można zadawać dużo pytań, bo jak państwo wiecie, samorządy terytorialne w swoich obowiązkach mają tzw. profilaktykę – działania profilaktyczne, tworzenie programów profilaktycznych na terenie swojej gminy. I teraz jest następne pytanie, czy rozproszeniem tworzenia różnych programów po gminach i środków finansowych niestety nie tracamy efektu skali i efektu synergicznego, jaki moglibyśmy odnieść, gdybyśmy koordynowali to z poziomu pewnych instytucji publicznych NPZ? Bo wiemy, że niektóre gminy wprowadzają na przykład dodatkowe szczepienia na HPV, niektóre nie wprowadzają, niektóre mają to odroczone. Później się to pojawiło w programie narodowym. Czy my nie tracamy potencjału i środków tak naprawdę rozpraszając to, co tego efektu populacyjnego nam nie przyniesie, a te pieniądze po prostu zmarnujemy? W związku z tym to też jest do zastanowienia się. Oczywiście to jest dyskusja z Komisją Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej, bo byłbym ostatnim, kto nie podjąłby z kolegami samorządowcami tej dyskusji, co oni o tym myślą, ale to też będzie dyskutowane choćby na przykład na najbliższym Forum Samorządowym w Zakopanem, gdzie jeden z paneli będzie też właśnie dotyczył profilaktyki zdrowotnej prowadzonej przez samorządy terytorialne. Myślę, że to też powinien być poważny partner przy tworzeniu NPZ. Nie wiem, czy państwo to ujęliście w tym nowym ujęciu, bo jednak to są potężne środki wbrew pozorom w ponad 2800 gminach, ponad 300 powiatach, ponad 60 miastach na prawach powiatu. W związku z tym tych środków jest ładne kilka milionów w skali roku, które można byłoby lepiej skoordynować. Ja nie mówię, że odbierać samorządom, ale by z samorządami skoordynować pewne polityki, żeby bardziej racjonalnie te środki wydawać, żeby osiągnąć efekt populacyjny w pewnych zakresach. Nie, że od Annasza do Kajfasza jedna gmina robi to, druga tamto, a i tak rezultat jest mizerny, bo za chwilę ten program się kończy, nie ma kontynuacji pokoleniowej, w sumie to nam de facto praktycznie nic nie wnosi. To jest taka pierwsza uwaga, czyli koordynacja. To jest pytanie do pana dyrektora i do osób tworzących, czy w tej nowej strategii narodowej wzięliście państwo pod uwagę też mocną współpracę koordynacyjną z samorządami terytorialnym w tym zakresie?

Drugim tematem oczywiście są takie kwestie – jaki jest koń, każdy widzi według staropolskiej definicji konia z encyklopedii. W związku z tym każdy widzi mnie i wie, że znam temat otyłości, walki z otyłością i problemów wynikłych z powikłań chorobowych, i też leczenia, które było różne w przeszłości. Różne były leki, które się produkowało ręcznie, miały swój oddźwięk później w różnych innych aspektach zdrowotnych. Natomiast ja uważam, że dzisiaj faktycznie bez konkretnej strategii narodowej walki z otyłością, która mówi wprost – to jest choroba. To nie jest taka choroba, jak mówią niektórzy lekarze, mnie bulwersuje takie podejście: „To pan będzie mniej żarł i pan wróci za rok”. Wychodzimy już z tego mitu i zalecam im jednak powrót na studia medyczne albo przynajmniej doksztalcenie się w dodatkowych blokach, ponieważ to nie jest tak proste, dzisiaj się też okazuje. Są pewne inne współczynniki blokujące możliwość chudnięcia, insulinooporność i inne schorzenia blokujące, na które też trzeba zwrócić uwagę – pewien cykl zdarzeń w danym organizmie, choroby metaboliczne, które mogą to też przyblokować. W związku z tym, panie dyrektorze, takie pytanie – mamy skuteczne leki, mamy leki na otyłość i cukrzycę, które się nawet teraz pojawiają z dopuszczeniem dla dzieci bodajże od szóstego roku życia. U nas jeszcze nie są dopuszczane, ale są kraje europejskie, w których się to pomału pojawia. Natomiast pytanie, czy nie lepiej czasami wydać większy koszt na starcie, żeby uniknąć rozwoju chorób metabolicznych i zablokować otyłość, oczywiście przy edukacji żywieniowej, dołączyć farmakologię przez pewien czas, żeby ustabilizować, żeby pozwolić wrócić do równowagi i później dbać o to, żeby przy poradach dietetycznych i innych się utrzymywać? Nie dopuścić do sytuacji skrajnej gdzie już mamy za późno, kiedy to już organizm ludzki jest rozhuśtany, metabolicznie uszkodzony, ma już wielochorobowość, jesteśmy już w etapie trudnym, gdzie musimy go już leczyć kardiologicznie, endokrynologicznie i dziesiątki innych operacji, zabiegów. Taki pacjent jest dużo droższy. Ja wiem, że te leki są jeszcze drogie, bo są jeszcze chronione patentowo, innowacyjne, ale to też jest pewien horyzont czasu, pewna inwestycja w populację. To jest pytanie, czy też nie warto tego wdrożyć?

Nie będę więcej mówił, bo oczywiście tematów w głowie mam dziesiątki więcej. Pewnie bym mógł mówić jeszcze z godzinę jak nie dłużej, ale to nie o to chodzi dzisiaj, bo tak naprawdę, panie dyrektorze, ja zwracam uwagę – najgorszy i najmniej skuteczny jest program, którego nie ma. Więc apeluję, panie dyrektorze. Ja wiem, że to nie waszej gestii, nie od was, jak gdyby to zależy, bo gdyby zależało, to już byłoby, ale naprawdę u siebie lobbujecie, żeby jeszcze w tym roku uchwalić tę ustawę, żeby ona jak najszybciej weszła w życie. Natomiast jeszcze jeden taki protest, pani przewodnicząca, proszę mi wybaczyć, ale już nie do pana dyrektora, tylko do tej sytuacji, którą mamy w chwili obecnej, że poniżej nas toczą się prace Komisji Rolnictwa i Rozwoju Wsi i Komisji Gospodarki i Rozwoju w sprawie tytoniu, gdzie wiodący jest minister zdrowia i nie ma tam Komisji Zdrowia. Na litość boską, przepraszam, że to powiem, panie dyrektorze, pani minister tam nie powinna pójść, tylko powinna zaprotestować, że powinno to być też na Komisji Zdrowia. Komisja Zdrowia powinna być częścią obrad, które trwają tam na dole, a pani minister powinna tu przyjść w formie protestu. Przepraszam, że to mówię. To jest moje prywatne zdanie, ale uważam, że to powinno być wyartykułowane, bo jeśli o tytoniu, to mi się wydaje, że zdrowie też coś powinno powiedzieć. Przepraszam, że aż tyle.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję za ten głos.

Ja jestem też jak najbardziej zainteresowana, bo z tym tytoniem walczymy właśnie w Komisji Zdrowia, więc szkoda.

Jeszcze też dorzucę jedno pytanie, o którym wcześniej zapomniałam, bo pan mówił o tym zapewnieniu trwałych środków na realizację. Ja bym chciała się dowiedzieć, skąd owe trwałe środki? Czy już jest jakiś pomysł na te trwałe środki? Też chciałam zapytać – może to nie do końca, ale jednak – czy izby wytrzeźwień, które poniekąd też wchodzi do zdrowia publicznego na wielu poziomach, też gdzieś tam mogłyby zmieścić się w tym naszym NPZ? Bo ostatnio wpadłam na taki pomysł, że na przykład część pieniędzy z akcyzy mogłaby jednak iść na finansowanie tych izb wytrzeźwień. Nie wiem, czy państwo wiecie, ale mamy w Polsce – o ile się to nie zmieniło, bo mam dane sprzed miesiąca – 28 izb wytrzeźwień, z tego 9 na Śląsku, a w całej reszcie Polski jest cała reszta. One się w zasadzie mają samofinansować tak na dobrą sprawę, bo tak naprawdę nie ma środków celowych przeznaczonych na ich finansowanie. One są w gestii samorządów, ale samorządy nie mają obowiązku takich izb posiadać i finansować, więc kończy się to tak w tej chwili – i to jest sytuacja absolutnie dramatyczna – że osoby, które są pod wpływem

alkoholu, wędrują na SOR, bo nawet Policja już w tych swoich pomieszczeniach nie chce tych swoich petentów trzymać, gdyż boją się, że jeśli stanie się cokolwiek zagrażającego ich zdrowiu i życiu, to oni będą potem ciągnięci, że nie dopilnowali, że to i tamto. Ja bym chciała też, gdyby pan był w stanie powiedzieć jeszcze coś na ten temat. Bardzo dziękuję.

Jeszcze pytania dalej ze strony społecznej, proszę bardzo. Proszę się przedstawić i zapraszam do głosu.

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Ewa Molka:

Ewa Molka, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Ja, panie dyrektorze, chciałam zapytać o badanie zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży. Chciałam przypomnieć, że mamy 7000 pielęgniarek szkolnych w systemie higienistek szkolnych, które mogłyby ten program zrealizować. Mam nadzieję, że państwo w tym programie pomyśleli właśnie o tych osobach, które sprawują opiekę nad uczniami od szkoły podstawowej do szkoły średniej. Ja wiem, że mamy kilka tysięcy dzieci nieobjętych opieką pielęgniarek szkolnych z różnych powodów. W tej chwili procedujemy i opiniujemy nową ustawę o zdrowiu nad uczniami, ale wydaje mi się, że to jest grupa, która powinna zająć się tego typu badaniem. Czy państwo ją uwzględnili w procesie tego badania, czy chcecie państwo przeznaczyć te środki finansowe dla innej grupy, którą zatrudnicie i wydacie je podwójnie, gdzie już mamy zespoły wykształconych pielęgniarek w szkołach i pewnie w przyszłości niedługiej położnych, bo w tej chwili przygotowujemy jest program kursu doskonalącego dla pań położnych, które wejdą również do szkół, opiekować się dziećmi. Więc to jest, wydaje mi się, taki potencjał, który już mamy w tej chwili, który mogłoby MZ z NFZ wykorzystać do tego typu badania. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Proszę panią.

Sekretarz Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Jolanta Januszcak:

Jola Januszcak, Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych.

Ja tylko zasygnalizuję, że też mamy, jako organizacja, zgłoszenia z właściwie całego terenu Polski z POZ od pielęgniarek i naszych organizacji, że jednak idzie się w kierunku oszczędzania na pielęgniarkach, których i tak w tych POZ nie ma. Przykładowo będzie 0,5 pielęgniarki na 1000 pacjentów. Ja bym też może prosiła, żeby przed wydaniem takiej decyzji, bo też dyrektorzy próbując uratować finanse swoich podmiotów, którymi zarządzają, robią ograniczenia na kadrze i idą w kierunku niestety pogorszenia jakości. Jak ta jedna pielęgniarka będzie chodziła między czterema gabinetami? Jak tu realizować narodowe programy? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Zapraszam pana ministra.

Senator Wojciech Konieczny:

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Panie dyrektorze, nie mam intencji męczyć pana, tym bardziej zamęczyć, ale odpowiadając też trochę panu posłowi, w tej ustawie o zdrowiu publicznym jest nawet stworzony komitet przy KPRM – w ustawie, której nie ma, to znaczy jest, ale nie jest procedowana – który oceniałby każdy akt prawny, który pojawiałby się, od strony zdrowia publicznego. Byłaby Rada ds. Zdrowia Publicznego i zanim jeszcze trafiłby tutaj ten projekt, on już by był tam oceniony przez taką radę i na przykład, jeżeli MRiRW byłoby czemuś przeciwne, to ten komitet wydałby opinię, że z punktu widzenia zdrowia publicznego aktywność MRiRW jest niewskazana w tym zakresie. Może się doczekamy, że ta ustawa się pojawi.

Do pana dyrektora mam takie pytanie, bo troszeczkę się pogubiłem o dziwo. Na początku rozumiałem – nie ma pieniędzy, więc nie wprowadzacie NPZ. Było to dość jasno powiedziane i klarownie, za co dziękuję. Później pojawiło się, że jednak coś wprowadzacie i teraz nie wiem, o czym pan dyrektor mówił. Czy pan dyrektor mówił o tym, że 2026 r. minie, tak jak do tej pory i później coś wprowadzamy, będziemy zmieniać jednak ten plan, który mamy; pewnie zarówno ustawę, jak i NPZ będziemy zmieniać, by w 2027 r. był inny niż ten, który opiniowała Rada ds. Zdrowia Publicznego w czerwcu, czy też dokonaliście zmian na przyszły rok? Jeżeli to są te

zmiany, co pan dyrektor mówi, to one są dość duże, również jeżeli chodzi o te samorządy itd. Teraz mam pytanie, czy odbyła się Rada ds. Zdrowia Publicznego i ona zaaprobowała tę zmianę na przyszły rok, czy też się nie odbyła i uznajecie to za przedłużenie, jednak dość istotnie ingerując w treść tego NPZ? Zmierzam do tego, żeby moim zdaniem, jeżeli tam na przykład pojawiają się jakieś rzeczy związane ze szkołami, to dobrze by było to lepiej przekonsultować niż tylko na zasadzie takiej, że przedłużamy program i już. Dalej nie będę męczył pana dyrektora.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Zapraszam pana. Nie pana dyrektora, tylko są jeszcze pytania.

Prezes Instytutu Zdrowia i Demokracji Grzegorz Ziemniak:

Grzegorz Ziemniak, Instytut Zdrowia i Demokracji.

Panie dyrektorze, czy projekt, który wybrzmiewa co jakiś czas, żeby każda ustawa istotna z punktu widzenia gospodarki, finansów publicznych, zdrowia oczywiście także, zawierała tzw. zdrowotny OSR jest aktualny i czy ma pan nadzieję, że on ujrzy światło dzienne, i czy pan minister Berek ten projekt kiedykolwiek dostał, zaopiniował? Czy jest szansa, że coś takiego zostanie wprowadzone, jaki jest wpływ wdrożenia danej ustawy na zdrowie publiczne? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Jeszcze jedno słowo pan poseł i już puszczam pana dyrektora.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Ja przepraszam, panie dyrektorze, że jeszcze się odezwę, ale muszę wyjść niestety. Następne obowiązki, państwo wiecie – komisje, sale itd.

Panie dyrektorze – i to w ogóle do pani przewodniczącej też, bo pracowaliście nad tym dokumentem – przed nami jest duża dyskusja nad zmianą filozofii funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. My mamy nastawiony cały system, ja to wszędzie powtarzam, na medycynę naprawczą. To znaczy interwencja już w sytuacji zaistniałego kryzysu, gdy ktoś jest chory, ma zaawansowaną chorobę, jest w późnym stadium bądź jeśli przez przypadek trafił do jakiegoś programu profilaktycznego, to się udało, albo przez przypadek ktoś wykrył w sobie małego guza, to akurat wcześniej się zdiagnozował, co jest przypadkiem. Zazwyczaj to jest przypadkiem, bo ktoś komuś kupił prezent, ktoś komuś zafundował badania profilaktyczne w formie prezentu etc. Natomiast ja zawsze mówię, że powinniśmy przeformułować myślenie i finansowanie na medycynę prewencyjną, czyli całą profilaktykę. Tylko że tego nie zobaczymy w horyzoncie roku, dwóch, czterech niestety, tylko efekty takiego przeformatowania zobaczymy dopiero w perspektywie średniookresowej 5 do 10 lat. To jest minimalnie od 5 do 10 lat. Nawet średniookresowa to 10–15 lat, powiedziałbym, przepraszam, bo średniookresówka jest trochę później. W związku z tym to jest inwestycja niestety ponadpolityczna, ponad kampanię wyborczą. To jest myślenie tak jak w Japonii się myśli – nie w horyzoncie od wyborów do wyborów, tylko 20, 30, 50, 60 lat, bo tak się kształtuje tam polityki. Zupełnie inna mentalność. My do tego musimy jeszcze dorosnąć, natomiast pierwszym krokiem byłaby zmiana finansowania, bo jeśli ja widzę, że na profilaktykę mamy marne 5 mld zł, to nie pójdziemy w tym kierunku. Nawet gdybyśmy chcieli cokolwiek złożyć, jeśli nie będzie na profilaktykę 20–30 mld zł, bo to jest realne wsparcie profilaktyki, nie możemy mówić o przeformatowaniu myślenia i większej profilaktyki, wykrywania chorób. Tak samo jest z programami lekowymi. Mamy je tak wynegocjowane, że podajemy już w zaawansowanych stadiach przy powikłaniach, sytuacjach kryzysowych, kiedy podanie wcześniej mogłoby uniknąć wszystkich operacji, stanów pośrednich itd. Testy wielogenowe, gdzie można byłoby ograniczyć skutki chemioterapii, radioterapii i innych, że kobiety czy mężczyźni mogliby mniej korzystać z L4. To wszystko przyniesie wymierne korzyści dla budżetu. Będą chodzili do pracy, nie będzie trzeba wypłacać zasiłków, rodzina nie będzie musiała się opiekować pacjentem etc. Wiecie państwo, o co mi chodzi. Oczywiście w tak wąskim gronie – przepraszam, z szacunkiem do państwa, ale do naszych realiów decyzyjnych – tego nie wypracujemy. To wymaga bardzo dużej pracy na poziomie dużej woli politycznej i przyszłościowej. Natomiast to jest ten kierunek i jest pytanie, czy jest szansa?

Natomiast w źródłkach finansowania musi powstać coś na wzór Funduszu Drogowego. Fundusz Drogowy ma stałe zasilanie z kilku elementów podatkowych i wiemy, jaka to jest kwota co roku, która do niego wpływa, i wtedy można planować. Bez stabilnego funduszu zdrowia publicznego, bo tak go nazwijmy roboczo, nie wiem, jak państwo go nazywacie – OK, trafiłem –

nie będzie możliwe realizowanie żadnej polityki i w żadnym horyzoncie krótko, długo i średniofalowym.

Ostatnie moje słowo – już się zamykam i wychodzę – à propos izb wytrzeźwień. Przypominam, że jest jeszcze korkowe, które funkcjonuje, z którego trzeba realizować też cele profilaktyczne i inne. Natomiast ja uważam, że izby wytrzeźwień mogłyby być jedną z polityk populacyjnych w tym kontekście odciążenia SOR, także przekierowania tych osób w taką stronę... Też nie na Policję, bo na Policji te czasowe pomieszczenia przebywania osoby w nietrzeźwości i w innych stanach to też nie jest rozwiązanie, bo oni się faktycznie boją je tam wozić. Nigdy prawie tam nie wożą, nie przetrzymują nikogo pod wpływem, tylko dla swojego bezpieczeństwa raczej wywożą na SOR od razu. Powiem wprost – policjanci boją się ludzi. Wiecie, dlaczego czasami umierają ludzie na ulicach? Bo co policjanci czy funkcjonariusze mają z tą osobą zrobić? Oni się boją podjechać, wziąć, bo później muszą jeździć od szpitala do szpitala, od punktu do punktu. Nikt jej nie chce wziąć. Ci biedni funkcjonariusze mają naprawdę duży problem, żeby zadbać o taką osobę czasami, bo nikt nie chce tak naprawdę podjąć się tego problemu. Ja uważam, że to powinno być systemowe, państwowe rozwiązanie, że izby nie powinny być na barkach samorządu, bo samorząd wypycha koszty. W związku z tym powinna być – nie wiem – jedna izba na 0,5 mln obywateli, finansowanie można ściągnąć z korkowego po części, czy można z akcyzy częściowo ściągnąć. Finansowanie tego byłoby, uwierzcie, a jakie byłyby zyski, panie dyrektorze, dla szpitalnictwa, jakby spadły koszty ochrony, zajmowania się, niepotrzebnych badań, całego personelu i wypalenia zawodowego. Przecież pielęgniarki, lekarze mają dość roboty na SOR z ludźmi chorymi i ciężko chorymi, a nie użerać się z kimś, kto chce ich pobić, bo nie kontroluje swoich emocji, bo jest pod wpływem różnych używek i naprawdę powinniśmy chronić ten personel SOR, który nie chce tam pracować. Koszty pracy SOR i tak rosną, bo żeby przekonać jakiegoś lekarza, żeby poszedł tam pracować, trzeba niebotycznie przepłacać. Ale się im też nie dziwię, bo to jest dla nich utrata zdrowia, sił i chęci do funkcjonowania dalszego. W związku z tym panie dyrektorze i pani przewodnicząca, dziękuję za podkomisję w tym zakresie. Wiem, że będzie Komisja Zdrowia, bo rozmawiamy o tym, ale jakby pan dyrektor też był dobrym lobbystą tego tematu – oczywiście pozytywnym tego słowa znaczeniu – i my wszyscy, to też by przyniosło populacyjny efekt i bezpieczeństwo na SOR, i usprawniłoby pracę SOR. Ja przepraszam, że muszę wyjść, ale dziękuję pani przewodniczącej, że mogłem drugi raz zabrać głos.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

To zapraszam do odpowiedzi, panie dyrektorze.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Jeszcze tylko wykorzystam fakt, że zadający pytanie jest na sali i odpowiem w pierwszej kolejności, jak to jest, że podatek cukrowy raz działa i nie działa.

Otóż jest to bardzo proste, a mianowicie podatek cukrowy spełnił swoją funkcję w pierwszym okresie i doprowadził do reformulacji składu napojów, do zmiany po części przynajmniej wolumenu spożycia napoi słodzonych, w szczególności w młodszych kohortach wiekowych. Natomiast jest on określony kwotowo. To jest kilkadziesiąt groszy – to jest te 5 gr od grama ponad 5 g zawartości cukru. Został on wprowadzony w sytuacji, w której mieliśmy i nadal mamy jednak kilkuprocentową inflację w skali roku, co powoduje, że skala jego oddziaływania w tym momencie się wyczerpała. Więc prawdę mówi minister finansów stwierdzając, że oczekiwanie prozdrowotnego wpływu tej opłaty cukrowej w chwili obecnej przy fakcie, że konsumenci zamortyzowali już ten efekt w swoich wydatkach, jest nieuzasadnione. On w tym zakresie przestał napędzać tę zmianę. Natomiast to, co udało się uzyskać już jest jak najbardziej cenne. Natomiast jeśli chcemy zrobić coś więcej, to jest to możliwe. To coś więcej dokonuje się chociażby w zmianie tzw. rozporządzenia sklepikowego, czyli z jednej strony podnosimy podatek cukrowy i pokazujemy, że oddziałujemy przez kieszeń na te wybory konsumenckie, ale z drugiej strony zmieniamy tzw. rozporządzenie sklepikowe, czyli to żywienie zbiorowe i ofertę handlową w placówkach oświatowych, dlatego że okazuje się, że pojawia się dzięki temu przez zmiany zachowań konsumenckich, zmiany świadomości też po stronie rodziców przestrzeń do tego, aby pójść troszeczkę dalej. Mam nadzieję, że kiedy zakończymy akurat prace nad uzgodnieniami tegoż rozporządzenia sklepikowego, będziemy mogli się pochwalić, bo uważam, że będzie to zmiana wprowadzona o niebo lepiej niż ta z 2015 r., z której na skutek braku dobrej komunikacji, braku przygotowania się wycofywaliśmy. Mówię „wycofywaliśmy”, chociaż nie było mnie wtedy w resorcie, ale uważam to za porażkę po prostu resortu zdrowia i w ogóle zdrowia publicznego, więc się

z tym jak najbardziej identyfikuję. W chwili obecnej planujemy zmiany, które wejdą od września przyszłego roku, a jesteśmy już po konsultacjach, czyli szansa jest, że w tym roku zostanie wydane rozporządzenie, do którego będzie pełne osiem miesięcy na przygotowanie się zarówno po stronie konsumentów, dzieci, jak i po stronie tych, którzy dostarczają. Dlatego tak troszeczkę odwróciłem kolejność.

Natomiast wszyscy państwo pozwólcie, że tak in gremio zaadresuję jedną rzecz, a mianowicie tą, którą podnieśliście w kontekście efektywności systemu. Ona się pojawiła zarówno w kontekście funkcjonowania izb wytrzeźwień, o których wiemy, że ich brak tak naprawdę obciąża kilka innych o wiele droższych obszarów usług publicznych – usługi z zakresu bezpieczeństwa i porządku publicznego, czyli Policja, trzymanie kogoś, przewożenie kogoś przez policjantów do PDOZ, czyli pomieszczenia dla osób zatrzymanych – proszę wybaczyć background prokuratorski mi się uruchamia w takich sytuacjach. Czy to będzie PDOZ, czy to będzie SOR, to tak naprawdę są to najdroższe rozwiązania. Nie da się zaopiekować obywatelem w kraju drożej niż w tych dwóch miejscach. Izba wytrzeźwień jest odpowiedzią na pewną potrzebę i pewne zjawisko społeczne. To nie jest rzecz do uregulowania w NPZ ani wprost w ustawie o zdrowiu publicznym, ale projekt ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi przewiduje regulacje w tym zakresie, w szczególności ułatwiające tworzenie izb wytrzeźwień. Natomiast w izbach wytrzeźwień, jak już jesteśmy przy tym temacie, borykamy się z tym samym problemem, z którym borykamy się na SOR, to znaczy brakiem chętnych lekarzy do pełnienia tam dyżurów. Tutaj jakby otwartą kwestią jest ewentualne dopuszczenie innych zawodów medycznych i to jest rzecz, która znowu z perspektywy obecnego kierownictwa jest mocno akcentowana, czy osoby wykonujące inne zawody medyczne również chociażby w tym obszarze nie mogłyby zaistnieć. To nam znacząco zwiększa pulę dostępnych osób, lepiej pozwala zorganizować to plus dopuszczenie możliwości odtworzenia izb wytrzeźwień nie tylko w gminach mających powyżej 50 tys. mieszkańców, bo mamy zainteresowanie ze strony mniejszych gmin. Mamy zainteresowanie ze strony gmin, które mają poniżej i wspólnie z inną gminą, która ma poniżej 50 tys. mieszkańców, chciałyby tworzyć izbę wytrzeźwień, a taka gmina nie może ani tworzyć, ani współtworzyć, czyli współpracować w funkcjonowaniu takiego podmiotu, jak nie ma tych 50 tys. mieszkańców. Więc mielibyśmy zarówno taką możliwość współpracy międzygminnej, jak i funkcjonowania izb wytrzeźwień na przykład w destynacjach o charakterze turystycznym, gdzie liczba stałych mieszkańców, od których zależy ta możliwość, jest niewystarczająca, żeby izbę wytrzeźwień utworzyć, a potrzeby sezonowo jak najbardziej są. Więc tutaj pozwolę sobie zakończyć temat izb wytrzeźwień.

Natomiast też wiele osób powiedziało, co też pan poseł trafnie określił, że program, którego nie ma, jest najgorszym programem, a program, który jest, ma szansę być dobrym programem. To nie jest tak, że nie mamy NPZ i nie planujemy go mieć w przyszłym roku, ale odpowiadając na pytania pana ministra – tak, robimy przedłużkę. Przedłużamy te rozwiązania, które do tej pory obowiązywały, czyli rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie NPZ na lata 2021–2025 zmieni się w rozporządzenie w sprawie NPZ na lata 2021–2026. W związku z tym przedłużamy większość zadań, z wyjątkiem tych, które z uwagi swojego charakteru zakończyły się już jakimś opracowaniem, wdrożeniem jakiegoś rozwiązania, a te nowe zadania, które dodajemy, dodajemy dlatego, że w tych bardzo skromnych, ograniczonych środkach budżetowych rzędu 70-kilku mln zł i to w dodatku z rezerwy celowej, którą będzie trzeba uruchamiać – to nie są zaznaczone już w budżecie państwa pieniądze na NPZ – chcemy wykorzystać, czyli nie chcemy, żeby to finansowanie spadło poniżej poziomu zeszłorocznego i dostrzegamy kilka tych nowych rzeczy. Między innymi to badanie HBSC, o którym wspomniałem, te zachowania zdrowotne dzieci w wieku szkolnym, to jest badanie, które nie my będziemy realizować. To będzie badanie, które będzie najprawdopodobniej, jeśli te regulacje z projektu wejdą w życie, zlecone Instytutowi Matki i Dziecka. To jest badanie prowadzone według ścisłego międzynarodowego reżimu, jeśli chodzi o metodologię doboru próby przeprowadzania tego badania w kwestionariuszu. Więc jak gdyby nie jestem do końca w tym momencie przekonany, czy to jest badanie, które można zrobić na podstawie aktywności pielęgniarek, środowiska nauczania i wychowania. Poza tym to też nie jest coś, co my zbieramy z pań pracy, tylko robi to instytut w pewnym reżimie. Natomiast robimy to między innymi dlatego, żeby właśnie móc oszacować, jak to jest z tymi zachowaniami zdrowotnymi dzieci i młodzieży. To jest takie nowe badanie, nowy element, który wskakuje w miejsce któregoś z zakończonych zadań.

Takim na pewno sygnalizującym narastający problem jest właśnie to działanie z zakresu zmian klimatu. Do tej pory przez dwie edycje NPZ problematyka zmian klimatu... Ja nie wchodzę w dyskusję na temat tego, kto i co powoduje zmiany klimatu, ale one są i jeżeli nasz system ochrony zdrowia i szerzej kwestia całego funkcjonowania państwa nie będzie uwzględniała perspektywy wpływu zmian klimatu na zdrowie, chorób klimatozależnych, innego oddziaływania czynników takich jak zanieczyszczenie środowiska, to po prostu nas dopadnie, jeżeli nie zdamy sobie na początku sprawy. Więc wykorzystujemy to wolne miejsce po zadaniach, które się skończyły na realizację takiego wstępnego działania. To sygnalizuje nam, że właśnie w przyszłości, tak jak powiedziałem, następny NPZ, jako że będzie się opierał na czynnikach ryzyka, takie jest założenie, to prawdopodobnie będzie musiał zaadresować również te związane z środowiskiem fizycznym człowieka, a to właśnie w wyniku zmian klimatu podlega ogromnym zmianom. Mam nadzieję, że rozstrzygnąłem. Bardzo bym prosił, żeby nie używać określenia, że to jest jakieś prowizorium, bo to jest przedłużenie tego, co jest, dlatego że właśnie program, którego by nie było, byłby zły, ale jednocześnie przyjmowanie w sytuacji braku możliwości zapewnienia – przejdę zaraz do kolejnego zagadnienia – stabilnego finansowania działań zdrowia publicznego kolejnej pięcioletki to byłaby prawdziwa proteza. Więc w tej sytuacji uczciwym jest powiedzieć: przedłużamy to, co było do tej pory, co dobrze działało, te zadania, które potrzebujemy, wprowadzamy. Natomiast rzetelnie z nową podstawą ustawową, ufam, przygotowujemy się do kolejnego NPZ.

Tutaj kwestia tego stabilnego mechanizmu finansowego. Pan poseł użył określenia fundusz zdrowia publicznego. Ci, którzy byli zaangażowani w prace nad tym projektem ustawy, mogą się uśmiechnąć, bo właśnie dokładnie to narzędzie w postaci państwowego funduszu celowego, czyli mechanizmu, który gromadzi środki z określonym celem ich wydatkowania, było naszym celem i pozostaje naszym celem. Problemem jest tylko wskazanie, jakie środki, w jakim mechanizmie będą ten fundusz zasilaty. W tym momencie uchylę się od odpowiedzi na pytanie pani przewodniczącej, ponieważ ani funkcja, ani czas nie uprawniają mnie do tego, aby na to pytanie odpowiedzieć. Mamy w resorcie, w Departamencie Zdrowia Publicznego kilka pomysłów odnośnie tego, w jaki sposób można pozyskać środki na działania zdrowia publicznego. Mamy też swój pogląd na temat tego, że środki na działania zdrowia publicznego nie powinny konkurować z wydatkami na medycynę naprawczą, dlatego że w chwili obecnej środki wydane na szeroko rozumianą profilaktykę – chociaż zdrowie publiczne to często krok przed profilaktyką tak naprawdę – postrzega się jako konkurujące z palącymi wydatkami w medycynie naprawczej. Chcielibyśmy wyjść z tego klinczu i pokazać, że to jest inny zasób środków finansowych i to z sobą nie konkuruje. Takim optymalnym rozwiązaniem, ale to jest opinia, proszę to przyjąć jako indywidualną opinię ekspercką w zakresie zdrowia publicznego, a nie stanowisko resortu, ani nawet departamentu, byłoby takie, by tych pieniędzy nie wliczać do limitu wydatków z działu VA ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych środkami publicznymi. Wtedy byśmy tej konkurencji globalnie nie mieli. Ale to jest rozwiązanie ściśle optymalne. Natomiast czy jest ono realne, to się jeszcze okaże.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Przepraszam, bo...

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Czas, wiem. Zawsze czas.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Pan odpowiadał poniekąd już na moje pytania, panie dyrektorze. Natomiast wśród tych moich pytań było jeszcze pytanie dotyczące tego, czy te zmiany, które tutaj są, były zatwierdzone przez Radę?

Dopytam jeszcze jedno, jak już jestem przy głosie, bo już pan trochę wyjaśnił, czego ma dotyczyć to badanie zachowań dzieci w wieku szkolnym, ale ja bym tak troszeczkę szerzej chciała, szczerze mówiąc, co w tym się mieści, bo to jest takie bardzo ogólne pojęcie. Na przykład czy jest zdrowie psychiczne? Bo też tutaj mam w głowie centra zdrowia psychicznego, które nadal pozostają pilotażem. Jakby też się martwić o to i mam wiele głosów od osób zaangażowanych, które zajmują się na przykład problemem samobójstw wśród dzieci i młodzieży, że zabraknie w którymś momencie tych centrów, które bardzo dobrze spełniają swoją rolę. Tu bym chciała też właśnie dopytać. Dziękuję bardzo.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Dobrze, bo też pan senator zapytał o to i przepraszam, bo rzeczywiście w układaniu swojej wypowiedzi pomiąłem tę kwestię.

Kwestia zmian w zakresie zadań, które będą w tym przedłużonym NPZ – w chwili obecnej jesteśmy na etapie uzgodnień międzyresortowych i tak jak Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego będziemy przedstawiali projekt rozporządzenia Rady Ministrów, czyli tej przedłużki, mówiąc kolokwialnie, w wersji uzgodnionej międzyresortowo, tak aby dokument w miarę możliwości w ostatecznym brzmieniu był samorządom przedstawiany, tak samo radzie planujemy przedstawić go w tej wersji uzgodnionej międzyresortowo, a nie w wersji, która dopiero potem ulegnie zmianie w wyniku uwzględnienia wpływu jakichś resortów. Natomiast projekt samego rozporządzenia już na etapie uzgodnień wewnątrzresortowych został skierowany do członków Rady ds. Zdrowia Publicznego w celu uzyskania ich pisemnych stanowisk. Więc jakby dokonaliśmy uzgodnienia z tym gremium na etapie bardzo wczesnym i planujemy przedstawić go Radzie po uzgodnieniach międzyresortowych równolegle do przedstawienia tego KWRiST, ale tak jak powiedziałem, te zmiany w większości polegają na tym, że o pewnych zadaniach, które mają charakter skończony, po prostu nie ma co pisać, że one są realizowane w 2026 r. Jeśli jakieś zadanie zakończyło się wydaniem raportu, opracowaniem rekomendacji, to się już po prostu skończyło, a pojawiają się te wskazane przez panią przewodniczącą działania.

Jeśli chodzi o same dwa badania, które będą robione dotyczące dzieci, czyli badanie COZI, które dotyczy otyłości wśród dzieci, i badanie HBSC, czyli zachowania zdrowotne, nie jestem ekspertem od tego badania i nieolojalnym byłoby próbować odpowiadać w tym momencie, ale obiecuję wrócić do pani przewodniczącej i podkomisji z tą informacją z takim szczegółowym opisem i również z tymi poprzednimi wynikami. To są po prostu badania robione cyklicznie i akurat 2026 r. to jest ten rok, w którym należałoby to zrobić, więc one by się tak czy inaczej pojawiły prawdopodobnie, nawet gdybyśmy mieli ten wymarzony, docelowy NPZ.

Panie reprezentujące pielęgniarki podniosły kwestie, które niestety wykraczają poza mój zakres działań w ministerstwie. Kwestia czy to normatywów zatrudnienia, czy tego jak funkcjonuje podstawowa opieka zdrowotna, powiem tak, na szczęście nie jest przedmiotem mojej pracy, aczkolwiek jest przedmiotem naszych zmartwień, dlatego że podstawowa opieka zdrowotna to jest jedyne miejsce w systemie, w którym w samej nazwie dokumentacji, którą państwo prowadzicie, widać, że nie chodzi tylko o chorobę, bo to jest jedyne miejsce, gdzie nie ma historii choroby, tylko jest historia zdrowia i choroby. To coś znaczy i dla nas jest to bardzo istotne. Natomiast zarówno koszyk POZ, jak i regulacje dotyczące wykonywania zawodu są poza Departamentem Zdrowia Publicznego.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Ale zawsze pan dyrektor, jako taki posłaniec, może szepnąć, że na podkomisji były panie zainteresowane współpracą i przekazać tę wiadomość, bo panie się tutaj bardzo chętnie by zaangażowały.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Jak jesteśmy w tej poetyckiej atmosferze, mam nadzieję, że będę tym dobrym posłańcem.

Sekretarz Zarządu Krajowego OZZPiP Jolanta Januszczak:

Też tak się czujemy. Chcielibyśmy nawiązać dialog, bo to jest kwestia, żeby te osoby były pacjentami korzystającymi z profilaktyki, a nie chorymi, którzy przychodzą już się leczyć. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Oddaję głos, panie dyrektorze.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Kuba Sękowski:

Ostatnia chyba kwestia, która nam została, a którą bardzo trafnie podkreślił pan minister, a mianowicie kwestia – zresztą też wspomniana przez pana posła – koordynacji i pewnego rozproszenia działań. Też to akcentowałem, że wiemy z tego systemu Profibaza, że wydatki samorządów na różnego rodzaju interwencje zdrowia publicznego wielokrotnie przekraczają wydatki MZ, co pokazuje, że jest tam właśnie potencjał do koordynacji tych działań. Ale z tą koordynacją jest związane zagadnienie oceny wpływu na zdrowie. To znaczy abyśmy potrafili powiedzieć, jak poszczególne polityki publiczne wpływają na zdrowie. Projekt ustawy, nad którym pracowała Rada, przewidywał, że na poziomie Rady Ministrów powstanie komitet ds. zdrowia publicznego, tak jak do tej pory funkcjonuje Komitet do Spraw Europejskich, na którym dokumenty

implementacyjne, związane ze stanowiskiem Polski na forum Unii Europejskiej są przyjmowane, tak jak istnieje Komitet Ekonomiczny, Komitet do Spraw Cyfryzacji, które to projekty rządowych aktów normatywnych przyjmują, czyli są takim elementem procedury decyzyjnej poprzedzającej finalną decyzję Rady Ministrów, a czasami podejmującą decyzje zamiast Rady Ministrów, bo Rada Ministrów scedowuje na nie swoje określone uprawnienia, jak ma to miejsce w przypadku Komitetu do Spraw Europejskich. Tak, zaproponowano, aby kwestia zdrowia publicznego właśnie z uwagi na jej międzyresortowy charakter została podniesiona do rangi takiej sprawy rozpatrywanej przez dedykowany podmiot, co jak gdyby odpowiada też na pytania dotyczące OSR, czyli oceny skutków regulacji w zakresie wpływu na zdrowie.

Ja tylko zwracam państwu uwagę, że przeszło dekadę temu, ale te wnioski wtedy wyciągnięte się nie zmieniły. Fundacja im. Batorego w ramach oceny funkcjonowania ocen skutków regulacji wskazała, gdzie te oceny są słabe. Wpływ na sektor ochrony zdrowia był wskazywany jako jeden z głównych obszarów, to znaczy większość aktów normatywnych przyjmowanych w Polsce nie wywiera wpływu na ochronę zdrowia, zdrowie społeczeństwa. Powstaje pytanie w takim razie, czemu one służą? Bo dotyczyło to również często dokumentów, które w swoim założeniu miały to robić, a mimo to tę ocenę skutków regulacji w tym punkcie zbywano: nie wywiera wpływu. Jeśli taka regulacja powstaje, to właśnie zadaniem takiego komitetu Rady Ministrów do spraw zdrowia publicznego byłoby powiedzenie: to albo ta regulacja jest niepotrzebna, albo trzeba rzetelnie ocenić. Więc ten element koordynacji zarówno na poziomie rządowym, jak i koordynacji z samorządami, bo temu też warto poświęcić dosłownie chwilę, jest bardzo istotny. Przy czym koordynacja z samorządami musi przybierać formę uwzględniającą konstytucyjną samodzielność tych władz, konstytucyjną ochronę ich możliwości stanowienia o własnych sprawach, które zostały przekazane wspólnocie lokalnej do rozstrzygania. Wzmocnieniu takich działań samorządowych powinny służyć różnego rodzaju rekomendacje i działania rekomendowane, sparametryzowane, które wskazuje się tym samorządom, ponieważ one mają prawo dokonywać określonych wyborów w zakresie pewnych priorytetów swojej polityki, ale w obrębie pewnego ogólnego interesu zdrowotnego całego społeczeństwa. Mają prawo dokonywać decyzji odnośnie skali swojego zaangażowania, ale ta skala swojego zaangażowania nie powinna z kolei oznaczać zaangażowania w działania o wątpliwej jakości albo sprzeczne z polityką zdrowotną całego państwa, bo rzeczywiście efektu populacyjnego nie da się uzyskać w sytuacji, w której w jednej gminie można szczepić się przeciwko grypie w określonej grupie wieku, w innej przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego, a jeszcze w innej można zmierzyć ciśnienie. Naprawdę w żadnym z tych elementów nie uzyskamy mierzalnego efektu. Co więcej, ta interwencja chociażby w zakresie nadwagi i otyłości czy chorób układu krążenia może być inaczej opisana, inaczej sparametryzowana i nawet trudno je między sobą porównać w tym momencie. Więc upatrujemy w kolejnym NPZ właśnie takiego narzędzia koordynującego, może standaryzującego pewne działania, a raczej oferującego możliwość sięgnięcia – tak posługując się paralełą do języka angielskiego, bardzo popularnego określenia skrzynki z narzędziami – do tego słynnego toolboxu, żeby NPZ to był taki toolbox działań zdrowia publicznego, które są sprawdzone, o udowodnionej naukowo skuteczności. Jeżeli wszystkie podmioty zainteresowane działaniami na rzecz zdrowia publicznego, bo bez zainteresowania się nie da, będą wybierały coś z tego toolboxu, to będziemy mogli mówić o osiągnięciu efektu populacyjnego.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Bardzo dziękuję.

Bardzo proszę.

Senator Wojciech Konieczny:

Już kończąc, bo przychodząc czasami na komisje, podkomisje, zespoły itd, jako wiceminister pewnego zjawiska nie obserwowałem, chciałbym je teraz wprowadzić.

Chcę pochwalić pana dyrektora, ponieważ pomysł stworzenia komitetu, który byłby o tak dużej randze, wyszedł do niego. Nie używa tych słów – mówi „zrobiono” lub „powstało coś”. Nie, pan dyrektor dzięki swojej wiedzy merytorycznej i byciu w zdrowiu publicznym po prostu widzi konieczność. Mnie wtedy, kiedy podejmowałem decyzję, przekonał do tego w 100%, więc nie dziwię się, że dzisiaj też kwieście o tym mówił, ale zapomniał powiedzieć, że to jest jego pomysł. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Wicha (Lewica):

Co dowodzi, że politycy i niepolitycy mogą merytorycznie pracować nad zdrowiem publicznym i nie tylko publicznym. Dokładnie tak. Bardzo dziękuję.

Czy jeszcze ktoś z państwa chciałby zabrać głos, zanim zakończę? Nie. Tym samym stwierdzam zakończenie dyskusji, wyczerpaliśmy omawianie informacji.

Pełen zapis posiedzenia będzie dostępny na stronie Sejmu. Zamykam posiedzenie podkomisji i bardzo państwu dziękuję za rozmowę w skromnym gronie, ale myślę, że merytorycznie i ciekawie. Dziękuję bardzo.