



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

X kadencja

Zapis stenograficzny

z posiedzenia
Komisji Zdrowia (133.)

12 września 2023 r.

Porządek obrad:

1. Informacja Minister Zdrowia Katarzyny Sójki na temat działań podjętych w zakresie ochrony danych pacjentów oraz w sprawie receptomatów. Podsumowanie działań rządu w zakresie polityki zdrowotnej i osiągniętych celów zdrowotnych.
2. Sprawozdanie z działalności Komisji Zdrowia Senatu Rzeczypospolitej Polskiej X kadencji.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 05)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca
Beata Małecka-Libera)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dzień dobry.

Szanowni Państwo, będę rozpoczynała posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia, program jest bardzo napięty, tematów wiele.

W związku z tym pozwólcie państwo, że przywitam was wszystkich, jak mówię, gremialnie, w taki sposób, że nikogo nie będę wymieniała z nazwiska. Witam pana ministra oczywiście, bo jest tutaj osobą niezbędną, aby ta komisja mogła dzisiaj obradować.

Porządek sto trzydziestego trzeciego posiedzenia Komisji Zdrowia obejmuje punkt: informacja ministra zdrowia – no, miała być pani minister Katarzyna Sójka, zapraszałam – na temat działań podjętych w zakresie ochrony danych pacjentów i receptomatów. Podsumowanie działań rządu w zakresie polityki zdrowotnej oraz osiągniętych celów zdrowotnych. I punkt drugi, czyli sprawozdanie z działalności Komisji Zdrowia. Jest to już zwyczajem, że zawsze na koniec kadencji zdajemy sprawozdania z działalności naszej komisji.

Szanowni Państwo, tak jak powiedziałam, niezwłocznie przystępujemy do rozmów i do działań. Chcę powiedzieć o dwóch rzeczach. Mianowicie wczoraj do Komisji Zdrowia wpłynął materiał, który ma być odpowiedzią na tę informację. Przyznaję, że dość obfity, co nie znaczy, że aż tak bardzo merytoryczny, bo większość rzeczy jest tu opisanych w czasie przyszłym, czyli jako planowanych. Dobrze, będziemy o tym rozmawiać. Ponadto dostałam odpowiedź na pierwsze zadane pytanie, jakie decyzje zostały podjęte, aby

ochronić nasze dane, dane pacjentów, i w kwestii receptomatów, która była bulwersującą sprawą i która przyczyniła się, jak wszyscy wiemy, do dymisji pana ministra Niedzielskiego. Liczyłam na to, że pani minister przyjmie zaproszenie i że odpowie, jakie konkretne działania zostały podjęte. Z odpowiedzi, którą mam tu przed sobą, która została złożona pisemnie, mogę tylko powiedzieć... Oczywiście pan minister będzie zabierał głos i będzie o tym mówił, ale z tego co mam przed sobą, jasno wynika, że w tej chwili tak naprawdę dopiero mają miejsce audyty dotyczące ochrony danych pacjentów, i przewiduje się zakończenie tych audytów na październik 2023 r. Czyli, jak rozumiem, skoro jesteśmy w trakcie audytu, to nie zostały podjęte konkretne decyzje, które miałyby uchronić przed dostępem osób niepożądanych do danych pacjentów.

Co do receptomatów, to również jest tu krótka odpowiedź, podano, jakie działania, kierowane głównie w stosunku do lekarzy, zostały podjęte. Moje pytanie do pana ministra będzie takie: a jakie działania zostały podjęte, aby ten system przestał w ogóle funkcjonować na tej zasadzie? Bo ktoś ten system zbudował, Panie Ministrze, za tymi receptomatami stoją nie tylko lekarze, którzy rzeczywiście popełnili błąd, wypełniając czy drukując recepty niezasadnie, ale także ktoś, kto stworzył im do tego warunki. Bardzo będę prosiła, żeby pan minister do tego się odniósł, jak również do wszystkich kwestii związanych ze zdrowotnością.

Szanowni Państwo, sytuacja jest dzisiaj też nadzwyczajna, ponieważ planując posiedzenie Komisji Zdrowia na dzisiaj, w perspektywie mieliśmy posiedzenie Senatu, które miało się odbyć 13 i 14 września, taki był pierwotny plan. No więc na dzień dzisiejszy już dawno było zaplanowane posiedzenie komisji senackiej jako ostatnie w tej kadencji. Tak się złożyło, że posiedzenie

Senatu było w ubiegłym tygodniu, niemniej jednak posiedzenie komisji było zaplanowane dużo wcześniej. Dziś okazało się, że dodatkowo ukazał się raport NIK dotyczący działań podjętych przez rząd w czasie epidemii, raport z druzgocącą oceną. Myślę, że pan minister podobnie jak większość z nas przysłuchiwał się temu sprawozdaniu. No więc większość z nas to słyszała, niemniej jednak kilka rzeczy chcę tutaj jasno wyartykułować z tego raportu, gdyż sprawa jest bardzo bulwersująca, a szczególnie z uwagi na Ministerstwo Zdrowia i na zdrowie Polaków.

NIK przede wszystkim podkreślał, że podejmowane przez rząd działania były niezgodne z prawem, i co do tego zostały wystosowane wnioski do prokuratury. Również wydatkowanie pieniędzy, naszych publicznych pieniędzy, było poza kontrolą parlamentu, ponieważ powstał słynny fundusz covidowy, z którego pieniądze nie podlegają kontroli budżetowej. Rząd nie poradził sobie z epidemią, podejmowane decyzje były chaotyczne, pieniądze były marnotrawione. Ale najgorszy jest efekt całej epidemii, czyli śmiertelność: 119 tysięcy zgonów związanych tylko z COVID-19. Do tego trzeba doliczyć również te, które w wyniku innych chorób jak gdyby powiększały śmiertelność, ze względu na to, że system opieki zdrowotnej nie zapewniał chorym odpowiednich świadczeń. W 2020 r. było o 67 tysięcy zgonów więcej niż w roku 2019, a w roku 2021 liczba zgonów przekroczyła średnią z ostatnich 5 lat aż o 154 tysiące. Te dane, Szanowni Państwo, są naprawdę porażające.

Oprócz elementu wydatkowania niezasadnie pieniędzy, co również w czasie swojego wystąpienia NIK podkreślał, a to są kwoty w miliardach, które zostały wydatkowane bez osiągnięcia efektu, na jaki wszyscy powinniśmy liczyć, drugim elementem jest ta śmiertelność, która jest na zatrważającym poziomie, przez co jesteśmy na przedostatnim miejscu na świecie, jeżeli chodzi o liczbę zgonów na 100 tysięcy. To są po prostu dramatyczne dane.

Przedstawię jeszcze kilka liczb, które sobie wynotowałam z dzisiejszej konferencji, które również, biorąc pod uwagę ciągłe niedofinansowanie ochrony zdrowia, no, robią wrażenie. Np. na respiratory, które są niesprawne i które zostały zakupione bez odpowiedniego sprzętu, wydano 82 miliony zł, na szpitale tymczasowe wydano 7 miliardów. Tymczasowe – mówię o takich, które powstały w innych pomieszczeniach,

niż dodatkowe budynki szpitalne. To zostało mocno przez NIK zakwestionowane, gdyż te szpitale okazały się niecelowe, a ich utworzenie spowodowało ogromne skutki finansowe. Jedno łóżko, Szanowni Państwo, w takim szpitalu tymczasowym kosztowało 149 tysięcy zł. Takim najbardziej charakterystycznym szpitalem tymczasowym był szpital utworzony w szczecińskiej galerii Netto...

(Głos z sali: Tam jest hala sportowa.)

...hali sportowej, przepraszam, na którego utworzenie wydano 29 milionów. Ale nie trafił tam ani jeden pacjent. Podobnie zakwestionowano Arenę „Jaskółkę” w Tarnowie, która również została przekształcona w szpital tymczasowy, a działał tam jedynie punkt szczepień. I takich kwestii było podnoszonych kilkanaście, a kilka wniosków o postępowanie trafiło do prokuratury.

Wydaje mi się, że jest to temat równie ważny jak cała dotychczasowa polityka Ministerstwa Zdrowia i rządu przez ostatnie lata, w wyniku której, Szanowni Państwo, stan zdrowotności i stan naszej ochrony zdrowia budzi naprawdę ogromne wątpliwości. Ja przytoczę kilka cyfr, które są odzwierciedleniem tego stanu zdrowotności, jaki mamy, a potem oddam głos panu ministrowi, żeby mógł się do tych spraw odnieść.

Po pierwsze, długość życia w Polsce spada dwukrotnie szybciej niż w innych państwach europejskich. Przeciętny Polak żyje 5,5 roku krócej od przeciętnego mieszkańca Unii Europejskiej, co jest wynikiem m.in. właśnie braku dostępu do lekarzy, do opieki zdrowotnej, ale także nierówności co do stanu zdrowia, jakie mamy na terenie kraju. Liczba nadmiarowych zgonów w latach 2020–2022 przekroczyła 250 tysięcy. Ponad 25% zgonów Polaków było możliwych do uniknięcia – aby ograniczyć tę liczbę, potrzeba było tylko zwiększenia dostępności systemu ochrony zdrowia i wsparcia zdrowia publicznego z profilaktyką na czele.

Po drugie, wydatki na zdrowie w odniesieniu do PKB spadają. Całość nominalnego wzrostu nakładów publicznych na ten cel wynika ze wzrostu wartości składek oraz ze zmian podatkowych, które obciążają przedsiębiorców. Zadłużenie szpitali osiągnęło poziom ponad 19 miliardów zł, z czego 2 miliardy stanowią zobowiązania wymagalne. W ostatnim czasie Ministerstwo Zdrowia przestało publikować dane i aktualizować tę sytuację.

Kolejne dane. Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne? 4 miliony pacjentów czeka w kolejce do specjalistów, ponad 0,5 miliona chorych czeka na przyjęcie do szpitala. Brak odpowiedniej dostępności opieki w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia doprowadził do wzrostu wydatków prywatnych, które przekroczyły po raz pierwszy w historii 50 miliardów zł. Krajowa Sieć Onkologiczna została wprowadzona bez dokładnej analizy pilotażu. Jest problem z leczeniem psychiatrycznym, w tym dzieci, ale tu cały czas jest etap pilotażu. Fundusz Medyczny, o który wielokrotnie pyaliśmy, w którym jest ponad 5 miliardów niewykorzystanych środków, w tym na profilaktykę. O profilaktyce, jak myślę, powinniśmy odrębnie porozmawiać, gdyż zbliżamy się do jesieni i będzie problem z grypą, z powrotem wirusa COVID, o którym Ministerstwo Zdrowia jak gdyby zapomniało. Nie daj Boże, żeby fala jesiennych zachorowań była powrotem większej liczby zachorowań. Do tego polityka kadrowa, o której również chciałabym dwa słowa powiedzieć, do tego środki z KPO, a także ostatni program, który jest realizowany przez rząd, czyli Leki 65+. Myślę, że wydatki na te leki, które są ze składek zdrowotnych, a nie, tak jak to miało być, z dodatkowych pieniędzy, pokazują, że zabraknie pieniędzy na nowoczesne terapie. Do tego niezrealizowany Plan dla Chorób Rzadkich, z wieloma znakami zapytania, także co do prawidłowo prowadzonej profilaktyki.

Tak wygląda stan zdrowotności społeczeństwa naszego państwa i niezależnie od tego, jak będziemy zaklinać rzeczywistość, mówiąc o zwiększaniu środków, to według twardych danych, we wskaźnikach zdrowotnych wygląda on właśnie tak.

W tym momencie oddaję głos panu ministrowi. Proszę, żeby w pierwszym rządzie odniósł się pan do kwestii ochrony danych pacjentów i powiedział konkretnie, co Ministerstwo Zdrowia zrobiło w tym momencie, a nie tylko o audycie, jak również o tym, jakie zostały podjęte działania, jeżeli chodzi o receptomaty, ale w ujęciu systemowym, a później oczywiście, odniósł się do wszystkich kwestii, które tutaj poruszyłam.

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Dziękuję bardzo serdecznie, Pani Przewodnicząca, za to zaproszenie, za to, że mam

możliwość dzisiaj, na tym ostatnim posiedzeniu podziękować za możliwość współpracy i podsumować ten długi i bardzo trudny okres, wyjątkowy okres w historii ochrony zdrowia, z którym wszyscy się mierzyliśmy. Tak że za to na wstępie bardzo dziękuję.

Też powiem, że co do kontroli, raportu Najwyższej Izby Kontroli, to nie byliśmy zaproszeni na konferencję prasową. Ja nie byłem na tej konferencji. Odnosiliśmy się w trakcie całego procesu kontroli do poszczególnych elementów, podaliśmy wszelkie informacje i tylko na tym elemencie możemy bazować. W związku z tym nie za bardzo możemy na ten temat mówić, bo tak jak pani przewodnicząca powiedziała, to nie było związane z posiedzeniem, nie mogliśmy przewidzieć, że akurat dzisiaj te informacje zostaną udostępnione.

Tematem dzisiejszego posiedzenia jest informacja na temat ochrony danych pacjentów w zakresie spraw związanych z receptomatami, z wystawianiem recept dla pacjentów i informacje, kto za to odpowiada, że dane są zbierane przez system publiczny. I w tym zakresie chcielibyśmy powiedzieć, że od 1998 r., kiedy została wdrożona reforma systemu ochrony zdrowia, później zmieniona w 2003 r., było wiele rządów i żaden rząd nie zmienił całkowicie metody ani schematu logiki myślenia w związku z tym, że płatnik publiczny finansujący świadczenie finansuje konkretnie udzielone świadczenie, a świadczenie zdrowotne udzielone jest dla konkretnego pacjenta, scharakteryzowanego dokładnym PESEL-em, tu głównie rozliczamy się za każdego pacjenta. Czyli od 1999 r. Narodowy Fundusz Zdrowia ma wszelkie informacje o swoich wydatkach, które są związane z finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej. W każdym zakresie finansowania konkretnego pacjenta: za konkretną usługę, w konkretnym podmiocie leczniczym, przez konkretnego pracownika medycznego. Te wszystkie dane są w dyspozycji płatnika, jak również dane związane z wystawianymi receptami na leki refundowane i płatnością dla poszczególnych aptek za te leki. Takie informacje są zawsze... Tak jak powiedziałem, z wyłączeniem płatności kapitałowych, które są również płatnościami za pacjenta, ale nie są powiązane bezpośrednio z usługą. Jednocześnie usługi, które nie są powiązane ze stawką za udzielenie świadczenia...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Ministrze, ja bym bardzo prosiła, żeby pan nie tłumaczył nam rzeczy oczywistych, bo my, obecni na posiedzeniu Komisji Zdrowia, wiemy, jak ten system działa.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Ale to, że skandal... Bo ja zrozumiałem, że jest skandal w związku z tym, że Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za świadczenia zdrowotne pacjenta...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Nie, Panie Ministrze, chodzi nam o to, w jaki sposób było łatwo pozyskać dane pacjenta. Myślę, że dość precyzyjnie to powiedziałam. Oczekujemy właśnie na to odpowiedzi: w jaki sposób minister zdrowia dotarł do danych pacjenta, przekazując polecenie, o ile wiemy, w sposób ustny swoim pracownikom? I chodzi nam o odpowiedź na to, w jaki sposób ministerstwo obecnie podejmuje decyzje, aby takim sytuacjom zapobiec.

Proszę nam nie tłumaczyć, jak działa system, bo my w Komisji Zdrowia naprawdę dokładnie o tym wiemy. Wiemy, jakie możliwości ma płatnik, a chodzi nam konkretnie o ochronę danych.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Jeśli chodzi o system P1, system realizacji recept, to chciałbym powiedzieć, że aby usprawnić cały system wystawiania i realizacji recept, został stworzony centralny system wystawiania i realizacji recept. Został on rozpoczęty chyba w 2008 r. Na początku, przez 8 lat, nie dało się żadnych efektów osiągnąć, ale później, po udanej zmianie rządów, udało się bardzo szybko osiągnąć efekty, takie docelowe. Można więc wystawiać recepty w formie elektronicznej, co bardzo mocno usprawniło pracę aptek, ponieważ skanuje

się informację o wystawionych receptach i pacjent może je realizować. Ta sytuacja ostatecznie została wdrożona tuż przed rozpoczęciem pandemii. W 2019 r. był jeszcze pilotaż w aptekach, który został zakończony w 2020 r. i od stycznia wszedł obowiązek wystawiania i realizacji recept, co bardzo usprawniło system w sytuacji, kiedy weszliśmy w okres pandemii. Warto...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Ministrze, ja naprawdę bardzo pana ministra szanuję i bardzo też szanuję czas nas wszystkich. To wszystko, o czym pan mówi, to my znamy, ponieważ my pracujemy w Komisji Zdrowia od wielu lat, śledzimy, jakie są konkretne podejmowane decyzje i je znamy. Proszę nam nie opowiadać, że w roku tym a tym zostało wdrożone to i to, bo my historię znamy. My chcemy wiedzieć, jakie konkretne decyzje zostały podjęte, aby ochronić dane pacjentów – to mówię stanowczo – i co zrobiono, aby system, który pozwolił na wypisywanie recept w nadmiarowej ilości, został odpowiednio zablokowany.

Pan marszałek prosił o głos. Przepraszam. Proszę bardzo, Panie Marszałku.

**SENATOR
TOMASZ GRODZKI**

Dziękuję bardzo.

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze!

Senat mimo ostatniego posiedzenia, które odbyło się na początku tego miesiąca, ciągle pracuje. Ja mam za chwilę następną konferencję, bardzo ważną konferencję gospodarczą, o finansach i stanie finansów polskich, sytuacji, w jakiej naprawdę się znajdujemy. A tam sytuacja jest niemal równie dramatyczna, tyle że niepisana krwią i zgonami, jak w ochronie zdrowia.

Panie Ministrze, są recepty elektroniczne, nikt nie neguje, że był to sukces, pacjenci są zadowoleni, dostają numer, i to jest poza dyskusją. Jednak, jak pokazywało wielu lekarzy, zarówno w mediach, jak i w szpitalach, łącznie z prezesem Naczelnej Izby Lekarskiej, wejście do systemu ujawnia dane pacjentów, którzy w ogóle nie są pacjentami danego lekarza, co zresztą w sposób absolutnie nieakceptowalny wykorzystał pan minister Niedzielski, za co zapłacił posadą.

Pytanie jest proste: czy coś zrobiono, żeby ten system usprawnić, żeby takich żenujących sytuacji nie było? No, za chwilę zaczniemy myśleć, że pan minister – przy ogromnym szacunku, pan zawsze tu przychodzi – zasłuży na miano włoskiego kucharza, bo cały czas pan taki makaron na uszy nawija. To jest rzecz może miła, ale szanujemy wszyscy swój czas. Sytuacja wobec tego dramatycznego raportu NIK, który wypłynął dzisiaj, kiedy termin posiedzenia komisji był już dawno ustalony, dodaje tylko, że tak powiem, ostrości tej dyskusji. Ale tu zawsze dyskusja jest merytoryczna, nikt tu nie atakuje ad personam, wszyscy staramy się używać racjonalnych argumentów. I o to tylko proszę, a państwa przepraszam, że za parę minut, jak mi dadzą sygnał, będę musiał państwa opuścić. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI

Dziękuję bardzo i przepraszam bardzo.

To konkretnie, co do tych sytuacji... Dostęp dla lekarzy do danych pacjenta, w trybie ratowania życia, jest umożliwiony do wielu lat. Chodziło o to, żeby lekarz to widział. I tak jak w wielu zawodach zaufania publicznego, tak i tu ten dostęp powinien być wykorzystywany zgodnie z przepisami prawa. Nie zastosowaliśmy doniesienia do prokuratury wobec lekarzy, którzy weszli po te dane bez podstawy prawnej, bez świadczenia ratowania życia pacjentów. Tę usługę na dzień dzisiejszy zablokowaliśmy. Ale rozmawiamy też o tym, żeby jak największy zakres danych konkretnego pacjenta dla konkretnego lekarza w trakcie porady udostępniać. Bo o ile ja, jako minister zdrowia, bardzo dużo korzystam z różnego rodzaju analiz, o tyle dla Ministerstwa Zdrowia, dla NFZ, dla normalnych pracowników nie ma żadnego uzasadnienia i jakiegokolwiek potrzeby, żeby widzieć dane jakiegokolwiek pacjenta, bo na tym nie polega nasza praca. Praca polega na zbiorach danych, a nie na jednostkowych danych pacjenta. Ale

dla lekarza... Będziemy pracowali, żeby lekarz w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych miał jak największy dostęp i jak najpraktyczniejszy dostęp, żeby jak najmniej czasu tracił, zanim postawi wiarygodną diagnozę. To samo dotyczy całego personelu medycznego i pielęgniarek, jak również personelu aptecznego.

Cały ten system... W ogóle problemy, na które tu państwo zwracają uwagę, wyniknęły z naszego przeświadczenia, że należy usprawnić system. W szczególności rozpoczęliśmy pracę w zakresie wystawiania i realizacji recept na środki odurzające i psychotropowe, tak, żeby nie było możliwości wystawiania recept na żądanie, w szczególności w receptomatach, bez dokładnego zbadania pacjenta. Przygotowaliśmy przepisy szczegółowe do zmiany rozporządzenia w sprawie wystawiania recept na środki odurzające. Takie przepisy były od bardzo długiego czasu, ale na podstawie wcześniej istniejących recept papierowych trudno było zweryfikować maksymalne ilości wystawiane przez lekarza, jeśli pacjent pojawił się u kilku lekarzy. Lekarz miał obowiązek wystawienia recepty na nie więcej niż miesięczną czy 3-miesięczną terapię, ale jeśli pacjent pojawiał się u kilku lekarzy, to nie było możliwości zweryfikowania. Teraz takie techniczne możliwości są i dlatego – od tego się rozpoczęło – zaczęliśmy blokować możliwości wystawienia recepty bez sprawdzenia informacji przez lekarza poszczególniej farmakoterapii. Zmieniliśmy też teraz... Ponieważ część systemów informatycznych nie była gotowa, nie było aktualizacji, CEZ bardzo mocno współpracował i w związku z tym teraz jest ostrzeżenie dla lekarza, że nie sprawdził danych czy że... On ma możliwość wystawienia recept, pomimo że... Bo zebranie wywiadu osobistego i...

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Panie Ministrze, chcę dopytać.

Mówimy cały czas o lekarzach i o tym, że system zezwalał wystawić większą liczbę recept, i to państwo podobno zweryfikowaliście, będzie już jakieś ostrzeżenie, będzie to działało.

Od początku było powiedziane, od początku, kiedy wchodziła e-recepta, że nadzór i pełną kontrolę nad e-receptą ma minister zdrowia. Tutaj, w piśmie, które otrzymałam, państwo piszecie, że

zweryfikowaliście 10 lekarzy, którzy takich rzeczy się dopuszczali, co jest oczywiście naganne. Ale moje pytanie jest zasadnicze. Po jednej stronie byli nieuczciwi lekarze, którzy to zrobili, ale po drugiej był system, system, który ktoś zbudował i który w ogóle pozwalał na tego typu proceder. Pytanie, co w tej drugiej części się wydarzyło. Czy wiecie państwo, kto ten system zbudował? Jak on działał? Dlaczego przez kilka lat on działał bez waszego nadzoru? To jest pytanie.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Znaczy, system stworzyliśmy w bardzo sprawnym sposobie i umożliwiliśmy wystawianie recepty zgodnie z oczekiwaniami personelu medycznego. Nie było żadnych metod, które ograniczają liczbę wizyt pacjentów, jak również liczbę wystawianych recept. Dopiero teraz tym się zajęliśmy, kiedy zobaczyliśmy, jak duże są niebezpieczeństwa, zresztą nadal widzimy... Dla kolejnego rządu będzie to sprawa, która będzie musiała być bardzo mocno zweryfikowana, żeby nad tym pracować. Czy 4, czy 8 lat, nieważne ile, ale trzeba będzie pracować bardzo mocno nad informatyzacją, nad różnymi algorytmami podpowiadającymi lekarzowi i uniemożliwiającymi... może nie na twardo, ale podpowiadającymi, że pacjent ma przekroczone maksymalne dawki leków. Teraz faktycznie widzimy, że niektórzy pacjenci mają po sto razy większe dawki. Oczywiście, żeby była jasność, ja nie mam dostępu do danych osobowych. W związku z tym, co pani przewodnicząca powiedziała, w zakresie tych 10 lekarzy, to ja faktycznie dostałem informację o tych 10 lekarzach, wraz z listą produktów leczniczych, przepisanych przez tych lekarzy, ale bez dostępu do danych, komu przepisano. Tak że takie dane statystyczne posiadamy, i na pewno będziemy pracowali, żeby to ulepszyć. Co do zasady, jak powiedziałem, ministrowie czy pracownicy nie mają dostępu do żadnych danych, ale te systemy są już na dzisiaj perfekcyjne i bardzo dużo informacji zbieramy.

Jak powiedziałem, w związku z receptami na leki odurzające i psychotropowe cały czas działa rozporządzenie. Docelowo planujemy, żeby poszerzyć je m.in. o leki... wszystkie właściwie, a w szczególności 65+ plus i 0-18. Jeśli pacjent ma prawo do bezpłatnych leków, to oczywiście

rozumiemy, że dla siebie, ponieważ jest on leczony, i nie więcej, niż potrzebuje medycznie. Czyli też takie propozycje dla lekarzy powinny być...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Ministrze, czy został zablokowany handel receptami?

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski: Nie został zablokowany handel...*)

Czyli rozumiem, że jest to rola dopiero przyszłego rządu, i rozumiem, że państwo do tej pory w tej kwestii nie zrobiliście nic. Tak?

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Nie, chciałbym powiedzieć, że nie zablokowaliśmy, ale ograniczyliśmy liczbę do 300 recept i do 80 pacjentów dziennie, po analizie technicznych możliwości lekarza, ile maksymalnie mógłby przyjąć pacjentów. Tak że na dzień dzisiejszy zaproponowaliśmy takie ograniczenie.

Jednocześnie Izba Lekarska proponuje, żeby przygotować standard postępowania z pacjentem, w szczególności w trybie zdalnym, w kwestii udzielania świadczenia zdrowotnego i na tej podstawie wystawiania recepty. Ale to nie zostało jeszcze przygotowane, są propozycje. Aktualnie pracujemy nad powołaniem zespołu – już właściwie do uzgodnień to pójdzie – powołaniem zespołu pracującego nad zasadami wystawiania i realizacji recept. To jest bardzo istotne, jaki zakres danych lekarz powinien widzieć w trakcie wystawiania recepty, jak powinna wyglądać porada i jakie są zasady wystawiania recept. W ustawie jest 12 stron przepisów, poszczególnych zasad dla różnych typów recept, dla różnych typów leków. Chcemy ze wszystkimi interesariuszami te zmiany jeszcze raz przeemyśleć, bo informatyzacja umożliwia całkowitą zmianę podejścia. Jednocześnie przy okazji tej zmiany chcemy rozszerzyć uprawnienia farmaceutów, którzy też będą musieli widzieć część informacji o pacjencie, ażeby np. móc przedłużać recepty. Będziemy również podchodzić do nowego systemu wystawiania, realizacji

i refundacji recept na leki robione w aptekach, ale nie jest to jeszcze gotowe.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Ministrze, myślę, że zakończymy ten temat, bo chyba nic więcej się nie dowiemy, oprócz tego, że powstanie zespół, który będzie rozpatrywał to, jakie zasady będą obowiązywały przy wystawianiu tych recept.

Ja tylko jeszcze raz podkreślę, że w momencie, kiedy powstawał system i e-recepta, wszyscy byliśmy z tego zadowoleni, bo jest to rzeczywiście świetne narzędzie informatyczne, które pomaga i usprawnia wiele spraw, ale jednak minister zdrowia zobowiązał się do nadzoru i do kontroli. Ten system powstał kilka lat temu, to nie jest kwestia ostatnich miesięcy, więc jednak był czas na to, żeby nadzorować, kontrolować i usprawniać, co nie zostało dokonane, i w wyniku tego doszło do takiej sytuacji, jaką mamy. To, jak działał ten system i ta kontrola, leży po stronie ministra zdrowia. To, co pan w tej chwili mówi, Panie Ministrze, jest niewystarczające. Ja osobiście nie przyjmuję tych wypowiedzi jako rozwiązanie problemu. Widzicie państwo problem tylko po stronie lekarzy. Oni rzeczywiście popełnili błąd i tutaj trzeba oddać sprawiedliwość, że jest to absolutnie naganne, że wykorzystali tę lukę. Ale to państwo nadzoruje ten system i państwo odpowiadać za to, jak on działa.

Zostawmy ten temat, Panie Ministrze, bo chyba nic więcej... już nic nowego się nie dowiemy. Bardzo bym prosiła, żeby pan w skrócie przedstawił te osiągnięcia, które do mnie wczoraj trafiły, w postaci różnych punktów, w zakresie pilotażowych programów, i różnych spraw, które zostały spisane. Ale przede wszystkim chciałabym, żeby odniósł się pan jednak do tego, w jakiej obecnie sytuacji zdrowotnej jest nasze społeczeństwo i w jakiej sytuacji jest cała ochrona zdrowia, łącznie z jej finansami, organizacją i kadrami.

Proszę bardzo.

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

To jeszcze tylko dwa zdania na temat tej kontroli następczej urzędów Ministerstwa Zdrowia

w zakresie bezpieczeństwa. Jest audyt wewnętrzny, który planujemy skończyć do końca września. Jest również audyt zewnętrzny, który jest planowany do końca października, a wyniki będą do końca listopada. To są audyty dodatkowe, które są związane z tymi ostatnimi sytuacjami. Chcieliśmy, żeby weszły konkretne instytucje i sprawdziły to jeszcze raz, bo niezależnie od tego corocznie każdy administrator ma obowiązek przeprowadzać taki audyt. U nas, w Ministerstwie Zdrowia, również był taki audyt, już na początku br. Tak że współpracujemy bardzo mocno z audytorami zewnętrznymi, w takim celu, żeby przeanalizowali bezpieczeństwo danych pacjentów i wszystkich procedur, które są stosowane w Ministerstwie Zdrowia.

Przechodząc do części drugiej, w temacie działań i osiągnięć przez te ostatnie lata, chciałbym powiedzieć... Ten materiał jest dosyć długi, ale chciałbym rozpocząć od tego, o czym pani przewodnicząca powiedziała, tj. o nakładach na system ochrony zdrowia, nakładach gotówkowych, jak również w procentach PKB, i co za to udało się osiągnąć. No, faktycznie w tym ostatnim okresie nastąpił niespotykany wzrost wydatków na system ochrony zdrowia. Oczywiście schemat wydatkowania jest zawsze trudny do ustalenia: czy na dodatkowe świadczenia zdrowotne, czy na świadczenia lekowe, czy na nowe świadczenia gwarantowane, czy wreszcie na wzrost kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, który również następował bardzo, bardzo dynamicznie. Przez te lata, od 2019 r., praktycznie o 50% wzrosły nakłady na system ochrony zdrowia. Jest to związane z istotnym wzrostem gospodarczym i składką płaconą przez osoby pracujące, jak również przez przedsiębiorców. Te wydatki w ubiegłym roku osiągnęły poziom 151 miliardów zł.

Bardzo istotny element wydatkowania środków finansowych przez te ostatnie lata wiąże się z dynamicznym wzrostem wynagrodzeń personelu medycznego. W przypadku części tego personelu wynagrodzenia zaczęły istotnie wzrastać w 2015 r., po podpisaniu porozumienia z pielęgniarkami, później dotyczyło to poszczególnych grup, tj. lekarzy, lekarzy-ratowników medycznych. Ale ostatecznie w ustawie o minimalnych wynagrodzeniach w systemie ochrony zdrowia cała grupa personelu pracującego w podmiotach leczniczych partycypuje we wzroście nakładów. Tak że ostatnie lata to jest główny, istotny wzrost tych środków. Dzięki temu mogliśmy też

wydatkować środki na większą liczbę programów lekowych, leków, dostępności poszczególnych terapii, bo to też jest związane ze zwiększonymi nakładami i z możliwością dokupienia terapii, które wcześniej nie były dostępne.

Patrząc jeszcze na koszty, a mówimy o 19 miliardach zł, jeśli chodzi o świadczenia, zobowiązania podmiotów szpitalnych, warto dodać, że sytuacja nie odbiega od normy, jaka była we wcześniejszych latach. Patrząc bowiem na nakłady na leczenie szpitalne czy na system ochrony zdrowia, czy na zobowiązania wymagalne, widać, że ta sytuacja się nie pogarsza, a w niektórych zakresach się polepsza. Wraz ze wzrostem finansowania świadczeń, jest takie samo, proporcjonalnie, zobowiązanie. Czyli sytuacja się nie pogarsza, a jednocześnie nie polepsza, ale trzeba mieć na względzie to, że zobowiązania są statycznym elementem bilansu na dany moment i po drugiej stronie są też należności, które w standardowym podmiocie leczniczym wynoszą 1-miesięczną płatność. W związku z tym to się w pewien sposób kompensuje, oczywiście poza zobowiązaniami wymagalnymi, które są zdecydowanie niższe. Tak że to jest główny element, no i procent PKB został zrealizowany.

Oczywiście przez ostatnie lata mieliśmy kilkanaście miliardów dotacji celowych, dodatkowych, odrębnych z Ministerstwa Finansów na zasilenie funduszu zapasowego Narodowego Funduszu Zdrowia. Trzeba mieć na względzie, że ostatnie lata, covidowe, były trochę zaburzone, ponieważ faktycznie system ochrony zdrowia był zasilany ze środków funduszu covidowego. Przyjmującym te środki był Narodowy Fundusz Zdrowia, który płacił za dodatkowe świadczenia gwarantowane w zakresie świadczeń covidowych,łożył na finansowanie gotowości szpitali na rzecz pacjentów covidowych, jak również płacił za dodatkowe wynagrodzenia w zakresie świadczeń covidowych czy w końcu również za szczepienia ochronne, w sytuacji, gdy ponad 60% osób w Polsce się zaszczepiło.

Jak już na szybko powiedziałem, bardzo mocno... Akurat ja za tę część odpowiadam, a chodzi o nowe wskazania lekowe. Wielokrotnie zmienialiśmy programy lekowe, ponieważ rynek farmaceutyczny jest najbardziej innowacyjnym rynkiem i często po roku, po 2 latach, kiedy już nam się udaje osiągnąć najlepsze wyniki europejskie... Po tym okresie 1 roku, 2 lat są nowe cząsteczki i często wracamy do tych samych schorzeń

z nowymi terapiami. Jest już czwarta czy piąta linia leczenia, lekarze mają dużo możliwości. Są również całkowicie nowe świadczenia, do których wcześniej pacjenci nie mieli dostępu. Albo są to stare terapie, na które wtedy, wiele lat temu, nie było nas stać, albo w ogóle nowe cząsteczki, które w ostatnim czasie zostały zarejestrowane.

Jesteśmy odpowiedzialni, i to też jest w moim zakresie, za wyroby medyczne na zlecenie. Przez ostatnie lata dokonaliśmy istotnego przeglądu wyrobów medycznych poprzez dostosowanie cen minimalnych, jak również poprzez poszerzenie zakresu refundacji, i ten wzrost był bardzo istotny. Planujemy jeszcze kolejną, w tym roku, zmianę tego rozporządzenia. I to będzie takie dopełnienie 3 lat istotnych zmian w zakresie wyrobów medycznych na zlecenie.

Oczywiście też, jak powiedziałem, bardzo mocno pracujemy w zakresie zwiększenia uprawnień farmaceutów i przygotowaliśmy ustawę o zawodzie farmaceuty. Ostatnio przeszła dodatkowa ustawa o pozostałych zawodach medycznych, ale farmaceuci stanowią bardzo istotny element systemu ochrony zdrowia. Chcemy zwiększać zakres ich uprawnień zawodowych, właśnie przy realizacji recept, przy przedłużaniu recept, przy usługach zdrowotnych. Bardzo mocno były te uprawnienia wykorzystane w okresie szczepień i teraz, po zmianie ustawy od października, planujemy, że te uprawnienia farmaceutów też będą mocno wykorzystywane.

Zakończyliśmy usługę pilotażu opieki farmaceutycznej, to był taki wstęp, i teraz nie tylko lekarz, ale również farmaceuta będzie miał dostęp do danych w zakresie opieki dla tych pacjentów, którzy powinni skonsultować się przy wielochorobowości, w sytuacji przyjmowania bardzo dużej liczby leków z różnych dziedzin. Chodzi o to, żeby mogli mieć poradę specjalistyczną kompleksową, farmaceutyczną.

W tym okresie też bardzo dużo kolejnych prac dotyczyło zniesienia limitów, część została zniesiona ustawowo, a część poprzez ustalenie zasad finansowania, chociażby w ramach, znowu, tych programów lekowych, które mają dokładnie określone ilości i wartości poszczególnych umów. Narodowy Fundusz Zdrowia przez ostatnie lata zawsze płaci, później zwiększa te umowy i płaci za faktyczne wykonanie poszczególnych zakresów. Głównym zakresem takich świadczeń bezlimitowych są świadczenia obrazowe, tomografia, rezonans czy świadczenia opieki ambulatoryjnej,

po to, żeby świadczeniodawcy mieli za wszystko zapłacone i żeby zmniejszyć czas oczekiwania w kolejce. Oczywiście w tym zakresie należy jeszcze pracować dosyć mocno.

Pracujemy w zakresie Krajowej Sieci Onkologicznej, chodzi o przygotowanie standardów postępowania medycznego: w jaki sposób należy postępować z pacjentem, jak należy diagnozować pacjenta oraz kiedy i w jakim zakresie należy diagnozować pacjenta. Widzimy, że czasami pacjent jest diagnozowany zbyt późno, chociażby w diagnostyce genetycznej, obrazowej, a chodzi o to, żeby poszczególne terapie były jak najbardziej skuteczne.

Zakończyliśmy pilotaże – tu pani przewodnicząca o tym mówiła – w zakresie onkologii. Powstała Narodowa Strategia Onkologiczna, na 10 lat zostały uzgodnione cele, niektóre zostały zrealizowane, te cele są monitorowane. One są w bardzo szerokich zakresach, takich jak m.in. kadry, standardy postępowania, leki, diagnostyka. A teraz została wprowadzona ustawa o sieci onkologicznej, cała reforma onkologiczna jest obecnie bardzo mocno wdrażana i jej założenia na najbliższe lata będą tę opiekę polepszały. Jesteśmy, tak jak powiedziałem, na etapie poszczególnych wytycznych, tak żeby były one realizowane, żeby te efekty, szanse przeżycia pacjentów były jak największe. Nadal co do większości nowotworów jesteśmy w gorszej sytuacji niż inni w Europie, chociaż niektóre aspekty są na pewno lepsze...

Co do pilotaży, to były bardzo ciekawe, np. pilotaż kompleksowej opieki nad pacjentem z zawałem mięśnia sercowego, bardzo dobrze się udał, efekty kliniczne są bardzo wysokie. Po raz pierwszy zaczęliśmy zwracać uwagę na jak najszybsze przywrócenie pacjenta do pracy zawodowej, żeby wrócił do normalnego... do wykonywania swojej pracy zawodowej. Tak samo bardzo mocno pracowaliśmy, o czym na samym wstępie mówiłem, żeby wydłużyć życie... Jako jeden z niewielu zabiegów medycznych, zabieg usunięcia zaćmy, bo bardzo wiele osób starszych potrzebuje leczenia chorób oczu, więc żeby widziały... Zauważyliśmy to, że był bardzo długi czas oczekiwania, pacjenci wyjeżdżali za granicę, korzystali ze zdobyczy opieki transgranicznej. Stwierdziliśmy, że lepiej przeorganizować system, zdecydowanie szybciej realizować te świadczenia, tak żeby pacjenci nie mieli powikłań związanych z utratą wzroku. To jest też

powiązane, i w tamtym okresie nad tym pracowaliśmy, z pracą nad 2 programami lekowymi, które dotyczyły głównych przyczyn ślepoty, jak obrzęk płamki żółtej oraz pogorszenie wzroku związane z cukrzycą.

Następny element, który jest teraz jeszcze na etapie pilotażu, to jest Krajowa Sieć Kardio logiczna. Rozpoczęliśmy od województwa mazowieckiego, a teraz coraz bardziej ta sieć kardio logiczna jest poszerzana. Chcemy, żeby pacjenci mieli jak najszybszy dostęp do świadczeń zdrowotnych, kiedy potrzebują, do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, bo w zdecydowanej większości wystarczy, żeby pacjent miał zapewnioną konsultację specjalistyczną, a później może być prowadzony dalej w domu. Zrealizowaliśmy zmiany w zakresie tych najczęstszych świadczeń endokrynologicznych, tak żeby pacjent po konsultacji endokrynologicznej z powrotem trafiał do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. To samo dotyczy świadczeń dla pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Bardzo mocno zmieniliśmy schematy leczenia cukrzycy. Coraz bardziej innowacyjne leki, coraz lepszy stan pacjentów, jak również możliwości monitorowania cukrzycy – tu mowa o wyrobach medycznych na zlecenie. Chodzi o to, żeby czas bycia w jak najlepszym stanie był jak najdłuższy. I to cały czas w tym zakresie się dzieje.

Inwestycje, tak jak powiedziałem, są w każdym zakresie: w onkologii, w kardiologii, w każdym programie rządowym. Są inwestycje w kadry, inwestycje w wyposażenie, w sprzęt, w procedury, w kształcenie, w te rzeczy inwestujemy cały czas.

Powstał po raz pierwszy Narodowy Program Leczenia Chorób Rzadkich i Polski Rejestr Chorób Rzadkich. Planujemy przedłużenie tego programu na kolejny rok, ale bardzo wiele zadań zostało już zrealizowanych. Rejestry chorób rzadkich, ośrodki specjalistyczne, coraz więcej też, jak powiedziałem, świadczeń w zakresie programów lekowych, dostępności tych programów lekowych. Bardzo mocno rozwijamy program, który jest od lat sześćdziesiątych, tj. Program Badań Przesiewowych, i ten program na pewno jeszcze wielokrotnie będzie rozwijany, ponieważ jest, jak mówią, najlepszy na świecie, a nadal jest możliwość jego poprawy.

Widzimy, że bardzo istotnym elementem jest podstawowa opieka zdrowotna, cała reforma podstawowej opieki zdrowotnej we współpracy z lekarzami. Tutaj bardzo istotnym elementem

jest to, że, jak widzimy, nic nie można zrobić bez współpracy z interesariuszami, nic nie można zrobić przeciw, zawsze trzeba próbować dojść do porozumienia, nigdy nic na siłę i nieważne, jak będzie, jakie kolejne rządy. Widzimy, że ten kierunek jest niezbędny. Jakiegokolwiek zmiany, również informatyczne, praktycznie wszystkie są z interesariuszami negocjowane i my jako Ministerstwo Zdrowia, poprzez nasze agendy, współpracujemy z ekspertami z poszczególnych zawodów medycznych, oni są naszymi doradcami, tak samo jak oczywiście konsultanci krajowi.

Poszerzyliśmy też bardzo mocno świadczenia gwarantowane, w zakresie świadczeń zdrowotnych. Tutaj jest zdecydowanie mniejszy wzrost innowacji, ponieważ jest mniej badań, ale są wszczepienia innowacyjnych kardiowerterów, całkowitych podskórnych, czy stymulatorów. Aktualnie jeszcze procedujemy poszerzenie zakresu świadczeń o: wszczepianie zastawek serca czy implantowanie sztucznych komór serca, czy różne inne świadczenia, jak również badania genetyczne, świadczenia okulistyczne, w zakresie stożka rogówki. Celem jest też polepszanie sytuacji pacjentów w transplantologii. Ostatnie zmiany dotyczą stomatologii.

Jeśli chodzi o kształcenie kadr medycznych, to można powiedzieć, że tu się bardzo wiele zdarzyło. Praktycznie poszerzyliśmy możliwość realizowania specjalizacji, znaczy kształcenia się lekarzy, tych specjalizacji jest wystarczająca liczba, wystarczy miejsc dla wszystkich, którzy chcą być specjalistami. Bardzo dużo osób przyjęliśmy z innych krajów. W ostatnim czasie umożliwiliśmy... uprościliśmy zasady przyjmowania lekarzy z zagranicy. Oczywiście ostatecznie te osoby muszą nostryfikować dyplom i uzyskać specjalizację, czyli w tym zakresie nic się nie zmieniło w stosunku do wcześniejszego okresu. Pielęgniarskie studia też są bardzo istotne, bo jest jeszcze większa z racji demografii potrzeba zapewnienia większej liczby pielęgniarek.

Oczywiście też na przyszły okres ważne jest przeanalizowanie wszystkich świadczeń zdrowotnych, które nie muszą być wykonywane w trybie szpitalnym, które powinny być wykonywane w trybie ambulatoryjnym bądź domowym. To jest zadanie, do kontynuacji, dla następnego rządu.

Oczywiście były podwyżki wynagrodzeń, te wynagrodzenia są już całkiem dobre, ale organizacja pracy mogłaby być jeszcze lepsza i tu potrzeba współpracy z dyrektorami szpitali. Na

pewno wzmocnienie zarządzania w podmiotach szpitalnych jest niezbędne, żeby wykorzystać personel medyczny.

Mamy sporo innowacji w programach pilotażowych, np. jeśli chodzi o P1, to były bardzo mocno wykorzystywane w okresie epidemii COVID stetoskopy, było monitorowanie pacjentów – to Program PulsoCare – czy w ogóle świadczenia w trybie on-line. Od tego czasu zaczęły się właśnie porady telemedyczne. Wiedząc, że to jest bardzo dobre rozwiązanie, to oczywiście zaczęliśmy też pracować później nad określeniem standardu i ten standard był dookreślony w podstawowej opiece zdrowotnej. Mieliśmy zgłoszenia, że w niektórych przypadkach, w przypadku dzieci jest zbyt niebezpiecznie tak szeroko to udostępniać. Tak że wiele jest tych rzeczy bardzo pozytywnych, wszyscy się zgadzamy, ale inne trzeba też dookreślić w dalszym etapie zmian w ochronie zdrowia.

Ostatnio bardzo mocno poszliśmy też w asystę robotową, świadczenia, które mogą być udzielane z wykorzystaniem robotów. Są nowe wyceny świadczeń, te świadczenia były rozliczane w niektórych przypadkach według standardowej procedury. Wiemy, że ta procedura jest istotnie droższa, zostały zrealizowane nowe wyceny. Umożliwiliśmy realizację tych świadczeń w kilku zakresach. Oczywiście też bardzo mocno pracujemy nad centralizacją. Tak jak endoprotezoplastyki były dookreślone już od dawien dawna, tak teraz dotyczy to asysty robotowej. Nie w każdym szpitalu, nie w każdym podmiocie, nie w takim, który nie ma doświadczenia, powinien taki sprzęt być, ale w niektórych... Ostatnio właśnie ustalaliśmy takie zasady, że w niektórych podmiotach takie sprzęty powinny być, ponieważ te podmioty mają bardzo dużo pacjentów i lekarze powinni mieć możliwość wyboru najlepszej technologii leczenia, odpowiedniej dla konkretnego pacjenta.

Fundusz Medyczny, innowacje w zakresie budowy nowych podmiotów leczniczych, nowych jednostek innowacyjnych, również na niższym poziomie medycznym. Finansujemy też innowacyjne technologie lekowe. Są również bardzo mocno rozszerzane programy finansowania leków, które nie zostały jeszcze dopuszczone do finansowania ze środków publicznych. Dla poszczególnego pacjenta, dla konkretnego pacjenta, który wykorzystał już schematy leczenia finansowane ze środków publicznych, można to sfinansować. Jest to taki wczesny dostęp do leczenia.

Jeśli chodzi o opiekę psychiatryczną – bardzo istotny element – to problemy zaczęły się już wiele lat temu. To jest temat, który musiał być wspierany i był wspierany. Są programy związane z centrami zdrowia psychicznego, które są realizowane w ramach pilotażu, ale jest również cała reforma psychiatrii dziecięcej, która w bardzo dużym zakresie, w pełnym zakresie jest realizowana w Polsce, i to nie w ramach pilotażu, tylko już docelowo. Ona praktycznie w całości jest już wdrożona w całej Polsce. Widzimy ten element.

Oczywiście jest też wsparcie SOR-ów. Pierwsze wsparcie SOR-ów było właśnie z 15 lat temu. Była budowa nowych SOR-ów i bardzo dużo się polepszyło. Teraz są jeszcze duże inwestycje szpitalne, inwestycje w oddziały ratunkowe. Cały czas jest też wsparcie Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w Polsce jest jednym z modelowych rozwiązań. Jest to jedyne centralne, bardzo skutecznie działające i stosunkowo tanie jak na taki kraj jak Polska... To jest bardzo mocno realizowane.

Mamy sporo projektów pilotażowych. O tym często mówiliśmy. Jest „Profilaktyka 40 PLUS” po okresie covidowym, gdzie realizujemy zasady... Jest kilka dodatkowych działań związanych z promocją zdrowia, związanych ze zwiększeniem opłat. Jest opłata cukrowa, opłata za tzw. małpki czy zwiększenie akcyzy, żeby zmniejszyć dostępność ekonomiczną do produktów, które nie są zalecane, które są szkodliwe dla zdrowia i dla społeczeństwa. W tym zakresie też realizujemy świadczenia zdrowotne.

Nowe jednostki. Agencja Badań Medycznych realizuje bardzo wiele projektów i finansuje nowoczesne, innowacyjne badania niekomercyjne. Agencja bardzo wzmocniła wiele szpitali w Polsce, jeśli chodzi o jakość prowadzonych badań klinicznych. Próbuje ściągnąć do Polski więcej badań klinicznych, żeby pacjenci mieli większy dostęp... To jest też zasób gospodarczy, ponieważ powoduje to wzrost innowacyjności polskiej ochrony zdrowia i polskiego systemu. Bardzo istotnym elementem było też wzmocnienie diagnostów patomorfologicznych. Mówię o przygotowaniu standardów organizacyjnych, o licencjonowaniu jednostek oceny patomorfologicznej. Bez patomorfologii nie ma nowoczesnego leczenia. W konsultacji przez konsultanta profesora marszałka bardzo mocno zwróciliśmy na to uwagę.

W ostatnich okresach było też bardzo mocne wsparcie w zakresie szczepień ochronnych, było

poszerzenie tego zakresu. Były szczepienia przeciw rotawirusom dla dzieci, a w ostatnim okresie szczepienia na HPV dla 2 populacji. Umożliwiono bezpłatne doszczepienie się dla osób starszych w trybie aptecznym. Tak jak pani przewodnicząca mówiła, bardzo istotne jest wsparcie lekowe dla 2 populacji, dzieci i osób 65+. Chodzi o dostępność lekową, jak również – to oczywiście na lata przyszłe, na wiele przyszłych lat – o zwiększenie możliwości dostępności ekonomicznej do świadczeń lekowych o działaniu udowodnionym klinicznie, które są aktualnie w aptece, ale są niedostępne w refundacji. To też będzie uproszczone. Będzie tu umożliwienie istotnego zwiększenia na lata przyszłe i oczywiście...

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Panie Ministrze, może już...)

Już kończę, już kończę. Dobrze.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Będą pytania szczegółowe. Pan opowiada bardzo ogólnie, mówiąc, że jest samo pasmo sukcesów. Myślę, że szczegółowymi pytaniami będziemy tutaj doprecyzowywać, więc proszę kończyć. Dobrze?

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Dobrze, oczywiście. Widzimy też, że... Znowu powiem, że mamy bardzo niesamowite osiągnięcia w hematologii. To jest związane z bardzo istotnym elementem, z leczeniem farmakoterapią. Widzimy, że trzeba jeszcze istotnie zmienić podejście do całego procesu leczenia. Uruchamiamy zmianę organizacji leczenia.

Dziękuję pani przewodniczącej. Myślę, że w pełnym zakresie dostosowałem się do zapytania. Było o sukcesach osiągniętych przez ostatnie lata. Dziękuję bardzo za umożliwienie tego przedstawienia.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Jak państwo słyszeliście, zostały przedstawione same sukcesy. Teraz oddaję państwu głos. To jest ten moment. Każdy z państwa, kto będzie

chciał zadać pytanie czy podzielić się jakąś refleksją... Absolutnie będziecie państwo mieli udzielony głos.

Jako pierwsza pani senator. Proszę bardzo.

**SENATOR
EWA MATECKA**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.
Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Pan minister każe wierzyć nam w to, że wszelkie działania Ministerstwa Zdrowia to pasmo sukcesów. Tak nie jest, Panie Ministrze. Ostatnio każdy raport, każde sprawozdanie obnaża słabość instytucjonalną Ministerstwa Zdrowia.

Odniosę się tylko do Funduszu Medycznego. Ja wielokrotnie zadawałam pytania zarówno na posiedzeniu Komisji Zdrowia, jak i na posiedzeniu plenarnym Senatu na temat stanu finansów Funduszu Medycznego i stanu realizacji zadań z zakresu Funduszu Medycznego. Mam przed sobą raport Najwyższej Izby Kontroli, która skontrolowała funkcjonowanie i finansowanie Funduszu Medycznego. NIK stwierdza tam cały szereg nieprawidłowości. W kwintesencji opisuje wszystkie działania prowadzone w związku z realizacją Funduszu Medycznego, który, przypomnę, miał być przeznaczony na wszystkie zadania, które miałyby przede wszystkim ratować życie i zdrowie osób chorych na nowotwory. W raporcie stwierdza się opieszałość, stwierdza się przewlekłość, stwierdza się nierzetelność i brak przejrzystych zasad zarządzania środkami Funduszu Medycznego. Mało tego, wiemy dobrze, że fundusz ma 4 subfundusze, przy czym kontrola wyraźnie wykazała, że w przypadku 3 subfunduszy stopień realizacji wyznaczonych zadań jest bardzo znikomy. W związku z tym, nie wchodząc w szczegóły, mam pytanie. Panie Ministrze, proszę powiedzieć, ile nowych programów profilaktyki zdrowotnej, związanych w szczególności z onkologią, wprowadził rząd, mając do dyspozycji środki zapisane w Funduszu Medycznym. Jaki jest stan zatrudnienia osób, które mają działać i realizować zadania w ramach Funduszu Medycznego? Na co zostały przeznaczone środki w wysokości 1 miliarda 800 milionów zł, które w roku 2020 nie zostały przekazane do Funduszu Medycznego? Zostało przekazanych tylko 200 milionów, mimo że ustawa przewidywała możliwość przekazania 2 miliardów zł w 2020 r. To był ten pierwszy rok funkcjonowania Funduszu Medycznego. Zostaliśmy zamknięci w domach, co skutkowało

tym, że osoby chore na nowotwory nie zgłaszały się do lekarzy i rząd niejako z sukcesem mógł odnotować zmniejszoną liczbę wydanych kart DİLO. To nie wynikało z mniejszej liczby zdiagnozowanych nowotworów. To wynikało z mniejszej liczby zgłoszeń chorych na nowotwory do onkologów. Czy wobec tego kwota 1 miliarda 800 milionów zł, która w 2020 r. nie została przekazana na Fundusz Medyczny, a na fundusz covidowy – taką mam odpowiedź udzieloną z resortu – była dedykowana osobom chorym na nowotwory, które w tym czasie zamknięte w domu mogły skorzystać czy to z Funduszu Medycznego, czy to covidowego? Mogły skorzystać w ten sposób, że wcześniej byłyby zdiagnozowane i być może ich życie byłoby uratowane. Dlaczego tych pieniędzy nie przeznaczono na ratowanie osób chorych na nowotwory w ramach nowego funduszu covidowego?

Pytań byłoby wiele, ale rozumiem, że nie uzyskam rzetelnej odpowiedzi, Panie Ministrze. Wielokrotnie zostało to stwierdzone w ramach kontroli przeprowadzonej nad Funduszem Medycznym. Kontrolujący w dalszym ciągu podtrzymują swoją negatywną ocenę i cały czas podkreślają nierzetelność, opieszałość i przewlekłość w realizacji zadań Funduszu Medycznego, o czym wielokrotnie na każdym kroku mogliśmy się przekonać. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Kto jeszcze z państwa chce zabrać głos?

Proszę. Widzę, że na końcu ktoś podnosi rękę do góry. Nie znam pana, proszę się przedstawić.

**KOORDYNATOR ODDZIAŁU
TRANSPLANTACYJNEGO
Z PODODDZIAŁEM MUKOWISCYDOZY,
PODODDZIAŁEM CHIRURGII KLATKI
PIERSIOWEJ I PODODDZIAŁEM
CHORÓB PŁUC W ŚLĄSKIM CENTRUM
CHORÓB SERCA W ZABRZU
MACIEJ URLIK**

Dzień dobry państwu.

Nazywam się Maciej Urlik i jestem transplantologiem ze Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze.

Chciałbym się podzielić z państwem pewną refleksją. Przeszczepiłem płuca u ok. 60 pacjentów z mukowiscydozą...

(Przewodnicząca Beata Małecką-Libera: Przepaszam, czy może pan być bliżej mikrofonu, bo tutaj za bardzo nie słycać. Dobrze?)

Jasne, przepraszam.

Zacznę jeszcze raz. Nazywam się Maciej Urlik, jestem transplantologiem, który przeszczepia płuca w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrze.

Chciałbym się podzielić z państwem pewną refleksją. Być może w tej dużej beczce dziegiu będzie trochę miodu. Ja przeszczepiłem płuca u ok. 60 pacjentów z mukowiscydozą i przyszedłem tutaj powiedzieć jedną rzecz: 25 lat to nie jest wiek na umieranie. Dlaczego to powiedziałem? Jestem lekarzem, a my lekarze jesteśmy trochę przyzwyczajeni do śmierci. Jest to taka nasza codzienność, taki zawód wybraliśmy i nie powinniśmy mieć do nikogo pretensji. Trudno jest jednak zaakceptować śmierć, której można by było uniknąć, bo, jak wspomniałem, 25 lat to nie jest czas na umieranie. Ale dzięki staraniom pana ministra Miłkowskiego i jego zespołu dla większości chorych na mukowiscydozę w Polsce to nie jest już realny scenariusz na najbliższy czas i za to chciałbym z tego miejsca panu ministrowi serdecznie podziękować, podziękować również jako ojciec. Do pełni szczęścia brakuje... Pozostaje kwestia takiej niejasnej przyszłości 200, 300 chorych, dla których aktualnie najskuteczniejsza terapia jest praktycznie nieosiągalna. Dlaczego o tym mówimy? Wspominaliście dzisiaj państwo o chorobach rzadkich, a mukowiscydoza jest najczęstszą z chorób rzadkich. W Polsce dotyka ona ok. 2 tysięcy chorych. Jest to choroba genetyczna, której objawy dotyczą płuc, trzustki, wątroby. Chorzy przyjmują tonę leków, są hospitalizowani, często wiele tygodni w roku spędzają w szpitalach, ich rodzice rezygnują z pracy, żeby móc się nimi opiekować, a mimo to średnia długość życia tych osób w Polsce wynosiła jeszcze do niedawna 25 lat. Od kilku lat na świecie jest dostępny lek na mukowiscydozę, który zmienia ją z choroby śmiertelnej w chorobę przewlekłą. Nazywa się Kaftrio. Myślę, że nikogo na tej sali nie trzeba przekonywać o skuteczności tego leku. Dzięki staraniom pana ministra w Polsce korzysta z tego leku już niemal 1 tysiąc osób. Efekty zarówno w Polsce, jak i na świecie są oczywiście niesamowite. Zdajemy sobie sprawę z tego, jak trudne i pracochłonne są negocjacje refundacyjne

w aspekcie ekonomicznym. Większość krajów zachodnich o nieco wyższym standardzie opieki zdrowotnej rozszerzyło refundację na kolejne grupy, tzn. na chorych poniżej dwunastego roku życia, czyli od szóstego do dwunastego, a nawet młodszych, oraz na pozostałe mutacje, które tę chorobę warunkują. Zapewne te działania odbyły się po analizie kosztów i korzyści, ale my jako rodzice i lekarze widzimy te korzyści na co dzień. To jest ponad 60-procentowe zmniejszenie liczby hospitalizacji i ponad 40-procentowa redukcja przypadków wymagających leczenia w oddziałach intensywnej terapii, czyli tych najbardziej niebezpiecznych zaostrzeń. Ale najważniejsze jest to, że śmierć, według szacunków, dotknie 70-, 80-latków, a nie, tak jak do tej pory, 25-latków. Najlepsze efekty uzyskuje się oczywiście, stosując ten lek jak najwcześniej i u wszystkich chorych, dlatego prosimy o refundację i oferujemy ze swojej strony pomoc w procesie refundacji leku dla chorych w wieku 6–12 lat oraz rozszerzeniu jej na dodatkowe mutacje. Korzyści z lepszego rokowania dla naszych dzieci to nie tylko ich lepsze zdrowie. To powrót do pracy wielu mam i ojców, którzy są dzisiaj zmuszeni pozostać przy chorym dziecku. To środki ze zbiorów, z refundacji i z finansowania świadczeń, które będzie można wykorzystać w leczeniu chorób, w przypadku których nie ma leczenia przyczynowego. To w końcu sami chorzy, którzy do tej pory mieli wizję inwalidztwa i wczesnej śmierci, a dzisiaj prawdopodobnie rozpoczną zdobywanie wykształcenia ponadpodstawowego i pojawią się na rynku pracy jako wykwalifikowana kadra. Wszyscy wiemy, jakie to niesie ze sobą korzyści. Mukowiscydoza to stałe pogarszanie stanu zdrowia. Bez leków przyczynowych nie ma poprawy...

(Przewodnicząca Beata Małecką-Libera: A czy może pan puentować?)

Oczywiście.

Chciałbym powiedzieć jeszcze tylko o dwóch aspektach. Otóż w trakcie przewlekłego leczenia infekcji, które wiążą się z mukowiscydozą, powstają wielolekooporne szczepy bakterii. Dzisiaj WHO jako jeden z największych zagrożeń dla ludzkości definiuje właśnie lekooporność na antybiotyki. Eliminując ten problem... Myślę, że to są dodatkowe korzyści, które się tutaj pojawią. Dlaczego tutaj jestem i zabieram głos? Dlaczego pomimo wprowadzenia refundacji dla tylu pacjentów sytuacja mogłaby być jeszcze lepsza? Dlatego, że nie objęła ona jeszcze najmłodszych chorych ani chorych

z rzadkimi mutacjami. Podsumowując ostatnie lata, powiem, że dzięki ministrowi Miłkowskiemu na pewno osiągnęliśmy sukces w leczeniu chorób rzadkich. Do pełni szczęścia pozostało niewiele, dlatego zwracam się z prośbą o nieustawianie w pracach nad refundacją dla kolejnych chorych, przypominając o czasie, który nie jest sprzymierzeńcem dla ich zdrowia i życia. Apeluję wreszcie do firmy Vertex, która...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Nie, może zostawmy apele do firmy, bo jesteśmy w Komisji Zdrowia. Proszę mówić merytorycznie, o co panu chodzi, a nie stosować tutaj jakąś reklamę firmy. To jest niedopuszczalne.

**KOORDYNATOR ODDZIAŁU
TRANSPLANTACYJNEGO
Z PODODDZIAŁEM MUKOWISCYDOZY,
PODODDZIAŁEM CHIRURGII KLATKI
PIERSIOWEJ I PODODDZIAŁEM
CHORÓB PŁUC W ŚLĄSKIM CENTRUM
CHORÓB SERCA W ZABRZU
MACIEJ URLIK**

To nie jest reklama firmy. Chodzi tylko o to, aby ten monopolista mógł być partnerem w negocjacjach, a nie jak gdyby stroną.

Podsumowując, chciałbym powiedzieć, że nie jest najgorzej w zakresie chorób rzadkich i za to bardzo dziękujemy panu ministrowi. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Myślę, że po raz kolejny pan minister został już ułaskawiony. Podziękowano mu wielokrotnie za różne refundacje. Może zostawmy już temat refundacji.

Ktoś jeszcze z państwa ma...
Proszę bardzo.

**PREZES KRAJOWEJ IZBY DIAGNOSTÓW
LABORATORYJNYCH
MONIKA PINTAL-ŚLIMAK**

Szanowni Państwo!

Monika Pintal-Ślimak, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych. Mam zaszczyt być

prezesem Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

Współpracujemy z Ministerstwem Zdrowia i z Senatem, za co bardzo serdecznie dziękuję. W końcu głos diagnostów laboratoryjnych jest słyszalny. Pomogła nam w tym pandemia. Mamy nadzieję, że diagnostyci laboratoryjni będą nadal dostrzegani w systemie ochrony zdrowia i że będziemy mogli dzielić się naszą wiedzą, która jest zdobyta na studiach medycznych, dla dobra systemu ochrony zdrowia. Serdecznie dziękujemy Ministerstwu Zdrowia, że po 20 latach została wprowadzona ustawa o medycynie laboratoryjnej. Uwagi strony społecznej niestety nie były uwzględniane w procesie legislacyjnym. Dziękujemy Senatowi, który przychylił się do tych uwag w ramach procedowania nad tą ustawą. Oczywiście ustawa o minimalnych wynagrodzeniach także zmieniła sytuację diagnostów laboratoryjnych i za to dziękujemy.

Szanowni Państwo, chciałabym tutaj powiedzieć o takim ważnym aspekcie, który dotyczy samorządów. Wracam właśnie z konferencji samorządów zawodów zaufania publicznego. Jest problem, który jest poruszany przez wszystkie samorządy zawodów zaufania publicznego. Chodzi o organizację procesu opiniowania aktów prawnych przez resorty. Ja się tutaj odniosę do Ministerstwa Zdrowia. Niestety, Szanowni Państwo, jako samorząd zawodowy mamy tak krótki termin na przedstawianie opinii do aktów prawnych, które państwo nam proponujecie, że odbieramy to jako brak poszanowania dla naszej ustawowej roli do wyrażania opinii na temat proponowanych aktów. W mojej opinii – myślę, że także w opinii przedstawicieli całego naszego samorządu – prowadzi to do działań, które mogą skutkować przyjęciem jakichś błędnych aktów prawnych. I dlatego tak na szybko chciałabym zaapelować do Ministerstwa Zdrowia o taką organizację procesu legislacyjnego, aby można było zapewnić należytą współpracę. To tak na przyszłość. Czekamy na akty wykonawcze do ustawy o medycynie laboratoryjnej. Czasu jest już mało. My dostaliśmy jako samorząd bardzo krótki termin do opiniowania. Staramy się wypełniać zasady, jakkolwiek jest to bardzo trudne. Szanowni Państwo, 3 dni na opiniowanie projektu, dla którego ja muszę zwołać radę... W trybie nadzwyczajnym mam na to tylko 7 dni. To jest naprawdę niemożliwe do przeprowadzenia, a chcemy, żeby akty prawne, które powstają – chyba państwo się

ze mną zgodzicie – były jak najlepiej dostosowane do sytuacji i aby liczone się z głosem przedstawicieli zawodów, którzy później korzystają z tych aktów prawnych. Dlatego też bardzo proszę o pochylene się nad tym problemem.

Panie Ministrze, pan dużo mówił o farmaceutach. Ja chciałabym powiedzieć o tym, że diagności laboratoryjni także chcieliby służyć pomocą dla systemu. Mówię o wprowadzeniu porady diagnostycznej, do udzielania której – tak myślę – jesteśmy przygotowani i wręcz kształceni. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Kto jeszcze z państwa zabiera głos?

Proszę. Pani.

**PANI
ANNA POPŁAWSKA-CZARNY**

Dzień dobry państwu.

Nazywam się Anna Popławska-Czarny i mieszkam w Czarnej Białostockiej na Podlasiu. Na co dzień pomagam w prowadzeniu rodzinnej firmy i opiekuję się ciężko chorą córką. Przyjechałam tu, żeby o tym opowiedzieć, o sytuacji rodziców dzieci chorych na mukowiscydozę, które nie zostały objęte refundacją. Moja córka ma na imię Amelia i ma 14 lat. Ma nietypową mutację mukowiscydozy, N13O3K i 2184insA, dlatego nie przysługuje jej obecnie refundacja dla osób powyżej dwunastego roku życia. Parę lat temu jej stan zdrowia zaczął się mocno pogarszać. Przez ostatnie 3 lata spędziłyśmy w szpitalu łącznie 6 miesięcy. Amelia 4 razy dziennie dostawała dożylnie antybiotyki. Kiedy mogłyśmy wrócić do domu, codziennie robiłyśmy rehabilitację płuc, ale córka i tak bez przerwy kaszłała, dusiła się i miała problemy, żeby nabrać powietrza. Bardzo mocno schudła, wiosną ważyła 40 kilo, wyglądała jak niedożywiona, jej płuca stopniowo przestawały działać. W badaniu spirometrycznym wydolność płuc wyniosła 56%. To bardzo ciężki stan. Ale ja mam dużo szczęścia, znam języki obce i mam odłożone pieniądze. W badaniach naukowych publikowanych w anglojęzycznych dziennikach medycznych, których kopie chciałabym przekazać Wysokiej Komisji oraz obecnym

tu przedstawicielom ministerstwa, zaprezentowano dowody na skuteczność terapii lekiem Kaftrio także w przypadku rzadkich mutacji mukowiscydozy. Dowiedziałam się jeszcze, że w niektórych krajach terapię Kaftrio zaczęto stosować wobec wszystkich pacjentów z mukowiscydozą bez względu na rodzaj mutacji. Np. Francuzi podają lek każdemu i przedłużają refundację, jeśli tylko leczenie przynosi efekty. Wtedy zrozumiałam, że moja córka ma szansę. Udało mi się sprowadzić Kaftrio z zagranicy. Lek jest bardzo drogi i nie jestem pewna, czy zawsze będzie nas na niego stać. Jestem za to pewna jego efektów. Po 2 miesiącach córka przybrała na wadze 5 kilo, wyniki spirometrii podniosły się z 56% na 83%. Lekarz prowadzący Amelię jednoznacznie powiązał to z nowym lekiem. Mam dużo szczęścia. To, co się stało, jest lepsze niż wygrać 1 miliard dolarów. Co jakiś czas dzwonią do mnie inni rodzice, proszą o wsparcie, o porady. Później dowiaduję się co u nich. Jedna rodzina opuściła Polskę, przeprowadziła się do Niemiec, jest im bardzo ciężko. Inni organizują zbiórki, inni czekają. Nie chcą mówić o tym publicznie. Trzeba przyznać, że stoją przed bardzo trudnymi wyborami. Negocjacje w sprawie rozszerzenia refundacji dla dzieci powyżej szóstego roku życia trwają ponad rok. Nie pełnię żadnej funkcji w organizacjach pacjentów, nie chcę zajmować stanowiska w sprawie tego, czy sposób prowadzenia negocjacji przez rząd jest odpowiedni. Jestem mamą i mam bardzo dużo szczęścia. Nie zgadzam się na to, aby tylko mi i mojej córce to się udało. Dlaczego innym ma się nie udać? Bo mają mniej pieniędzy? Czy dlatego, że nie opuścili ojczyzny?

Proszę o jak najszybszą refundację leku dla wszystkich dzieci w Polsce. Niech ministerstwo jak najszybciej zakończy negocjacje, a producent leku niech działa tak, aby każde polskie dziecko z tą okropną chorobą miało równe szanse. Dziękuję za wysłuchanie.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Ja bardzo rozumiem pani wystąpienie i emocje, bo sama jestem lekarzem. Rozumiem to wszystko. Chciałabym jednak prosić państwa o to, żeby całe posiedzenie komisji nie zostało zdominowane kwestią tego bardzo

ważnego tematu, ale jednak dotyczącego tylko jednej choroby.

Proszę bardzo.

**CZŁONEK ZESPOŁU DORADCÓW
KOMISJI ZDROWIA
MACIEJ BOGUCKI**

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Rzeczywiście dość trudno wypowiedzieć się po tym, co usłyszeliśmy.

Nazywam się Maciej Bogucki, reprezentuję Europejskie Centrum Strategii i Polityk w Ochronie Zdrowia. Chciałbym zadać panu ministrowi 2 pytania, jeżeli można.

Pierwsze. Chciałbym się dowiedzieć, w jaki sposób jesteście państwo w stanie uzasadnić odniesienie nakładów finansowych na zdrowie do PKB sprzed 2 lat. W żadnych systemach statystycznych dane o nakładach finansowych nie są prezentowane w ten sposób. Również nasz urząd statystyczny i Eurostat nie podają danych w ten sposób. Niektórzy się śmieją, że gdybyście państwo wzięli dane sprzed 20 lat, tobyśmy pewnie mieli najwyższy współczynnik w Europie albo na świecie. Jakie jest uzasadnienie brania danych o PKB akurat sprzed 2 lat? To jest moje pierwsze pytanie.

I drugie pytanie. Chciałbym zapytać... Akurat pani przewodnicząca była bardzo zaangażowana we wprowadzenie ustawy o zdrowiu publicznym. Ta ustawa jest praktycznie martwa. Chciałbym zapytać, dlaczego państwo praktycznie od 8 lat nie wykorzystujecie ustawy, która miała, jak mierniam, przynieść duże efekty prozdrowotne, a jest – w ocenie osób związanych ze zdrowiem publicznym – praktycznie martwa. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Pani prezes Rej. Proszę.

**PREZES ZARZĄDU IZBY GOSPODARCZEJ
„FARMACJA POLSKA”
IRENA REJ**

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Ja chciałabym panu ministrowi zadać właściwie jedno pytanie. Znana jestem z tego, że zajmuję się sprawami beznadziejnymi. Od 3 lat usiłuję bez skutku... No, może teraz, łącznie z ustawą refundacyjną, sfinalizuje się sprawa dostępu lekarzy specjalistów do możliwości wypisywania leków dla ich pacjentów. Takie uprawnienia były tylko dla lekarzy POZ. To jest jedna sprawa, ale to już przeszłość. To jest sprawa beznadziejna.

Druga sprawa. Panie Ministrze, rozmawialiśmy wielokrotnie na temat szczepień HPV. Mieliśmy swoje zdanie na ten temat, odwoływaliśmy się do doświadczeń sprzed laty. Mamy co wspominać, bo już trochę lat żyjemy na tym świecie. Przechodziliśmy szczepienia, wiemy, jak te szczepienia wyglądały. One były skuteczne. Mówiliśmy o szkołach, mówiliśmy o innych miejscach publicznych, gdzie młodzież mogłaby się szczepić. Niestety z absolutnym uporem tkwiliście państwo przy pomysłach, żeby robili to wyłącznie lekarze POZ w punktach. Jednocześnie wiemy, że cała kampania, która miała być, która miała promować te szczepienia, niestety nie rozpoczęła się w odpowiednim momencie, bo ze znacznym opóźnieniem. Była ona zresztą bardzo nieudolna, bo pokazanie dziecka, które wspina się na ściance, a następnie mamusi, która się uśmiecha... To miało być zachęcenie do szczepień HPV. Wydaje się, że to było wyrzucenie pieniędzy w błoto.

W dalszym ciągu podtrzymujemy naszą chęć i ofertę, żebyśmy usiedli wspólnie i zastanowili się, jak postępować ze szczepieniami, a szczególnie ze szczepieniami przeciw HPV, bo te szczepionki są w tej chwili dostępne, a stopień ich wykorzystania jest niewielki. Byłoby interesujące... Chcielibyśmy się dowiedzieć, ile faktycznie tych szczepionek zostało już wykorzystanych i ile dzieci zostało zaszczepionych.

Zgłaszaliśmy również propozycję, mówiliśmy, że gdyby grupa, która została zgłoszona, w wieku 13, 14 lat, nie mogła, że tak powiem, wypełnić tej liczby szczepionek, która jest, należałoby rozważyć możliwość zwiększenia grupy o osoby w wieku 15, 16 lat. Jest określona tylko dolna granica, wiek, kiedy można szczepić. Nie ma określonej górnej granicy, czyli można to wykorzystać.

Wiemy o tym, jak ważne są szczepienia. Wiemy również, że te szczepienia nie są w Polsce, że tak powiem, ulubionym tematem w niektórych kręgach, ale myślę, że dzisiaj jesteśmy już w stanie pokazać, jak szczepienia, coraz więcej szczepień, które są stosowane w przypadku chorobach

nowotworowych, ratują życie ludzkie. Po prostu znajdziemy sposób i pokażemy społeczeństwu, że szczepienie jest czymś bardzo wartościowym. Deklarujemy swój udział, ale niestety, mimo że ciągle się zgłaszamy, jakoś nikt nas nie chce słuchać i nie chce zapraszać. Podtrzymuję również to, co mówiła tutaj koleżanka z grupy diagnostów. Przekazywanie nam informacji, dokumentów do tzw. opiniowania... Terminy są krótkie, ale chodzi nie tylko o to. Wielu dokumentów po prostu nie otrzymujemy. Jesteśmy eliminowani w sprawach, które są naprawdę bardzo ważne i bardzo istotne. Pytałam się, dlaczego jesteśmy pomijani. Powiedziano mi, że można z tego korzystać, ale niekoniecznie trzeba. No, ja myślę, że organizacja, która 30 lat istnieje na rynku i zdołała wyrobić sobie pozycję organizacji uczciwej, działającej w zakresie propacjenckim, zasługuje na to, żeby być po prostu partnerem w rozmowach na temat legislacji. Wówczas może byśmy mniej dyskutowali i robili poprawek do ustaw, jak również wyjaśnialibyśmy sobie kwestie interpretacji, tego, co autor chciał powiedzieć, o co mu chodziło.

Korzystając z okazji, że dzisiaj jest ostatnie posiedzenie, chciałabym na ręce pani senator i drugiej pani senator złożyć serdeczne podziękowania za trud, jaki wkładaliście państwo w pracę podczas tych stu trzydziestu kilku spotkań. W większości w nich uczestniczyliśmy, jeśli dotyczyły one naszej branży. Dziękujemy również za zrozumienie naszych problemów, które przedstawialiśmy. Niestety nie zawsze nasze propozycje były akceptowane na kolejnych szczeblach, ale proszę przyjąć z naszej strony, składane w imieniu całego środowiska, serdeczne podziękowania za tę współpracę. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękujemy.

Czy ktoś jeszcze chce zabrać głos? Nie widzę zgłoszeń.

Panie Ministrze?

PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI

Na początku chciałbym odnieść się do tego wstępu. Czy jest dobrze, czy jest źle? Ja powiem,

że właściwie wszystko, czego dotykamy, można bardzo istotnie poprawić. Tak jak powiedziałem, często jest tak, że po 2, 3 latach okazuje się, że to jest zbyt mało i należy jeszcze raz do tego podejść. W związku z tym nigdy nie będzie takiej sytuacji, w której powinniśmy spocząć na laurach. Właściwie zawsze jest tak, że w większości zakresów można jeszcze poprawić system ochrony zdrowia. Ja wiem, że można bardzo dużo zrobić w systemie ochrony zdrowia i należy bardzo dużo zrobić w systemie ochrony zdrowia w każdym zakresie.

Była tutaj mowa o mukowiscydozie. Ja tylko powiem, że wszystkie jednostki chorobowe staramy się traktować równo, uczciwie. Staramy się jak najwięcej negocjować, jak najlepiej negocjować. Faktycznie na tamten moment, kiedy była rejestracja, udało nam się wszystkich pacjentów objąć refundacją związaną z daną rejestracją. Finansujemy leki, których działanie jest udowodnione klinicznie. Nad tym czuwa Europejska Agencja Leków. Jeśli coś jest niedopuszczone... Trudno nam, jako nieekspertom, finansować leki niedopuszczonych wskazaniach... W bardzo uzasadnionych przypadkach, w zakresie starych leków, gdzie nie ma już podmiotu odpowiedzialnego, który jest innowatorem w tym zakresie, poszerzamy wskazania za zgodą konsultantów, na podstawie badań, które są publikowane. Takie informacje są na liście rejestracyjnej. W zakresie mukowiscydozy wszyscy pacjenci... Tam były 3 leki. W zależności od grupy wszyscy pacjenci zostali objęci leczeniem. Teraz jest poszerzona grupa od szóstego do dwunastego roku życia, to jest ok. 200 pacjentów. Jest dodatkowo ok. 240 pacjentów, którzy potencjalnie kwalifikowaliby się do poszerzenia. Mamy taki wniosek i cały czas prowadzimy trudne negocjacje. Nie mogę powiedzieć, jak one się zakończą. Staramy się, mamy stałe... We wrześniu, w najbliższym czasie mamy zaplanowane kolejne spotkanie z centralą firmy, bo polski oddział często nie ma możliwości przeprowadzenia dobrych negocjacji.

Dlaczego uwzględniamy PKB sprzed 2 lat? Ponieważ tak zostało kiedyś przyjęte, tak było planowane. Pełna informacja. Oczywiście, tak jak pan Maciek powiedział, Eurostat zawsze podaje... Nasz GUS również podaje te informacje. Informacje w tym zakresie są zawsze dostępne. Cieszymy się, że PKB rośnie, bo to jest bardzo istotne. Zresztą ostatnie dane pokazują, że w najbliższych latach spodziewane są bardzo

istotne wzrosty produktu krajowego brutto. Być może sprawi to, że będziemy mogli znacząco zwiększyć możliwości sektora ochrony zdrowia w różnych zakresach.

Biję się w piersi. To były dwa... Faktycznie chyba... Chodzi o temat czasu i dania możliwości przekazania organizacjom, izbom lekarskim, izbom pielęgniarskim i izbom diagnostów, swoich uwag do procesu legislacyjnego. On jest bardzo często skracany, zawsze jest mało czasu, ale wydaje mi się, że można tu bardzo dużo zrobić i chyba trzeba bardzo mocno zwrócić na to uwagę. Teraz są jeszcze rozporządzenia do wykonania. Ja zwrócę na to uwagę. Ostatnio weszło bardzo dużo ustaw i jest bardzo dużo rozporządzeń do wprowadzenia. Cel tych rozporządzeń i tych ustaw jest bardzo istotny. Żeby państwo przedstawiali krytyczne uwagi... No, czasami możemy popełnić błędy, czasami możemy nie zwrócić na wszystko uwagi. Dziękuję za te wszystkie rzeczy, które państwo dają. Faktycznie 1 listopada ustawa refundacyjna w znacznej mierze wejdzie w życie i będzie umożliwione wystawianie recept przez specjalistów bez konieczności udostępniania przez pacjenta dostępu do indywidualnego konta pacjenta. Lekarz będzie miał dostęp do informacji o swoim pacjencie w zakresie farmakoterapii.

W zakresie szczepień na HPV powiem, że rozpoczęliśmy je 1 czerwca. Już ponad 100 tysięcy osób się zaszczepiło. Po 3 miesiącach okresu wakacyjnego jest to całkiem dobry wynik. Oczywiście wytyczne w Narodowej Strategii Onkologicznej są przewidziane na 10 lat. To nie jest cel do osiągnięcia w 1 miesiącu, żeby wszystkie osoby były zaszczepione. Zresztą nawet nie można podać 2 dawek szczepionki w 1 dniu, żeby pokazać efekt, pokazać, że osoba jest w pełni zaszczepiona. Oczywiście możemy jeszcze pracować, ale teraz jest trudny okres do takiej konstruktywnej pracy, do tego, żeby coś jeszcze zmienić w danym miesiącu. Ale zawsze jesteśmy chętni.

Jeśli chodzi... Jeszcze bym oddał głos... Chodzi o Fundusz Medyczny w zakresie programów profilaktycznych. Nasze zakresy, czyli dzieci, leczenie zagraniczne i lekowe... To już idzie bardzo sprawnie. Dyrektor Dzięgielewski jeszcze parę słów by tu powiedział. Jeszcze chciałbym... To jest konik pani przewodniczącej i nie tylko – ustawa o zdrowiu publicznym. Pani minister to stworzyła. Oddałbym głos panu dyrektorowi, żeby w paru zdaniach powiedział, jak ta ustawa jest realizowana, jeśli można.

PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA

Zanim oddam głos panu dyrektorowi, chciałbym po wypowiedzi pana ministra dopytać o parę rzeczy, bo być może czegoś nie rozumiem.

W kwestii mukowiscydozy powiedział pan, że z jednej strony są negocjacje i że są one objęte tajemnicą, a z drugiej strony wskazania są niedopuszczone. Proszę wyjaśnić tę kwestię i powiedzieć, jak jest tak naprawdę. Bo jeżeli są negocjacje, to znaczy, że ten lek powinien być dopuszczony. Mówię tutaj o tym problemie dotyczącym dzieci od szóstego roku życia. To jest moja pierwsza wątpliwość.

Druga dotyczy szczepień przeciw HPV. Nie jest tak dobrze, Panie Ministrze. Ja pisałam interpelacje w tej sprawie, ponieważ do Komisji Zdrowia wpływały informacje dotyczące 2 kwestii. Po pierwsze, pacjenci nie mają rozeznania, gdzie są rozmieszczone punkty szczepień. Po drugie, jednak brakuje szczepionek. To nie jest prawda, że one są. Po przetargu są 2 – i 9-walentne. I o ile podobno nie ma problemów z tą 2-walentną, o tyle z 9-walentną są. Co więcej, niektóre stacje sanepidowe wydały decyzje, że nie można zakupić tej 9-walentnej dopóty, dopóki jest 2-walentna. To rodzi duże wątpliwości. To jest moja druga wątpliwość odnośnie do tego, co pan powiedział.

Trzecia rzecz. Sposób procedowania zostawmy, bo musielibyśmy powiedzieć, jak w ogóle wygląda procedowanie ustaw w Sejmie i w Senacie, bez konsultacji, bez odpowiedniego trybu i czasu. Cała procedura została tu naruszona. Przyjmowane są ustawy, które są niezgodne z konstytucją, co jest absolutnie skandaliczne, a stało się w tej chwili normą w parlamencie.

I na koniec. Mam jeszcze wątpliwość odnośnie do nakładów finansowych, o których mówi tutaj pan minister. Pan powiedział, Panie Ministrze, że tak jest. Że prawo zostało tak uchwalone, że nalicza się PKB sprzed 2 lat. Ale to, że tak jest, nie znaczy, że tak być musi. Nawet nie powinno tak być, bo właśnie w efekcie tego, że PKB jest naliczane 2 lata wstecz... Skutkiem tego jest zmniejszenie wpływów do budżetu związane z tą sytuacją – 31 miliardów zł tylko w roku 2023. Państwo jako Ministerstwo Zdrowia powinniście raczej zadbać o to, żeby te wpływy były większe, i czynić starania... powinniście znowelizować tę ustawę, aby zniwelować ten problem, że nalicza się PKB sprzed 2 lat.

Dodatkowo chcę podkreślić, Panie Ministrze – z całą mocą będę to ciągle mówiła – że środki na świadczenia zdrowotne mamy w tej chwili głównie ze składek zdrowotnych, a nie z budżetu, czyli z pracy ludzi i przedsiębiorców, którzy płacą w tej chwili 9%, bo tak ta składka została uchwalona. Mało tego, jest to składka z Narodowego Funduszu Zdrowia, która powinna iść na świadczenia zdrowotne, a my z tych pieniędzy opłacamy różne inne, dodatkowe zadania, takie jak chociażby słynne leki dla osób 75+. Zawsze będę podkreślała, że państwo mówiliście, że na to będą dodatkowe pieniądze. Teraz w ramach tego systemu wprowadzamy dodatkową płatność: bezpłatne leki dla osób 65+i leki dla dzieci. Ja mam dużą wątpliwość dotyczącą tego, czy przez to, że wprowadzamy tego typu bezpłatne leki, nie brakuje m.in. na refundację leków innowacyjnych. I tak przy okazji powiem, że wiele osób zgłaszało mi problem związany z listą leków dla osób 65+. Jeżeli mamy refundować leki, które kosztują 3,20... To naprawdę jest skandaliczne, Panie Ministrze. To są leki, które są tanie, leki, które w tej chwili są rzadko używane, bo nie są lekami innowacyjnymi. Biorąc pod uwagę fakt, że w Polsce największym...

(Wypowiedzi poza mikrofonem)

Proszę o wyciszenie głosów, bo to troszkę przeszkadza. Biorąc pod uwagę fakt, że w Polsce w tej chwili największym wyzwaniem są choroby układu krążenia, zawały i udary, powinniśmy mocno wdrożyć profilaktykę przeciwzakrzepową. Niestety tak się nie dzieje, Panie Ministrze, i pan doskonale o tym wie, bo pan ma w swojej kompetencji refundację leków. Żaden nowoczesny lek, który powinien być stosowany, również zapobiegawczo, przeciwzakrzepowo, nie jest na tej liście. A są na niej – jeszcze raz powtarzam – tanie leki, które kosztują 3,20. To jest moja pierwsza dygresja, dotycząca środków i nakładów finansowych.

Druga. Proszę pamiętać, że poprzez ustawę o zawodzie lekarza zmniejszyliśmy finansowanie w ochronie zdrowia o 13 miliardów, ponieważ wszystkie zadania, które były dodatkowo finansowane z budżetu ministra zdrowia, weszły w zakres finansowania Narodowego Funduszu Zdrowia. Pomijam już kwestię ABM, o której pan tak pięknie tutaj opowiadał, a która również jest finansowana z naszych składek.

Reasumując, powiem, że nakłady na ochronę zdrowia są u nas najniższe w Unii Europejskiej,

więc naprawdę nie mamy się czym w tym zakresie szczycić, a skutki, jakie odczuwamy, to są, jak już powiedziałam, kolejki i oczekujący pacjenci. Mam tu kilka przykładów: 220 tysięcy osób czeka na wizytę u kardiologa, 300 tysięcy na wizytę u neurologa, a 220 tysięcy na wizytę u ortopedy. Czas czekania na wizytę u kardiologa to jest 30 dni w trybie pilnym, a 89 dni w przypadkach stabilnych. Aż 560 tysięcy osób czeka na przyjęcie do szpitala. Tak więc naprawdę, Panie Ministrze, proszę o troszkę pokory w tym wszystkim, co mówimy o ochronie zdrowia, bo to, że zostało rozpoczętych parę rzeczy w postaci pilotażu, absolutnie nie przełożyło się na stan zdrowotności, który jest w tej chwili po prostu tragiczny.

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, czyli naukowy instytut podlegający pod ministra zdrowia, szacuje, że w roku 2021 z powodu przyczyn możliwych do uniknięcia w przypadku odpowiedniej polityki w zakresie zdrowia zmarło ponad 80 tysięcy osób. Dotyczy to głównie mężczyzn, w ich przypadku te zdarzenia są o wiele częstsze niż w przypadku kobiet, niemniej jednak niemal co szósty zgon w Polsce byłby możliwy do uniknięcia dzięki poprawie systemu ochrony zdrowia. Można również było skutecznie leczyć określone osoby. Z powodu braku takiego skutecznego leczenia zmarło ponad 53 tysiące osób. Tak więc co czwarty Polak umiera z powodu możliwego do uniknięcia.

To jest takie gorzkie podsumowanie tego, jak wygląda nasz system, Panie Ministrze, i jak wyglądają nakłady na opiekę zdrowotną. To wszystko, o czym dzisiaj mówimy, jest dla mnie bardzo gorzkie. Tak, temat zdrowia publicznego jest moim konikiem. Gdyby działania w zakresie zdrowia były wdrożone przez ostatnie 8 lat, gdybyśmy mieli prawidłową profilaktykę i zapobieganie, niewątpliwie... Ja nie mówię, że byłoby idealnie, ale wskaźniki byłyby dużo lepsze, chociażby wskaźniki związane z otyłością u dzieci, co jest dużym wyzwaniem, czy zaburzeniami psychicznymi. Wie pan doskonale, Panie Ministrze, jaki mamy problem z samobójstwami, z depresjami u dzieci mimo tego, że ten system gdzieś tam zaczął działać i powstają centra, które są na to ukierunkowane. Ale mijają kolejne lata i nie możemy powiedzieć, że jeżeli chodzi o wskaźniki zdrowotne i o stan zdrowotności, to się poprawiło. Nie, Panie Ministrze, to wszystko się przez ostatnie lata wręcz załamało, łącznie z całym systemem opieki zdrowotnej, który

działa w oderwaniu... Każdy podmiot działa dla siebie, a pacjent w tym systemie zginął.

Czy chce pan jeszcze zabrać głos?

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Tak, jeśli można, bo było kilka pytań.

Dwa zdania na temat mukowiscydozy. Tak jak powiedziałem, na podstawie pierwotnej rejestracji została dokonana refundacja, później zostały rozszerzone wskazania. Tak jak powiedziałem, od razu wiedzieliśmy, przy wcześniejszych refundacjach, że zostanie to poszerzone na osoby w wieku 6–12 lat. To jest ok. 200 osób. Dodatkowo zakończyły się badania dotyczące innych mutacji. Chodzi tu o ok. 250 osób. Łącznie jest ok. 1 tysiąca 300 osób, które mają na dzień dzisiejszy wskazania rejestracyjne, a pacjentów jest ok. 2 tysięcy. W związku z tym część osób, tak jak zdecydowana większość pacjentów z chorobami rzadkimi, nie ma żadnego dostępnego leczenia, w szczególności przyczynowego. Rozmawiamy teraz o poszerzeniu grupy do ok 1 tysiąca 250 osób, o tym, żeby miały to sfinansowane, ale to nie są wszystkie osoby, które chorują na mukowiscydozę.

Jeśli chodzi o HPV i dostęp do szczepionek, to zakładaliśmy zawsze, że pacjent ma prawo wyboru w tym zakresie – szczepionka jest zalecana, a nie obowiązkowa. Dlatego nie ma i nie może być takiej sytuacji, że dopóki jedna się nie skończy, dopóty nie będziemy dokupowali drugiej. Dokupujemy je zgodnie z zapotrzebowaniem i tak będzie zawsze. Nie ma znaczenia, że jakaś szczepionka schodzi sprawniej, druga mniej. Szczepionki 9-walentne również są cały czas dostępne i realizujemy kolejny zakup. Zmieniliśmy zresztą plan finansowy na bieżący rok, żeby w grudniu... Widzimy, że w grudniu może zabraknąć szczepionek, i chcemy, żeby były one dostępne.

Jeśli chodzi o nakłady, to tutaj widzimy głównie wzrost związany ze wzrostem PKB, ale są również nakłady na sektor ministra zdrowia i wszystkich jednostek podległych. To nie idzie w żadnym zakresie ze składki zdrowotnej, tylko jest to dotacja na rok przyszły, także dotacja na zadania narodowego funduszu. Tam przygotowano ok. 9 miliardów dodatkowych środków. Przekazujemy też co roku dotację na koniec roku, bo mamy

takie możliwości. Oczywiście w żadnym zakresie, czy to w zakresie kolejek i czasu oczekiwania... Cały czas naszym celem jest... Każdy pacjent, który tego potrzebuje, powinien być niezwłocznie przyjęty. Oczywiście czasami schemat liczenia kolejek jest niewłaściwy, bo jeśli ktoś ma wizytę konsultacyjną za rok... Wiemy, że w przypadku nowotworów czy większości jednostek chorobowych w kardiologii trzeba monitorować pacjenta i że te czasy często wlicza się do czasów oczekiwania. Na pewno będziemy musieli pracować nad tym, żeby planowo to realizować. W niektórych zakresach się udało, ale nie będę tutaj mówić, że jesteśmy na pewno zadowoleni. Bardzo wiele rzeczy trzeba jeszcze poprawić.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pani senator. Proszę.

**SENATOR
EWA MATECKA**

Ja uprzejmie proszę o odpowiedź na moje pytania z zakresu Funduszu Medycznego. Zadałam 3 pytania.

**DYREKTOR DEPARTAMENTU LECZNICTWA
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MICHAŁ DZIĘGIELEWSKI**

Tak. Pragnę przypomnieć, że czekaliśmy aż zostanie mi oddany głos, o co poprosił pan minister Miłkowski na samym wstępie. Potem pani przewodnicząca doprecyzowała pytanie.

Jeśli chodzi, ogólnie rzecz biorąc, o szeroko rozumianą profilaktykę i Fundusz Medyczny to przez Radę Funduszu Medycznego został zatwierdzony jeden z programów, które są w portfolio Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. To jest program polegający na badaniu osteoporozy, szczególnie w mniejszych ośrodkach. Ten program będzie rozstrzygnięty w tym bądź w przyszłym tygodniu, bo praktycznie zakończyliśmy już etap wyjaśnień z samorządami gminnymi, które ten program będą realizować i które mogły składać wnioski w ramach tego programu. W praktyce przyjmujemy wszystkich, którzy pokusili się o to, żeby wyjaśnić wątpliwości, żeby

uzupełnić dokumentację. Ta dokumentacja jest prawidłowa, tak że program lada chwila zostanie uruchomiony. Rozważany był także program niskoemisyjny i tomografii, jeżeli chodzi o profilaktykę nie tylko raka płuc, ale także szeroko rozumianych chorób płuc. To jest jeszcze finansowane ze środków POWER-owych. Część środków Funduszu Medycznego zasila profilaktykę, także w sposób pośredni. Chodzi o zwiększenie populacji, która ma wykonywane badania profilaktyczne. W pierwotnej wersji ustawy o funduszu było sformułowanie, że jest to adresowane dla badań profilaktycznych, które są wykonywane przez lekarzy i placówki POZ. W ramach umożliwienia szerszej realizacji programów profilaktycznych dokonaliśmy modyfikacji profilaktyki chorób układu krążenia i w ramach tej profilaktyki są w tej chwili zmienione wytyczne. Zlikwidowaliśmy zapis, że to jest co 5 lat, kalendarzowo, ściśle rocznikami. Przede wszystkim ten program mogą realizować także pielęgniarki, co już zaskutkowało tym, że dziesięciokrotnie została zwiększona populacja osób, które w ramach tego programu mają udzielone świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej, co także będzie miało wpływ na wskaźniki.

Jeżeli chodzi o wydatki z innych części Funduszu Medycznego, jeżeli mówimy o inwestycjach... Pamiętajmy, że tam były rozstrzygane duże programy i duże konkursy na świadczenia onkologiczne, na świadczenia pediatryczne, niemniej są to wydatki wieloletnie, w związku z czym na samym początku tych pieniędzy się nie wydaje. Tam się po prostu finansuje. To, co zostało już dokonane... Tego nie da się skomasować w jednym roku. To jest rozłożone na kolejne lata, niemniej kwoty konkursów szły w miliardy.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Dyrektorze, ale te środki i te programy, które mają być zrealizowane w przyszłości, a także te, o których pan mówi, że są realizowane, równie dobrze mogły być realizowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Był chyba jakiś cel nadrzędny powstania tego funduszu i ja rozumiem, że pani senator właśnie o to chodzi. Jak są realizowane zapisy, które zgodnie z ustawą... Fundusz Medyczny był przyjęty ustawowo. Jak one są realizowane? Bo jakieś drobne programy, które gdzieś w przyszłości państwo będziecie

realizować... To wszystko są środki z Narodowego Funduszu Zdrowia, które również mogły być wydatkowane.

Proszę. Zaraz pani senator dopyta, ale jeszcze tylko pan prezes. Zaraz oddam głos.

**PEŁNOMOCNIK DO SPRAW
LEGISLACYJNYCH ZARZĄDU
ZWIĄZKU MIAST POLSKICH
MAREK WÓJCIK**

Pani Przewodnicząca! Pani Senator! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Marek Wójcik, Związek Miast Polskich.

Ja, szczerze mówiąc, nie zamierzałem zabierać głosu, ale po tym, jak dotknęliście państwo tematu Funduszu Medycznego, nie mogę się powstrzymać. Trzeba powiedzieć otwarcie: Fundusz Medyczny był od początku oceniany jako instytucja zupełnie niepotrzebna i czas przynosi potwierdzenie oceny, że jest on instytucją niepotrzebną, ponieważ wszystkie środki, które są kierowane na realizację zadań zawartych w ustawie o Funduszu Medycznym, można było wykorzystać poprzez funkcjonujące instytucje i z wykorzystaniem istniejących mechanizmów.

Po pierwsze, fundusz składa się z 4 subfunduszy. Z subfunduszu inwestycji strategicznej wydano kilkadziesiąt milionów złotych, czterdzieści parę milionów złotych w ciągu tego okresu. To są jedyne rozstrzygnięte konkursy. Zresztą 2 lata trwało rozstrzyganie konkursu dotyczącego szpitali pediatrycznych. To po pierwsze. Po drugie, drugi konkurs onkologiczny jest nierozstrzygnięty. Tyle z tego pierwszego subfunduszu.

Z subfunduszu drugiego, który najbardziej, że tak powiem, leży mi na sercu, a więc subfunduszu modernizacji szpitali – to był subfundusz kierowany wprost do szpitali samorządowych – nie wydano ani złotówki. Ani złotówki. A przypominę, że miał on być przeznaczony głównie na coś, co jest niezwykle potrzebne, mianowicie na restrukturyzację rynkową szpitali lokalnych, głównie w kierunku zagwarantowania usług najbardziej potrzebnych w przyszłości, takich jak opieka długoterminowa. Nawiasem mówiąc, zaznaczę, że w ramach KPO miały być realizowane w tym roku już pierwsze konkursy. Nie słyszałem o ani jednym konkursie ogłoszonym w tym zakresie, a już w tym roku miało być zrealizowanych, jeśli dobrze pamiętam, pierwsze

osiemdziesiąt parę projektów, a w przyszłym roku sześćdziesiąt parę. Łącznie miało ich być 150. Z tego subfunduszu wydano zero.

Trzeci subfundusz to jest subfundusz, który dotyczy, Drodzy Państwo, właśnie profilaktyki. Bilans na dzień dzisiejszy – wydano o zł. Jeżeli chodzi o konkurs dotyczący osteoporozy, to on miał być rozstrzygnięty w kwietniu tego roku. Wszystkie... Oceńcie państwo sami to, co teraz powiem. Wszystkie wnioski złożone przez samorządy były ocenione krytycznie pod względem formalnym, 114, jeśli dobrze pamiętam. Wszystkie, bo we wszystkich pojawiały się błędy. Ja już kiedyś miałem do czynienia z konkursem, gdzie ten bilans był jeszcze gorszy. Minister sportu ogłosił konkurs, w którym było 741 wniosków, a tylko 1 wniosek przeszedł ocenę formalną. Mówię to dlatego, Drodzy Państwo, że jest pytanie: kto jest winny? Ci, którzy przygotowują projekty, czy ci, którzy ogłosili konkurs? Konkurs zresztą, o który prosiliśmy jako samorządy ponad 2 lata i którego nie mogliśmy się doprosić, bo resort 2 lata się szykował do tych konkursów... Efekt jest taki, że konkurs do dzisiaj jest nierozstrzygnięty i ani złotówki nie wydano, a my jako samorządy nieprawdopodobnie potrzebujemy tych środków. A to my – jako człowiek pokorny powiem to teraz, mimo wszystko – jesteśmy głównymi realizatorami programów profilaktycznych i chcielibyśmy to robić dalej. Czwarty subfundusz to ten subfundusz – o nim zresztą tu mówił pan minister Miłkowski, którego zawsze za to chwałę – z którego wydano najwięcej. Ale to są te przedsięwzięcia, które można było załatwić inaczej, typu finansowanie leczenia osób do osiemnastego roku życia. No, nie było potrzeba Funduszu Medycznego, żeby to można było zrealizować. No, ale z tego funduszu parę złotych wydano. I to jest jedna sprawa.

Druga sprawa to przejrzystość działania Funduszu Medycznego. Muszę powiedzieć, że to jest coś, co nadzwyczaj niepokoi. Wydobyć pewne informacje o tym, jak to działa, wydobyć informacje, jak działa rada funduszu, było nie do zrobienia przez długi czas. Teraz jest trochę lepiej, ale tylko trochę lepiej. Pomijam to, Drodzy Państwo, że teoretycznie rzecz biorąc, jeśli dobrze liczę, to myśmy powinni do tego roku... Powinniśmy wydać 14 miliardów zł, licząc łącznie z tym rokiem, bo to miały być 2 miliardy w pierwszym roku i po 4 miliardy w każdym następnym. Popatrzcie państwo, ile jest wydane, ile zostaje w depozytach

Ministerstwa Finansów. Bo te pieniądze, które teoretycznie nawet są – to nie jest te 14 miliardów – mogły być rozsądnie wydane. Jeżeli nie były wydane 3 lata temu, jeżeli leżą w depozytach ministra finansów, to ich wartość jest znakomicie niższa. Muszę to powiedzieć także dlatego, że bardzo liczymy na to, że Ministerstwo Zdrowia – a można to zrobić na różne sposoby – zechce otworzyć się bardziej na profilaktykę.

I teraz jeszcze parę słów o profilaktyce. Pan dyrektor Poznański, z którym się znamy od dawna i którego nadzwyczaj szanuję, poprawi mnie, jeżeli popełniam błąd. Myśmy przez prawie 7 lat prosili o to, żeby można było wspólnie realizować projekty profilaktyczne za środki samorządowe i środki funduszu, dlatego że mieliśmy absurdalne sytuacje. W moim ukochanym Krakowie te same konkursy, skierowane do tych samych odbiorców, były ogłaszane przez miasto, przez województwo i przez narodowy fundusz, więc mówiliśmy: zróbmy to razem. Udało się wreszcie do tego doprowadzić, ale nasza radość trwała dokładnie rok, ponieważ na przełomie 2016 i 2017 r. zmieniono przepisy i nam było wolno łączyć środki tylko wtedy, kiedy dotyczyły świadczeń gwarantowanych. Szczepienie na HPV, o które pani się tutaj upominała, a którego nie było w koszyku świadczeń... Natychmiast przestaliśmy realizować te projekty albo znacznie je ograniczaliśmy. Bo co ja miałem zrobić, jak się okazało, że teraz, teoretycznie biorąc, mógłbym szczepić tylko jedną dzielnicę? Chodziło o dziewczynki, bo w tych pierwszych programach dotyczyło to tylko dziewczynek, teraz na szczęście także chłopców. A więc miałem środki na 1 dzielnicę. I ja miałbym powiedzieć rodzicom i dzieciom, że będziemy szczepili tylko w tej dzielnicy, bo zmieniono przepisy i nie możemy teraz mądrze łączyć tych środków z środkami funduszu? No wiadomo, że nie, tak się zachowywać nie będziemy. Stąd prośba... Szósty rok prosimy o zmianę 2 wyrazów w ustawie, które wykreślałyby to zupełnie niepotrzebne ograniczenie do współfinansowania środków z dochodów własnych samorządów ze środkami funduszu tylko w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych. A ja państwu powiem na końcu, dlaczego tak jest. Dlatego, że polityka była taka, aby wymuszać na samorządach terytorialnych – i to nie było jedno takie rozwiązanie – dopłacanie do systemu, podczas gdy samorządy nie są od tego, żeby do tego systemu dopłacać. Kto inny odpowiada za finansowanie systemu, a nie my. Zrobiono to, moim

zdaniem, świadomie. Proszę o refleksję. Nigdy nie jest za późno na dobrą zmianę i proponuję, żeby rzeczywiście spowodować – bez względu na to, kto będzie rządził w październiku – żeby dobra zmiana w tej kwestii nastąpiła.

I na koniec, bo już nie chciałbym potem zabierać głosu, a państwo zaraz podsumujecie działalność, chciałbym też podziękować pani przewodniczącej i komisji senackiej za czuwanie nad procesem legislacyjnym i za wiele dobrych zmian w ustawach, które trafiały do Sejmu. Chciałbym także podziękować panu ministrowi Miłkowskiemu, który jest w niewdzięcznej roli przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia i delegowany zawsze do nas, czasem cierpi nie za swoje winy. Ale ja staram się być uczciwy w ocenie, więc oceniam pozytywnie działalność pana ministra, mimo że często mówił pan nie za siebie i musiał pan mówić nie to, co chyba pan naprawdę sądzi. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Jeszcze pani senator. Proszę.

**SENATOR
EWA MATECKA**

Bardzo uprzejmie dziękuję mojemu przedmówcy za jasne, klarowne wyartykułowanie wszystkich mankamentów Funduszu Medycznego. Pamiętam naszą dyskusję, Panie Ministrze, podczas jednego z posiedzeń Senatu z 2020 r., kiedy uzasadniałam, że powoływanie Funduszu Medycznego pod koniec 2022 r. nie rokuje dobrze dla tego funduszu, że środki nie będą wykorzystane. I tak też się stało. Zadałam w związku z tym pytanie: dlaczego i na jaki cel konkretnie przeznaczono... Z przewidywanych na Fundusz Medyczny w roku 2020 2 miliardów zł zabrano 1 miliard 800 tysięcy na fundusz covidowy. Na co konkretnie te środki zostały przeznaczone? Bo moim zdaniem mogły być przeznaczone na udostępnienie i umożliwienie leczenia, diagnozowania chorych na nowotwory właśnie w czasie pandemii COVID, a nie zostało to zrobione. W ogóle środki ciężkości w ramach Funduszu Medycznego zostały przesunięty z onkologii na inne choroby cywilizacyjne, które zresztą też są zapisane w ustawie o Funduszu Medycznym. Przypomnijmy sobie,

Drodzy Państwo, że utworzenie Funduszu Medycznego nastąpiło jako odpowiedź prezydenta Rzeczypospolitej w sytuacji, kiedy my tutaj, w Komisji Zdrowia, rekomendowaliśmy przekazanie 2 miliardów zł na onkologię, w szczególności na onkologię dziecięcą. Uspokajano nas, że będzie utworzony Fundusz Medyczny. Został utworzony Fundusz Medyczny i z 14 miliardów, które powinny już dawno być przeznaczone na ratowanie zdrowia i życia chorych na onkologię... No, nie zostały one na to przeznaczone. Te pieniądze, jak bardzo często czytam w opinii ekspertów, są rolowane. To jest sytuacja absolutnie niedopuszczalna. Zadałam jeszcze jedno pytanie, a mianowicie o to, ile osób jest ostatecznie zatrudnionych i na co zostały przeznaczone te zabrane środki, ten 1 miliard 800.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Pogłębię to pytanie o fundusz covidowy, bo ono się bardzo ściśle wiąże z dzisiejszym raportem NIK. Otóż pani senator pyta konkretnie o 1 miliard 800, który został przekazany z Funduszu Medycznego, ale oczywiście fundusz covidowy to wiele miliardów, które zostały wydatkowane poza kontrolą parlamentu. Myślę, Pani Senator, że może właśnie dlatego nie wiemy, na co poszły te pieniądze i jak zostały wydatkowane, że nie mamy nad nimi żadnej kontroli.

Panie Ministrze, czy chce pan jeszcze zabrać głos na koniec tego ostatniego posiedzenia?

**PODSEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
MACIEJ MIŁKOWSKI**

Chciałbym bardzo serdecznie podziękować pani przewodniczącej za współpracę, za to, że mogliśmy się wypowiadać. Zawsze pani nas dopuszczała do głosu, żeby wyjaśnić wszystkie wątpliwości. Dziękuję bardzo za te 4 lata.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

No cóż, pozostaje mi zamknąć nasze dzisiejsze posiedzenie, ostatnie posiedzenie. Ja również

wszystkim państwu dziękuję. Dziękuję Ministerstwu Zdrowia za obecność na każdym naszym posiedzeniu – ja również doceniam, że jednak zawsze państwo przychodziliście na posiedzenia naszej komisji. Bardzo dziękuję wszystkim strom społecznym, wszystkim zainteresowanym danym tematem. Dziękuję także za wsparcie naszych ekspertów, którzy pracowali i do dzisiaj jeszcze pracują przy Komisji Zdrowia. Dziękuję wszystkim za pomoc, za podsuwanie różnych tematów. Wszystkim nam tutaj, w Komisji Zdrowia, zależy na tym, aby system opieki zdrowotnej działał jak najlepiej, bo działamy wszyscy dla pacjentów.

Szanowni Państwo, ponieważ Komisja Zdrowia ma jeszcze drugi punkt, którym jest przyjęcie sprawozdań wewnętrznych, to ja państwu dziękuję. Kłaniam się wszystkim bardzo serdecznie.

Proszę o pozostanie członków komisji, ponieważ musimy zakończyć to nasze posiedzenie z przyjęciem sprawozdania. Dziękuję bardzo.

(Brak nagrania)

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

W punkcie drugim pozostaje nam sprawozdanie z działalności Komisji Zdrowia X kadencji.

W latach 2019–2023 łącznie odbyły się 133 posiedzenia, na których rozpatrzono 53 ustawy. Wniesiono o odrzucenie 9 ustaw, o przyjęcie 4 ustaw bez poprawek. Wprowadzono poprawki do 34 ustaw. Komisja w ramach prac, oprócz tego, że rozpatrywała ustawy, odbywała też posiedzenia tematyczne związane z bieżącą sytuacją w ochronie zdrowia, a także po prostu różne tematyczne związane z problematyką zdrowia, m.in. zajmowaliśmy się sprawami onkologicznymi, zarówno pod kątem chorób onkologicznych, jak i Krajowej Sieci Onkologicznej, chorobami płuc, chorobami układu krążenia, informacjami

na temat leczenia hematoonkologicznych pacjentów, mukowiscydozą, chorobami rzadkimi. Wiele tematów zostało poruszanych na posiedzeniach stacjonarnych, a poza nimi odbywały się także posiedzenia wyjazdowe i studyjne.

W tym miejscu chciałabym bardzo serdecznie podziękować za pracę i współpracę państwu senatorów, którzy są członkami Komisji Zdrowia, a także pracownikom, obsłudze za to, że mogliśmy bardzo sprawnie procedować zarówno tu, na posiedzeniach stacjonarnych, jak i na wyjazdowych, co zawsze było dla państwa dodatkowym obciążeniem. Dziękuję pracownikom Biura Legislacyjnego za bardzo wnikliwe, bardzo rzetelne analizy poszczególnych ustaw i za pomoc podczas redagowania wnoszonych poprawek. Bardzo cenię sobie tę współpracę, ponieważ mecenas wielokrotnie pokazywali również wiele błędów legislacyjnych, redakcyjnych, które można było tutaj sprawnie poprawić. Dzisiaj na posiedzeniu Komisji Zdrowia także padała ta kwestia, aby poprawić uchwalanie prawa, żeby ten proces był dłuższy, żeby był odpowiedni czas na wprowadzenie poprawek, na chwilę zastanowienia się nad tym, jak dana ustawa ostatecznie powinna wyglądać, na konsultacje społeczne. To wszystko to są naprawdę ogromnie ważne elementy całego procesu stanowienia prawa. No, a przede wszystkim Senat stał na straży tego, aby wychodzące od nas akty prawne nie były niezgodne z konstytucją. Dziękuję oczywiście także naszym doradcom za wiele godzin, które spędziliśmy najczęściej online, rozmawiając o problemach ochrony zdrowia, o tym, co należy w najbliższym czasie wykonać jak najszybciej, aby ten system usprawnić. Bardzo sobie cenię tę współpracę, która pogłębiała także naszą wiedzę. Wszelkie informacje, które uzyskiwaliśmy, były oparte o argumenty, o opinie ekspertów. Tak więc jeszcze raz wszystkim bardzo dziękuję.

Do zobaczenia – być może niedługo po wyborach. Wszystkiego dobrego.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 23)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy