



SENAT
RZECZYPOSPOLITEJ
POLSKIEJ

X kadencja

Zapis stenograficzny

z posiedzenia
Komisji Zdrowia (15.)

26 maja i 1 czerwca 2020 r.

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat podjętych dotychczas działań w walce z epidemią koronawirusa, a także przedstawienie planu dalszych działań podejmowanych w oparciu o opinie i ekspertyzy epidemiologów.

(Początek posiedzenia o godzinie 10 minut 35)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca
Beata Małecka-Libera)

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Szanowni Państwo!

Będziemy rozpoczynali posiedzenie senackiej Komisja Zdrowia.

Chciałabym przede wszystkim powitać wszystkie przybyłe osoby. Bardzo mi miło, że możemy dzisiaj się spotkać i rozmawiać ze sobą, a nie tylko komunikować się zdalnie, poprzez telekonferencje, jak to czyniliśmy dotychczas.

Witam bardzo serdecznie państwa senatorów, pana ministra, przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia, pana dyrektora Juszczaka z narodowego funduszu...

(Głos z sali: Z PZH.)

...z PZH, Tak. Szukałam słowa, które jest zamienne.

Widzę również przedstawiciela GIS, pana dyrektora Grzegorza Krawczyka. Witam. Witam bardzo serdecznie przedstawicieli środowisk medycznych, z którymi miałam akurat kontakt przez te 2 miesiące walki z epidemią. Kontaktowaliśmy się i tym bardziej cieszę się, że dzisiaj możemy się spotkać i dowiedzieć się bezpośrednio od ministra, co sądzi na temat różnych wątpliwości, które wtedy nam się nasuwały.

Szanowni Państwo! Panie Ministrze!

Ja bardzo będę pana prosiła o to, żeby to, co będzie mówione dzisiaj na posiedzeniu komisji, było rzetelną prawdą, z tego względu, że wszystkie osoby, które tutaj się zgromadziły, bardzo bacznie przyglądają się walce z koronawirusem. Są to specjaliści, w większości lekarze, osoby, które bardzo dokładnie śledzą przebieg epidemii nie tylko z punktu widzenia pana ministra, który

komunikuje nam pewne rzeczy. My śledzimy także wszystkie opinie ekspertów, doniesienia ze świata medycznego zachodniego, śledzimy wykresy obrazujące epidemię w innych krajach, podejmowane decyzje. I mając te wszystkie nasze doświadczenia i naszą wiedzę, chcemy dzisiaj od pana ministra usłyszeć konkrety. Dlatego też bardzo będę prosiła pana ministra o to, żeby pana wypowiedź była wypowiedzią zwięzłą.

Chcemy dowiedzieć się, co chce nam pan przekazać na podstawie własnych doświadczeń po tych 2 miesiącach, po okresie 2 i pół miesiąca podejmowania różnych decyzji, ale chcemy także poznać źródła, ekspertyzy, doradców, to, na podstawie czego te decyzje były podejmowane. Podkreślam to, ponieważ rzecznik Ministerstwa Zdrowia oficjalnie powiedział, że eksperci, którzy doradzają Ministerstwu Zdrowia, to są osoby, które nie chcą, aby opinia publiczna dowiedziała się, jak się nazywają. W moim odczuciu to jest po prostu skandaliczne, ponieważ mamy prawo mieć informację o tym, kto doradza ministerstwu i na jakiej podstawie takie czy inne decyzje są podejmowane. A ponieważ bardzo często te decyzje są sprzeczne i rodzą wiele kontrowersji nie tylko w świecie medycznym, w świecie osób, które są związane z ochroną zdrowia, ale bardzo często zwykli ludzie pytają nas, jak mają postąpić w takiej, a nie innej sytuacji, skoro wydane decyzje są po prostu mało logiczne, bardzo będę prosiła pana – za chwilę udzielę panu głosu – o zwięzłą, konkretną wypowiedź, która ma przede wszystkim odpowiedzieć na zadane tu przed chwilą pytania. Chciałabym także od pana ministra usłyszeć, w jakim etapie epidemii jesteśmy. My znamy wykresy pokazujące przebieg epidemii na świecie i wykresy naszego przebiegu epidemii, ale z ust pana ministra bardzo często padają na ten temat sprzeczne wypowiedzi. Raz słyszymy, że będzie

pik, że będzie szczyt zachorowań i że musimy się do niego przygotować, a za chwilę słyszymy, że mamy wyplaszczenie, że właściwie jest to już spadek zakażeń i w związku z tym możemy odmrażać gospodarkę, wracać do normalności. To są dla nas bardzo ważne pytania i bardzo ważne odpowiedzi, dlatego prosiłabym, żeby również do tych kwestii pan minister się odniósł.

I trzecia sprawa – podejrzewam, że dzisiaj zostanie ona tylko zarysowana, ponieważ liczba pytań i wątpliwości, które do mnie trafiły, jest naprawdę bardzo duża, dlatego myślę, że będzie to przedmiotem kolejnego posiedzenia Komisji Zdrowia w najbliższym czasie – mianowicie kwestia powrotu ochrony zdrowia do stanu sprzed epidemii. Tutaj wątpliwości co do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów innych niż chorzy na koronawirusa jest naprawdę ogromnie dużo. Mamy wątpliwości dotyczące nie tylko dostępu tych pacjentów do świadczeń, ale samych przekształceń szpitali – głównie mówię tu o szpitalach jednoimiennych – w szpitale, które będą świadczyły różne usługi. W związku z tym boję się, ponieważ dzisiaj mamy tylko 2 godziny na dyskusję, a jak państwo widzicie, jest sporo osób z tzw. strony społecznej, której też bym chciała udzielić głosu... Umówmy się więc tak, że w tej chwili udzielię panu głosu, proszę o krótkie, zwięzłe odpowiedzi, a później będziemy po prostu pytać pana ministra o wszystkie wątpliwości, które mamy.

Chciałabym również przywitać ekspertów, którzy są na sali. Przepraszam, że nie uczyniłam tego na początku. Wszystkich państwa bardzo serdecznie witam i dziękuję za to, że także jesteście i będziecie mogli odpowiadać na wszystkie nurtujące nas pytania. Ja może tyle.

Panie Ministrze, udzielam panu głosu.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca! Państwo Senatorowie!
Szanowni Goście!

Ja w Senacie jestem piątą kadencją, Pani Przewodnicząca. Myślę, że zawsze mówiłem prawdę, dlatego ten wstęp, jak sądzę, nie był potrzebny. Komisja Zdrowia zawsze cechowała się merytoryczną pracą, aspekty polityczne zawsze zostawialiśmy gdzieś na boku i chciałbym, aby

dzisiejsze posiedzenie komisji przebiegło w takim duchu.

To, co państwu przedstawię, to są rzetelne i zwięzłe informacje, może trochę obszernie, ale wiele się wydarzyło w ciągu tych ostatnich 2 miesięcy w walce z koronawirusem w Polsce. Chciałbym, żeby państwo mieli dość jasną i rzetelną informację na temat tego, co robiło Ministerstwo Zdrowia, co robił rząd polski, jakie działania zostały podjęte w walce z epidemią koronawirusa i jakie mamy plany na przyszłość. Dlatego dzisiaj na sali są ze mną także przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia, witam pana Adama Niedzielskiego, prezesa, jest też z nami pan Grzegorz Juszczyk, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, ze swoim zastępcą, panem prof. Rafałem Gierczyńskim, jest z nami także krajowy konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych, pan prof. Andrzej Horban oraz krajowy konsultant w dziedzinie epidemiologii, pani dr Iwona Paradowska-Stankiewicz.

Szanowni Państwo!

W celu zapewnienia warunków umożliwiających realizację zadań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 wydana została ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, ale także innych chorób oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Ta ustawa była także czterokrotnie nowelizowana. Do tej ustawy Ministerstwo Zdrowia wydało wiele rozporządzeń. Przywołam tylko niektóre: rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie stanu organizacji opieki w izolatoriach wraz z nowelizacjami; rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii; rozporządzenie ministra zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych; rozporządzenie ministra zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej; rozporządzenie ministra zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień; rozporządzenie ministra zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Przepraszam bardzo, Panie Ministrze, ale może proszę nam nie odczytywać tytułów rozporządzeń, tylko jeżeli ewentualnie z danego rozporządzenia...

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: Pani...)

...rzeczywiście wynika coś istotnego, to może na to proszę zwrócić uwagę, bo o liczbie rozporządzeń, które państwo wydaliście, my wiemy, my to my śledzimy. Dziękuję.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca, tematem dzisiejszego spotkania jest informacja ministra zdrowia na temat działań podjętych w walce z epidemią, jeżeli więc pani przewodnicząca pozwoli, będę kontynuował.

...Rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego; rozporządzenie ministra zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w celu utrzymania płynności finansowej świadczeniodawców poprzez wprowadzenie zaliczkowej wpłaty wynagrodzeń z tytułu realizacji kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zmiany w powyższych aktach prawnych miały na celu ułatwienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach epidemii oraz zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy mogących udzielać świadczeń w związku z koniecznością zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19. Ponadto przewidziano tam wiele instytucji prawnych i rozwiązań mających chronić polskie społeczeństwo przed skutkami pandemii, tak aby zapewnić leki w aptekach i szpitalach.

W pierwszym etapie działań mających na celu zapewnienie właściwego przygotowania podmiotów leczniczych do zapewnienia odpowiedniego poziomu działania świadczeń zdrowotnych wojewodowie na podstawie art. 30

ustawy o państwowym ratownictwie medycznym podwyższyli gotowość w 192 szpitalach. U uruchomiliśmy 22 szpitale jednoimiennie. Łączna liczba dostępnych łóżek w tych szpitalach to jest 7 tysięcy 424. W tej chwili zajęte są 1 tysięcy 94 łóżka. Liczba respiratorów w tych szpitalach to 884, w tej chwili zajęte są 73.

Od 1 czerwca nastąpi sukcesywna redukcja liczby miejsc dla pacjentów z COVID-19 w obecnych szpitalach jednoimiennych w celu przywrócenia normalnej ich pracy. Plan działań mający na celu stopniowe przywracanie funkcjonalności szpitali jednoimiennych do stanu sprzed epidemii oparty jest na analizie aktualnej sytuacji epidemicznej w województwie w zakresie dynamiki zmian liczby osób zakażonych SARS-CoV-2 w celu dostosowania liczby łóżek dedykowanych tym pacjentom do potrzeb w przedmiotowym zakresie. Na podstawie powyższych analiz i malejącej liczby chorych w pierwszej fazie planowane jest przywrócenie do normalnego trybu ponad 50% z ponad 7 tysięcy 400 łóżek obecnie utrzymywanych w gotowości dla pacjentów zarażonych COVID. Kolejne kroki będą podejmowane adekwatnie do potrzeb.

W związku ze specyfiką zakażenia wirusem SARS-CoV-2 podjęto działania w celu zabezpieczenia ewentualnego znacznie zwiększonego zapotrzebowania na tlen medyczny w szpitalach jednoimiennych. Wyznaczono wojewódzkich koordynatorów zaopatrzenia w tlen medyczny, odpowiedzialnych m.in. za monitorowanie zużycia i zapotrzebowania szpitali na tlen medyczny, monitorowanie i koordynowanie łańcucha dostaw tlenu medycznego. Producentów objęto obowiązkiem utrzymania ciągłości działania w celu utrzymania dostaw tlenu do tych jednostek.

W 70 szpitalach zakaźnych oraz w szpitalach z oddziałami zakaźnymi i obserwacyjno-zakaźnymi zapewniono łącznie 3 tysiące 409 łóżek przeznaczonych dla pacjentów zakażonych COVID-19. Obecnie zajęte są 573. Liczba respiratorów w tych szpitalach to 747, zajętych jest 15. Obecnie w szpitalach innych niż jednoimiennie i zakaźne przebywają 244 osoby. Liczba respiratorów zajętych w tych szpitalach przez pacjentów z COVID-19 to 3.

Łącznie w kraju testy wykonuje 131 laboratoriów diagnostycznych. Do 25 maja wykonaliśmy 790 tysięcy 321 testów. Przebadaliśmy łącznie 722 tysiące 933 osoby, zakażenie

koronawirusem zostało potwierdzone u 21 tysięcy 631 osób. W poszczególnych dniach w ostatnim tygodniu wykonaliśmy: 18 maja – 14 tysięcy testów, 19 maja – 21 tysięcy, 22 maja – 28 tysięcy. Te liczby oscylują ok. 30 tysięcy, ale zależy to też od dnia tygodnia. Wiemy, że w weekendy tych testów robi się niestety zdecydowanie mniej.

W tej chwili hospitalizowanych jest 2 tysiące 71 pacjentów, w kwarantannie przebywają 78 tysięcy 864 osoby, objętych nadzorem jest 19 tysięcy 139 osób, zmarło 1 tysiąc 7 osób, ozdrowieńców mamy 10 tysięcy 20.

Także dla usprawnienia pobierania wymazów od chorych podejrzanych w kierunku COVID-19 uruchomiliśmy 193 punkty tzw. *drive-thru*, czyli punkty, w których przed szpitalami w namiotach są pobierane wymazy. Tych punktów, jak powiedziałem, jest 139. Ja już nie będę wymieniał, ile tych punktów jest w poszczególnych województwach. Do pobierania wymazów w województwach zostały także uruchomione tzw. wymazobusy czy też karetki wymazowe. W całym kraju takich karetek jest w tej chwili 156. W akcję pobierania wymazów bardzo aktywnie włączyli się także żołnierze Wojsk Obrony Terytorialnej, którzy wspomagają w codziennej realizacji zadań, jeżeli chodzi o pobieranie wymazów, czy to w punktach *drive-thru*, czy też w zespołach wymazowych.

W celu umożliwienia odizolowania pacjentów zakażonych SARS-CoV-2, u których nie występowały objawy lub u których przebieg choroby był łagodny, zorganizowaliśmy miejsca w hotelach, pensjonatach, akademikach, sanatoriach, określanych jako izolatoria. Standard izolatorium określony jest w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach. Na dzień 21 maja 2020 r. łączna liczba obiektów przeznaczonych na izolatoria to jest 69 i łączna liczba miejsc dla osób, które mogą przebywać w izolatoriach, to jest 6 tysięcy 904. Utworzyliśmy też hotele dla medyka, czyli dla personelu medycznego, który ma bezpośredni kontakt z chorymi na COVID-19. Na dzień 21 maja takich miejsc noclegowych jest 3 tysiące 995 w 49 hotelach i innych obiektach przeznaczonych właśnie dla personelu medycznego.

Na cele związane z COVID w zakresie zdrowia z Funduszu Przeciwdziałania COVID zaplanowano 10 miliardów 131 milionów zł. Środki te przeznaczone będą m.in. na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 9

ustawy o COVID. Poza tym na zadania związane z przeciwdziałaniem COVID przeznaczone zostały rezerwy celowe i rezerwy ogólne ministra zdrowia w kwocie ponad 900 milionów zł. Realizowane są także projekty z Programu Operacyjnego „Infrastruktura i środowisko” w kwocie ponad 500 milionów zł. Na dzień 25 maja 2020 r. przyznano środki na finansowanie zadań związanych ze zwalczaniem zakażenia, zapobieganiem rozprzestrzenianiu się, profilaktyką oraz zwalczaniem skutków choroby zakaźnej, zwanej wirusem SARS-CoV-2, łącznie na kwotę 413 milionów 116 tysięcy 290 zł, z tego na zadania budowlane – ponad 7 milionów 353 tysiące, na zakupy inwestycyjne – 405 milionów 762 tysiące 828 zł.

Wsparcie w ramach dotacji celowej za pośrednictwem wojewody przekazano podmiotom działalności leczniczej w formie środków finansowych na przeciwdziałanie i zapobieganie rozprzestrzenianiu się COVID-19. Łączna kwota przyznanych środków to jest blisko 129 milionów zł. Przeznaczone środki finansowe w ramach rezerwy celowej obejmowały potrzeby podmiotów leczniczych w zakresie 5 głównych grup: środki ochrony osobistej, środki do dezynfekcji, środki do intensywnej terapii ECMO, środki do transportu chorego, aparatura do diagnostyki laboratoryjnej. Dotacja celowa została udostępniona blisko 170 podmiotom działalności leczniczej, w tym także wojewódzkim stacjom sanitarno-epidemiologicznym oraz dysponentom ratownictwa medycznego. Środki zakontraktowane przez Ministerstwo Zdrowia to jest 710 milionów zł.

Na zakup środków ochrony osobistej: przyłbice – 7 milionów, liczba kupionych przyłbic to 1 milion 160 tysięcy; gogle ochronne – 672 tysiące, liczba zakupionych to 65 tysięcy 500; kombinezony ochronne – 15 milionów 726 tysięcy, kupiliśmy za to 362 tysiące kombinezonów ochronnych; maski ochronne – 8 milionów 428 tysięcy, kupiliśmy za to 3 miliony 247 masek; maseczki chirurgiczne – 20 milionów 871 tysięcy, kupiliśmy za to 15 milionów 270 tysięcy maseczek; rękawiczki – 2 miliony 626 tysięcy, kupiliśmy za to 10 milionów 511 tysięcy par rękawiczek; fartuchy izolacyjne – 127 tysięcy, kupiliśmy za to 27 tysięcy; ochraniacze na buty – 570 tysięcy, kupiliśmy 140 tysięcy tych ochraniaczy. Kwota to jest 57 milionów 540 tysięcy.

Także na zakup środków do dezynfekcji przeznaczaliśmy 186 milionów 612 tysięcy, tj. na 1 milion 705 tysięcy opakowań pięciolitrowych, 600 tysięcy opakowań jednolitrowych oraz 200 tysięcy opakowań po 30 ml. W ramach podjętych działań zagwarantowano wszystkim szkołom podstawowym i szkołom muzycznym I stopnia oraz poradniom psychologiczno-pedagogicznym dostęp do dyspenserów oraz środków do dezynfekcji rąk. Dyspensery zostały także dostarczone do szkół ponadpodstawowych.

Zakupiliśmy ponad 1 milion 300 tysięcy testów PCR. Na sprzęt medyczny przeznaczaliśmy 276 milionów 407 tysięcy, kupiliśmy 1 tysiąc 571 respiratorów, 1 tysiąc 574 monitory, 26 aparatów do ciągłej terapii nerkozastępczej, 2 tomografy w kontenerach, 10 tysięcy pulsoksymetrów, 500 stanowisk z pompami infuzyjnymi i strzykawkowymi. Na działania związane z walką z COVID Ministerstwo Zdrowia pozyskało także 550 milionów z budżetu Unii Europejskiej, na realizację 5 projektów związanych z zakupem środków ochrony osobistej, środków do dezynfekcji oraz środków trwałych.

Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia zawarło umowę z Państwowym Zakładem Ubezpieczeń na umowy zbiorowego ubezpieczenia następstw zakażenia po ekspozycji na koronawirusa dla personelu medycznego w 20 szpitalach jednoimiennych oraz ich osób bliskich na sumę 33 milionów 433 tysięcy, ubezpieczenie dla personelu lub osoby bliskiej, tj. 5 tysięcy w przypadku zakażenia i 250 tysięcy z przypadku śmierci. Ubezpieczenie obowiązuje od 16 marca 2020 r. do 15 marca 2021 r.

Od początku epidemii podjęto działania w celu zapewnienia środków ochrony osobistej i środków do dezynfekcji oraz sprzętu medycznego na potrzeby szpitali, placówek opieki długoterminowej, służb mundurowych i ratowniczych, stacji sanitarno-epidemiologicznych, laboratoriów diagnostycznych, zespołów ratownictwa medycznego, domów pomocy społecznej oraz podobnych placówek, ale także szkół, przedszkoli, poradni, innych placówek oświatowych i inspekcji.

Zgodnie z wnioskami i dyspozycjami ministra zdrowia w trakcie epidemii zrealizowano kilkadziesiąt tysięcy dostaw niezbędnego asortymentu z rezerw strategicznych, zasobów Ministerstwa Zdrowia czy z Centralnej Bazy Rezerw Sanitarno-Epidemiologicznych. Środki są

przekazywane bezpośrednio podmiotom lub za pośrednictwem odpowiednich organów, głównie przez wojewodów. Najczęściej wydawanymi środkami ochrony osobistej są maseczki i maseczki chirurgiczne, wydano ich 54 miliony sztuk, rękawiczki jednorazowe – 43 miliony, gogle – 1 milion 300, kombinezony ochronne – ponad 1 milion sztuk, maski filtrujące – ponad 1,5 miliona sztuk, do tego 7,5 miliona l płynów do dezynfekcji.

Także opublikowano i opracowano na stronach internetowych liczne wytyczne, zalecenia i procedury postępowania. Wykonano zalecenia dla personelu i kierowników podmiotów leczniczych, m.in. w sprawie organizacji triage'u w szpitalach zakaźnych i niezakaźnych, w sprawie stosowania środków ochrony osobistej oraz sposobu organizacji pomieszczeń, w których udzielana jest pomoc medyczna pacjentom z podejrzeniem COVID-19, wskazówki dotyczące diagnostyki i leczenia oraz wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń. Opracowano procedurę lotniczego transportu międzyszpitalnego pacjentów zakażonych COVID-19 przy użyciu środków powietrznych lotniczego pogotowia ratunkowego oraz służby poszukiwawczej ASAR. Przekazano dotację dla lotniczego pogotowia ratunkowego na zakup 10 kapsuł transportowych służących do transportu pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem.

W kontekście wynagrodzeń i świadczeń dla osób wykonujących zawody medyczne jednym z pierwszych rozwiązań było dodane do ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 rozwiązanie polegające na tym, że tym osobom przysługuje zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonego na podstawie poprzednich przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Także w art. 47 ust. 10 ustawy z 5 grudnia 2008 r. z późniejszymi zmianami osobie skierowane do pracy na podstawie decyzji, o której była mowa w ust. 2, przysługuje wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 150% przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w tej decyzji lub w innym zakładzie.

Gdy mówimy o zakazie wykonywania pracy przez osoby wykonujące zawód medyczny mające kontakt z pacjentami i z podejrzeniem zakażeniem COVID, i z innymi, tzw. niecovidowcami, należy wskazać, że minister zdrowia 28 kwietnia 2020 r. wydał rozporządzenie w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem COVID-19. Zgodnie z tym rozporządzeniem osoby objęte ograniczeniem nie mogą uczestniczyć w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż pacjenci z zakażeniem lub podejrzeniem COVID-19.

We współpracy z konsultantami krajowymi w dziedzinie pielęgniarstwa, towarzystwami naukowymi, stowarzyszeniami pielęgniarek i położnych, samorządami zawodowymi zostały opracowane i zaktualizowane wytyczne i procedury oraz poradniki postępowania dla pielęgniarek i położnych w zakresie zagrożenia epidemią wirusa SARS-CoV-2. Opracowano także plan zapewnienia opieki dla zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz hospicjów. We współpracy z konsultantem krajowym w dziedzinie anestezjologii opracowano standardy dla planowanego szpitala tymczasowego. Mieliśmy w planie budowę takiego szpitala, gdyby brakowało miejsc w szpitalach jednoimiennych i zakaźnych.

Szpitalom został zapewniony dostęp do leku Arechin. Wydano obwieszczenie reglamentacyjne, a także dokonano dystrybucji leków do wszystkich jednoimiennych szpitali oraz posiadających oddział zakaźny lub obserwacyjno-zakaźny. Sprowadzono leki w trybie importu interwencyjnego do leczenia chorych w szpitalach, Remdesivir oraz inne. Opublikowano obwieszczenie dotyczące leków zagrożonych brakiem dostępności, w którym znalazły się wszystkie potencjalne leki mogące być stosowane w leczeniu COVID, oraz wyroby medyczne, blokady wywozu leków i wyrobów medycznych za granicę celem ukrócenia spekulacji w przypadku sprzedaży do krajów, gdzie ceny są o wiele wyższe niż w Polsce.

Uruchomiono platformę teleporad, tj. narzędzie zbudowane przez CSIOZ we współpracy z Operatorem Chmury Krajowej, która umożliwia szybki dostęp do porad medycznych bez konieczności osobistego kontaktu lekarza z pacjentem. Celem utworzenia platformy jest udzielanie

teleporad pacjentom, którzy podejrzewają u siebie obecność SARS-CoV-2.

Uruchomiono system EWP na podstawie ustawy z 2 marca 2020 r. o poszczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem COVID-19. System w swoim założeniu wprowadził możliwość rejestracji osób przekraczających granice kierowanych na obowiązkową kwarantannę. W obecnym kształcie umożliwia on gromadzenie i późniejszą weryfikację danych osób skierowanych na kwarantannę przez służby i urzędy. Platforma zawiera informacje o terminach rozpoczęcia i zakończenia kwarantanny, o osobach podlegających kwarantannie. Umożliwiono również zlecenie testów przez system sanepidom oraz punktom mobilnym w szpitalach. Została uruchomiona także platforma zakupowa dotycząca wyrobów medycznych, na której potencjalni oferenci mogą składać oferty na środki ochrony osobistej.

Szanowni Państwo, podjęliśmy także podjęliśmy działania na forum Unii Europejskiej. Pragnę przypomnieć, że już 26 lutego, zaraz po wybuchu epidemii we Włoszech, minister zdrowia zwrócił się do Rady Ministrów Zdrowia Unii Europejskiej, aby zwołać nadzwyczajną sesję. Mówię o tej, która się odbyła z naszej inicjatywy 6 marca. Podjęliśmy wiele działań, mogę je oczywiście tu wymienić. Ewentualnie jeżeli będą pytania, to na nie odpowiem. W ramach planów Unii Europejskiej uczestniczymy w pewnych zakupach, czy to sprzętu ochrony osobistej, czy też respiratorów.

Pani Przewodnicząca, myślę, że to byłoby na tyle. Jeżeli pani pozwoli, to poprosiłbym jeszcze o udzielenie głosu panu Grzegorzowi Juszczykowi, który by przedstawił aspekt epidemiologiczny.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo, Panie Dyrektorze.

**DYREKTOR NARODOWEGO INSTYTUTU
ZDROWIA PUBLICZNEGO
– PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU HIGIENY
GRZEGORZ JUSZCZYK**

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo Senatorowie! Szanowni Państwo!

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny już od stycznia monitoruje sytuację epidemiologiczną. Nasi eksperci to zarówno pracownicy naukowcy instytutu, jak i w podwójnej roli konsultant krajowy, pani prof. Iwona Paradowska-Stankiewicz. W działaniach związanych z monitorowaniem sytuacji epidemiologicznej współpracujemy także bardzo blisko, bezpośrednio z Głównym Inspektorem Sanitarnym i z wszystkimi pracownikami powiatowych i wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Pani przewodnicząca pytała o ekspertów, więc chciałbym tu od razu, może przed rozpoczęciem dyskusji wskazać, iż minister zdrowia i główny inspektor sanitarny na bieżąco zgłaszają nam potrzeby dotyczące przygotowania ekspertyz albo szczegółowych informacji na temat sytuacji epidemiologicznej. Drugą naszą istotną rolę jest wsparcie procesu diagnostyki laboratoryjnej. Pełnimy funkcję laboratorium, centralnego laboratorium referencyjnego.

Obserwacje zjawisk epidemiologicznych, pojawienie się nowego patogenu w styczniu natychmiast spowodowało to, że przekazaliśmy informację do Ministerstwa Zdrowia o tej potencjalnie groźnej chorobie. Wdrożyliśmy także działania zmierzające do tego, aby uruchomić już celowaną diagnostykę molekularną nowego patogenu, która rozpoczęła działalność z końcem stycznia. Pierwszy przypadek zanotowaliśmy 4 marca br., a już pod koniec lutego pan minister zdrowia Łukasz Szumowski zwrócił się do nas z prośbą o powołanie interdyscyplinarnego zespołu, zespołu naukowego, który w trakcie całego przebiegu epidemii będzie prowadził działania analityczne na podstawie wszystkich danych epidemiologicznych, które gromadzone są w różnych systemach sprawozdawczych. Przede wszystkim są to informacje pochodzące bezpośrednio z powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych w tzw. systemie rejestrowania ognisk, z wywiadów epidemicznych. Dodatkowo są to także informacje o wykonywanych badaniach laboratoryjnych oraz pozwalające na obliczenie odsetka wyników dodatnich, bardzo istotnego w monitorowaniu sytuacji epidemiologicznej, informacje płynące bezpośrednio z laboratoriów wykonujących badania molekularne. Ekspertyci uczestniczą również w webinarach, w seminariach prowadzonych głównie przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania

i Kontroli Chorób, ale także Światową Organizację Zdrowia, aby na bieżąco wymieniać się tymi informacjami. Tak więc praktycznie od początku marca 2 zespoły interdyscyplinarne, które prowadzą na bieżąco monitoring epidemiologiczny, 2 razy w tygodniu przekazują raporty bezpośrednio do Ministerstwa Zdrowia, a dalej, jak wynika z informacji, są one poddawane dyskusji podczas posiedzenia sztabu kryzysowego.

To są 2 odrębne modele prowadzone przez przedstawicieli Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego. To jest pani prof. Magdalena Rosińska z Zakładu Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru oraz pan Daniel Rabczenko, który jest przedstawicielem zakładu pana prof. Bogdana Wojtyniaka, czyli Zakładu Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności. Oczywiście jest wsparcie wszystkich naukowców zatrudnionych w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego. Ponieważ ten model epidemiologiczny wymaga bardzo złożonych obliczeń matematycznych, członkami zespołu są także przedstawiciele Instytutu Informatyki na Wydziale Matematyki, Informatyki i Mechaniki Uniwersytetu Warszawskiego pod kierownictwem pani prof. Anny Gambin. Członkami zespołu są także Krzysztof Gogolewski i Błażej Miasojedow. Ekspertyci ci przygotowują raporty podsumowujące dane tzw. pierwszej fazy w oparciu o model SEIR, rekomendowany także przez Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, na podstawie którego definiowany jest m.in. współczynnik reprodukcji, a także prognozowana jest liczba zachorowań oraz zgonów, to na podstawie tych wcześniejszych odnotowanych w systemach raportowych zdarzeń. Przeprowadzana jest także prognoza krótkoterminowa i średnio-terminowa.

Prognozy przedstawiane we wczesnej fazie epidemii, zresztą zgodnie z takim konsensem ekspertów, konsultowane także m.in. z konsultantem krajowym do spraw chorób zakaźnych, panem prof. Andrzejem Horbanem, miały charakter czysto teoretyczny. Oczywiście na początku epidemii pewne założenia muszą być modelowane w trakcie jej rozwoju, w związku z czym wszystkie te założenia były modyfikowane poprzez uzupełnianie danych bieżących, a także dzięki pojawiającym się nowym źródłom informacji. Aktualnie ten model jest rozwijany również w podziale na regiony, czyli zarówno współczynnik reprodukcji, jak

i prognozy dotyczące zachorowań są obliczane dla województw.

Z uwagi na to, że aktualnie epidemia ma taki bardzo klasyczny charakter epidemii 2 prędkości, tzn. wskaźniki ogólnopolskie nie oddają realnego przebiegu zakażeń z uwagi na to, że występują mocno zlokalizowane ogniska de facto w poszczególnych powiatach czy w kilku powiatach, wskaźniki epidemiologiczne, głównie zapadalność łączna 14-dniowa w cyklach 2-tygodniowych od początku epidemii, też zgodnie z rekomendacją Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, pozwalają na śledzenie zmian w czasie. Każdy spadek wskaźnika zapadalności 14-dniowej jest informacją o stopniowym wygaszaniu epidemii w danym regionie. Aktualnie zespół ten rozwija model badania wskaźnika zapadalności i prognoz także na poziomie powiatów.

Ta epidemia 2 prędkości oznacza, że globalnie liczba wszystkich zachorowań poza ogniskami, które teraz charakteryzują się przejściowym – przynajmniej do czasu kontroli – wzrostem liczby zachorowań, czyli ta całkowita liczba innych zachorowań spada. W związku z tym, gdybyśmy analizowali – tak wynika z modelu i z ostatniego raportu, tego z 25 maja – gdybyśmy traktowali przebieg epidemii tylko w kontekście danych spoza ognisk, mielibyśmy już do czynienia z fazą podkrytyczną, czyli fazą wygaszania. Współczynnik reprodukcji na poziomie 1 oznacza, że przemieszczamy się pomiędzy fazą nadkrytyczną, czyli wzrostem zachorowań, a podkrytyczną. Taki poziom osiągnęliśmy już 2 tygodnie temu, ten wskaźnik, współczynnik reprodukcji poniżej 1. Jednak w związku z ogniskami, które pojawiły się w ciągu ostatnich 2 tygodni, głównie w województwie śląskim, ten wskaźnik obecnie łącznie dla całego kraju wynosi 1,26 z przedziałem ufności od 0,95 do 1,64, ale to jest już bardzo kompleksowe oszacowanie, w oparciu o ponad 2-miesięczną obserwację i gromadzenie danych. Tak więc obecnie mamy sytuację, w której możemy powiedzieć, że koncentracja naszych działań przeciwepidemicznych w zdiagnozowanych lokalnych ogniskach zachorowań może pozwolić na kontrolę epidemii i dalszy przebieg tej krzywej zachorowań w fazie podkrytycznej. Od kilkunastu dni obserwujemy w miarę stabilną liczbę nowych zachorowań, aczkolwiek znaczny odsetek, kilkadziesiąt procent w tej liczbie to są właśnie zachorowania z ognisk.

Drugi model, który jest realizowany przez ekspertów z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego z zespołem analitycznym kierowanym przez pana prof. Tylla Krügera z Politechniki Wrocławskiej – to jest z kolei tzw. model agentowy, który bierze pod uwagę także przemieszczanie się ludności i mobilność, która w okresie dużej izolacji społecznej w sposób wyraźny była ograniczona, obecnie wraz ze zwalnianiem restrykcji te dane wskazują na wzrost mobilności, czyli także wzrost częstości kontaktów społecznych – również wskazuje na to, że znajdujemy się właśnie na pograniczu fazy nadkrytycznej i podkrytycznej, czyli w zależności od tego, jak będą przebiegały zachorowania w poszczególnych ogniskach, będziemy mieli do czynienia z taką amplitudą oscylującą wokół fazy kontroli epidemii. Oczywiście wszystkie te działania mają na celu dostarczenie ministrowi zdrowia informacji do podejmowania decyzji. Równocześnie mamy informację, ponieważ zasilamy także inne zespoły analityczne danymi, które przetwarzamy, że takich zespołów przygotowujących model epidemiczny jest kilka. Bezpośrednio współpracujemy z Polską Akademią Nauk, gdzie również taki model jest prowadzony, oraz z Centrum Analiz Strategicznych rządu, z tym że tutaj nasza rola ogranicza się do przekazywania danych wejściowych. Na podstawie informacji, które mamy, oraz zakresu współpracy naszych naukowców z innymi zespołami mogą też wskazać, że również firmy konsultingowe, które współpracują bezpośrednio prawdopodobnie ze sztabem kryzysowym, również udzielają porad w zakresie interpretacji tych wskaźników.

Krótko podsumowując, powiem, że Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego prowadzi monitoring sytuacji epidemiologicznej. Pan minister powołał niezależny zespół ekspertów, który regularnie przygotowuje update'y tych 2 modeli. To są opracowania autorskie, sygnowane także przez autorów, więc jest to de facto zespół, który przygotowuje główne raporty. Zaś długa lista naszych ekspertów, pracowników Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, szczególnie z tych 2 zakładów, mogła być wymieniona w pełni. Te prace zarówno w obszarze nadzoru epidemiologicznego, jak i wsparcia procesu diagnostyki laboratoryjnej koordynuje pion do spraw epidemiologii i zdrowia środowiskowego, którym kieruje obecny tutaj pan prof. Rafał Gierczyński.

Naszym zadaniem jest także analiza dostępnych źródeł naukowych w celu wspierania decyzji w zakresie wydawania rekomendacji, chociażby dotyczących stosowania konkretnych metod diagnostycznych, aczkolwiek aktualnie te prace koordynowane są głównie w ramach zespołu do spraw diagnostyki COVID. W pracach tego zespołu oczywiście udział biorą pracownicy narodowego instytutu, ale również konsultanci krajowi, pani prof. Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat, przedstawiciele Krajowej Izby Diagnostyki Laboratoryjnej i innych instytucji, właśnie po to, aby wypracować ekspercki konsensus dotyczący modelu diagnostyki laboratoryjnej w kierunku COVID-19.

Jeszcze może dodam jedną informację, która także pojawia się w dyskusjach, dotyczącą potencjalnej drugiej fali epidemii. Ta informacja na razie nie może bezpośrednio wynikać z modeli, dlatego że w okresie epidemii takie przewidywanie na kilka miesięcy do przodu jest bardzo utrudnione. Widzieliśmy to w adiustacji naszych założeń z początku marca, które były weryfikowane już dostępnymi, realnymi danymi. W każdym razie nałożenie się sezonowego występowania chociażby wirusa grypy i jeszcze stosunkowo niskie, także w deklaracjach Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, prawdopodobieństwo, że w krajach, które teraz to ogłaszają, całkowicie uda się zatrzymać transmisję wirusa, do tego równoległe otwieranie granic, związane chociażby z rozpoczynającym się sezonem odpoczynku, sezonem wakacyjnym w wielu krajach w Europie, może być bardzo trudne. Zatem należy spodziewać się nawrotu albo utrzymania się występowania zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 równoległe z wirusem grypy. Dlatego już intensywnie pracujemy nad tym, aby przygotować odpowiednie zalecenia dotyczące współwystępowania tych 2 patogenów. W tym sezonie mieliśmy do czynienia z o tyle szczęśliwą sytuacją, że pojawienie się koronawirusa w Polsce nastąpiło już w schyłkowej fazie zachorowań na grype, a jak pokazały także dane z nadzoru epidemiologicznego, który prowadzi instytut, masowa izolacja społeczna, wprowadzona w drugiej połowie marca, praktycznie zahamowała także transmisję wirusa grypy. Tak więc intensywnie pracujemy z zespołem nad tym, aby przygotować się także do tego zjawiska, które może się pojawić jesienią.

PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo, myślę, że w tej chwili mamy już informację ze strony ministra zdrowia o podjętych działaniach, a także znamy ośrodek ekspercki, który bezpośrednio współpracuje z Ministerstwem Zdrowia, opiniuje i pomaga ministerstwu podjąć decyzje.

Panie Dyrektorze, mam 2 krótkie pytania. Pierwsze pytanie. Powiedział pan, że przygotowujecie prognozę krótkoterminową. Ja nie mówię w tej chwili o piku jesiennym, mówię o najbliższych tygodniach. Proszę powiedzieć, na jakim etapie jest epidemia. Czy mamy constans, czy mamy linię opadającą, czy mamy linię wznoszącą? Jak prognozujecie na najbliższe tygodnie i na podstawie czego? Ażeby wydać takie ekspertyzy, trzeba przecież znać liczbę osób zakażonych, temu zaś służy testowanie. Jak wyglądała sprawa testowania od samego początku, dokładnie wszyscy wiemy. Nie chcę wracać do historii z 4 lutego, kiedy były 2 laboratoria i wszystko było dobrze, bo wiemy, jak to się wszystko działo. Ale teraz mówił pan o ogniskach zakażenia, które są ogniskami wykrytymi właśnie dlatego, że te osoby są testowane. Jak to wygląda w skali kraju? Pan minister powiedział, że przeprowadzono, jeżeli dobrze zanotowałam, 700 tysięcy testów. Tak, Panie Ministrze? W skali kraju, wobec 38 milionów naszej populacji to chyba niewielki procent przeprowadzonych testów, a te testy mają dać obraz tego wytyczonego współczynnika. Tak więc proszę nam powiedzieć, na podstawie czego i w jaki sposób na najbliższe tygodnie robicie państwo tę projekcję.

Mówi się również o tym, że są regiony, gdzie w tej chwili właściwie w ogóle już koronawirusa się nie wykrywa, wykrywa się go w pewnych miejscach, w województwach, w zakładach pracy. No, wiemy, o czym mówimy. Tak więc proszę powiedzieć, czy ta wytyczona krzywa dotyczy całego naszego kraju, czy też możecie nam państwo przedstawić takie krzywe epidemiczne, które różnią się w poszczególnych regionach.

I na podstawie tego teraz chciałabym zapytać: kto i na podstawie czego podjął decyzję o odmrażaniu i o pewnych swobodach w zachowaniu osób? Słyszymy, że w najbliższym czasie ma być podjęta decyzja o zdejmowaniu masek. Zresztą co do masek to też najpierw słyszeliśmy,

że w ogóle nie są potrzebne, ich noszenie było wręcz wyśmiewane, a później nagle okazało się, że każdy musi nosić w każdej sytuacji, nawet gdy wokół, nie wiem, w promieniu kilometra nie ma żywej osoby. Wtedy też byliśmy zmuszeni do noszenia masek. Te decyzje są sprzeczne i w odbiorze społeczeństwa nielogiczne.

Dlatego bardzo bym prosiła, żeby pan teraz w kilku słowach ustosunkował się do tej najbliższej prognozy.

**DYREKTOR NARODOWEGO INSTYTUTU
ZDROWIA PUBLICZNEGO
– PAŃSTWOWEGO ZAKŁADU HIGIENY
GRZEGORZ JUSZCZYK**

Krótko postaram się odpowiedzieć na pierwsze pytanie. Z drugim pytaniem będę miał więcej kłopotów, dlatego że naszym zadaniem jest dostarczanie danych koniecznych do podejmowania decyzji, my już później nie uczestniczymy w tym procesie.

A zatem pytanie pierwsze. Jeżeli mówimy o źródłach danych, to są to wszystkie zarejestrowane przypadki zgłoszone do Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Jeżeli chodzi o prognozowanie oparte na liczbie testów, to także bierzemy pod uwagę wzrastającą liczbę testów jako prognostyk diagnostyki na tym etapie głównie osób bezobjawowych, dlatego że równolegle analizując dane dotyczące hospitalizacji, opierając się na powszechnie dostępnej wiedzy i stosowanej w innych modelach także mechaniki odsetka osób, które przechodzą zakażenie COVID-19 w sposób na tyle ciężki, że wymagają hospitalizacji, bo w obu modelach wykorzystywane są także dane o hospitalizacji związanej z tą chorobą... No i ponieważ nie obserwujemy wzrostów, a obserwujemy nawet spadki liczby osób hospitalizowanych w ciągu ostatnich tygodni, znając ten co najwyżej 30-procentowy odsetek osób już zdiagnozowanych, które wymagają hospitalizacji, a także współczynnik zgonów, na tej podstawie... Tak że nie tylko na podstawie informacji dotyczących zdiagnozowanych przypadków opieramy te mechanizmy. Ale oczywiście współczynnik, czyli odsetek wyników dodatnich wśród wszystkich wykonywanych badań, także jest wskaźnikiem, który bierzemy pod uwagę.

Obecnie, mimo w ciągu ostatnich kilku tygodni dynamicznego wzrostu liczby wykonywanych badań, już nie tylko ze wskazań związanych

z objawami, bo z raportów epidemiologicznych wiemy, że osób z objawami jest aktualnie coraz mniej, co jest po prostu efektem wprowadzonych działań, ale także z badań przesiewowych czy badań lekarzy, pielęgniarek i innego personelu medycznego wykonujących swoje obowiązki zawodowe, a także przyjmowanych pacjentów, kwalifikowanych do zabiegów czy przed przyjęciem do szpitala z innych powodów, widzimy, że ten odsetek jest coraz niższy, co także jest informacją uwzględnianą w analizach.

Obecnie prognozowany jest wzrost liczby diagnozowanych przypadków w ogniskach, czyli w zakresie epidemii z prędkości prognozowany jest nadal wzrost liczby zachorowań, ale w ogólnej populacji, szczególnie w województwach, gdzie wskaźnik reprodukcji jest już poniżej jedności, a jest to większość województw – z wyłączeniem województwa łódzkiego, śląskiego i wielkopolskiego, tu prognozuje się, że liczba zakażeń w tych województwach może jeszcze wzrastać – prognozujemy spadek liczby zakażeń. Z uwagi na to, że łącznie liczba nowych zachorowań diagnozowanych w testach molekularnych spada, możemy założyć, że dobra kontrola w ogniskach, czyli w tych 3 województwach, szczególnie w województwie śląskim, tu mówimy też o konkretnych powiatach, pozwoli nam na dobrą kontrolę epidemii.

Pani Przewodnicząca, jeżeli mogę, to...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Tak, wiem, wiem, zgłasza się pani profesor. Bardzo proszę.

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE EPIDEMIOLOGII
IWONA PARADOWSKA-STANKIEWICZ**

Dzień dobry.

Szanowna Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Jeśli chodzi o epidemię, to w każdej epidemii jest tak, że mamy wzrost, plateau i spadek. To jest założenie, o którym wszyscy wiemy. Jednak o tym, jaki będzie przebieg tej epidemii, w dużym stopniu decyduje parę czynników. Jednym z nich jest to, co wiemy o samym wirusie. Druga

sprawa to są oczywiście wprowadzane różne narzędzia, które pozwalają nam w jakiś sposób modelować przebieg epidemii, tak aby np. z perspektywy państwa, gospodarki państwa nie doprowadzić do, nazwijmy to ogólnie, katastrofy. Gdy rozważamy sytuację taką, jaką mamy obecnie, to chodzi o to, że cały czas, z każdym dniem zdobywamy wiedzę na temat tego, czego możemy się spodziewać po tym wirusie. Proszę zwrócić uwagę na to, że na początku podejmowane decyzje były bardzo nastawione właśnie na tę rozważę, na tę niewiedzę, bo nie było wiadomo, co w perspektywie najbliższych tygodni może się pojawić. Tak więc siłą rzeczy trzeba było pewne decyzje a priori podjąć, tak aby nie było takiej tragicznej sytuacji, jaką obserwowaliśmy w innych krajach, chociażby we Włoszech czy w Hiszpanii.

W związku z tym, że każdy dzień pozwalał na dodatkowe obserwacje, na zbieranie informacji pochodzących ze świata, również świata medycznego, publikacji, które wskazywały, że ten wirus SARS ma *basic reproductive number*, czyli ten współczynnik reprodukcji, na poziomie 2,3, wiedzieliśmy, że zaraźliwość tego wirusa jest ogromna, a w związku z tym rozprzestrzenianie się tego wirusa może być bardzo szybkie.

Spójrzmy na pierwszy przypadek, przypadek tego pana, który przyjechał autobusem z Niemiec i który chyba po kilkunastu godzinach czy po jednym dniu dopiero powiedział, że właśnie podróżował z okolic Würzburga, gdzie liczba chorujących była już znacząca. Pojawiły się u niego pierwsze objawy. Wtedy okazało się, że ten pan miał kontakt z kilkunastoma osobami w autobusie, które następnie rozprzeczły się po Polsce, w różnych rejonach. To był pierwszy sygnał, że musimy obserwować te osoby, które znajdują się w tych pozostałych obszarach, czyli te osoby z kontaktu. W epidemii, w epidemiologii ten *contact tracing*, czyli śledzenie kontaktów, zwłaszcza w sytuacji, kiedy mamy do czynienia z patogenem szybko rozprzestrzeniającym się, transmitowanym drogą kropelkową... Wtedy wiedzieliśmy i mówiliśmy tylko o drodze kropelkowej. W tej chwili już wiemy, że mogą to być również powierzchnie, czyli tutaj dochodzi nam jeszcze element aerozolu. To wszystko również wpływa na to, że trzeba uaktualniać, aktualizować i dodawać pewne elementy, parametry, które są kluczowe w dalszym modelowaniu epidemii. Stąd oczywiście wiedza, którą dysponujemy, ma

ogromne znaczenie, ale również nasza obserwacja jest elementem kluczowym.

I teraz tak. Ten pierwszy etap to był ewidentny wzrost liczby zachorowań właściwie we wszystkich województwach, na terenie całego kraju. Potem weszliśmy w fazę plateau, dzięki różnym narzędziom ta krzywa się bardzo spłaszczyła. Chodziło nam właśnie o to, żeby doprowadzić do takiej sytuacji, aby mieć pod kontrolą liczbę osób, które są zakażone, zakażają się, liczbę wykonywanych testów no i oczywiście ten element, którego wszyscy chcemy uniknąć, czyli zgon. Jest to moment bardzo istotny, właśnie to przejście kontroli nad epidemią na tyle, na ile to oczywiście jest możliwe.

Co do fazy spadkowej to powiem tak. Jeśli popatrzymy na to z perspektywy całego kraju, to zobaczymy, że te dane są zbyt ogólne, to jest taka ogólna statystyka. Ja może podam taki bardzo charakterystyczny dla statystyki przykład. Otóż jeżeli zapytamy... Wiemy, że zwierzęta, psy mają 4 nogi, ale jeśli to podzielimy itd., to wychodzi nam, że statystycznie, w działaniach matematycznych pies ma 3 nogi. Tutaj też nie możemy patrzeć tylko i wyłącznie na te ogólne prognozy, teraz schodzimy na poziom niższy, czyli poziom wojewódzki i powiatowy. I właśnie ten poziom wojewódzki wskazuje nam na to, że teraz jesteśmy na etapie występowania w kraju różnych ognisk, rozsianych ognisk. Dzięki temu, że system nadzoru rejestruje wszystkie przypadki, to mamy na bieżąco informacje i w takich sytuacjach, które tego wymagają, można podejmować natychmiastowe decyzje.

Jeszcze ad vocem, jeśli można, na temat maseczek. Z maseczkami rzeczywiście mamy od samego początku duże problemy, bo właściwie do końca nie było wiadomo, czy one chronią, czy nie chronią, w jakim stopniu chronią. Parę dni temu, bodajże wczoraj, opublikowany zostało taki duży artykuł, w którym uczeni, głównie chińscy, wskazują, że przeprowadzili badania na modelach zwierzęcych i zgodnie z tym stosowanie maseczek jednak zmniejsza ryzyko zakażenia o co najmniej 30%. To jest kolejny przykład na to, że to ma sens, zwłaszcza w przypadku osób, które wykazują pewne objawy przeziębieniowe. Na pewno stanowi to barierę w kontakcie z inną osobą, która, jak zakładamy, również ma maseczkę, i w ten sposób to ryzyko zostaje znacznie zmniejszone. Dzięki, to może tyle.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ja jeszcze zadam tylko jedno pytanie i już rozpocznę dyskusję. Pani Profesor, rozumiem, że obecnie nie ma jeszcze spadku, jeżeli chodzi o krzywą epidemiczną. Tak?

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE EPIDEMIOLOGII
IWONA PARADOWSKA-STANKIEWICZ**

Jesteśmy na etapie spłaszczenia i bardzo wielkiego trendu spadkowego, co oznacza, że dalsze dni, dalsze tygodnie pokażą nam, czy to już jest ten właściwie zaznaczony...

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Ale na razie nie ma tego spłaszczenia i spadku. To pierwsza moja...)

Spłaszczenie jest.

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Spłaszczenie jest, nie ma spadku.)

Jest zdecydowanie spłaszczenie...

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: Nie ma spadku. Dobrze.)

...niski poziom i...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Skoro nie ma spadku, to dlaczego odmrażamy gospodarkę i mówimy, że będziemy...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale zaraz, Panie Senatorze, ja zaraz...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...oddam panu głos. Proszę spokojnie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Chcemy wiedzieć dokładnie. Spokojnie, naprawdę. Pani profesor mówiła, że nie ma na razie spadku.

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE EPIDEMIOLOGII
IWONA PARADOWSKA-STANKIEWICZ**

To może ja jeszcze...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Nie, przepraszam, Pani Przewodnicząca, jesteśmy w fazie plateau z zaznaczonym już, widocznym trendem spadkowym.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

I na podstawie tego trendu spadkowego podejmujemy decyzję, że nie będziemy nosić maseczek, mimo że powiedziała pani, że one jednak zabezpieczają, zmniejszają ryzyko o te 30%. Tak?

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE EPIDEMIOLOGII
IWONA PARADOWSKA-STANKIEWICZ**

Nie znam decyzji pana ministra w tej kwestii. Myślę, że dopiero się dowiemy, jak to będzie wyglądać.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Rozpocznę dyskusję.

Proszę bardzo, proszę, po kolei, może pani senator...

(Brak nagrania)

**SENATOR
DOROTA CZUDOWSKA**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Ja mam 3 pytania. Pierwsze jest do pani przewodniczącej. Pani exposé rozpoczynające posiedzenie komisji w tonie oskarżającym... Mówi pani, że ma bardzo dużo głosów i skarg, i że odpowiem na pytania, które zgłaszają ludzie mający wątpliwości związane z epidemią, są nielogiczne. Zanim usłyszę odpowiedź, to, żeby potem nie zabierać głosu, powiem, że ja mam doświadczenia wprost przeciwne, społeczeństwo i pacjenci, z którymi się wciąż spotykam... Jest z ich strony zrozumienie sytuacji, jest zdyscyplinowanie, a wynika ono właśnie ze zrozumienia zarządzeń rządu, i jest uznanie – uznanie nie tylko dla personelu lekarskiego, ale właśnie także dla rządu za wszelkie działania. Dziękuję za posiedzenie tej komisji, ponieważ dzięki niemu mogłam się dowiedzieć o wszystkich szczegółach związanych z olbrzymią pracą epidemiologów, matematyków, uczonych związaną z tym, żebyśmy mogli rozpoznać tę epidemię, nauczyć się jej i być przygotowani na ewentualny nawrót.

Mam też pytanie do państwa epidemiologów. Obserwując w Polsce sprawę zakażeń, widzę, że są nowe zakażenia, ale nie przybywa osób objętych kwarantanną. Czy można to zrozumieć tak, że to są głównie zachorowania osób, które są obecnie w kwarantannie? No bo zwykle każde zakażenie powoduje, że musimy wyizolować grupę kontaktu i skierować jakąś następną grupę do kwarantanny. A u nas liczba osób w kwarantannie się nie zwiększa.

No i jeszcze takie pytanie niedotyczące Polski. Czy jest możliwe, żeby w Rosji był tylko ok. 1% śmiertelności, jeśli chodzi o COVID? Czy to mogą to być prawidłowe informacje? Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Ja tylko odpowiem pani senator, że jeżeli chodzi o społeczeństwo, to rzeczywiście ono jest bardzo karne i wszystkie zalecenia, które są wydawane, bardzo potulnie wykonuje. Chylę czoła, bo przez ten ostatni czas naprawdę widać było to, że wszyscy są w domach, że przestrzegają tych wszystkich zaleceń. Ale dochodzimy do momentu odmrażania i te decyzje w niektórych momentach są naprawdę sprzeczne i społeczeństwo zastanawia się, czy logiczne jest chodzenie w lesie w maseczce, czy nie lepiej jednak chodzić i uprawiać sport...

(Głos z sali: W lesie nie chodzi się...)

...jeżeli nie ma w okolicy...

(Głos z sali: W lesie się nie chodzi...)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Panie Ministrze, teraz już nie trzeba, ale trzeba było. Stąd te nasze sprzeczne opinie. To jest pierwsza sprawa.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Senator Alicja Chybicka: Trzeba było, trzeba było.)

A druga sprawa, co do uznania dla personelu, to, Pani Senator, pełna zgoda. My od początku mówimy, że personel medyczny stoi na wysokości zadania i jeśli o niego chodzi, to wszystkie działania naprawdę są przeprowadzane perfekcyjnie. Oni są zawsze do dyspozycji i pracują w bardzo ciężkich warunkach, nie będę już tutaj wypominała tego, że bardzo często bez sprzętu ochrony osobistej, bo o tym też doskonale wiemy.

Ale kiedy proponowaliśmy różne rozwiązania dla personelu medycznego, np. testowanie czy dodatkowe wynagrodzenia, to wtedy okazywało się, że to nie było najistotniejsze, jeżeli o nich chodzi. To tyle.

Pani Senator, proszę bardzo.

**SENATOR
ALICJA CHYBICKA**

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Ja może zacznę od pana senatora Karczewskiego. Otóż był zakaz wchodzenia do lasu. On był dosyć krótko...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...potem został odwołany. Ja znam konkretne przypadki osób, które dostały mandaty w lesie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Ale, Panie Senatorze, proszę...)

(Senator Stanisław Karczewski: ...Trzeba było chodzić w maseczkach w lesie.)

(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Panie Senatorze!)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Było, było.

(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Panie Senatorze, oddam panu głos za chwilę. Proszę pozwolić...)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Ale teraz może przejdę...

(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: ...Jest nerwowy i nie może wytrzymać, ale spokojnie.)

(Senator Stanisław Karczewski: ...Nieprawda i pokażę to 6 razy.)

(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Spokojnie.)

Przejdę może do pytań. Pytanie jest właściwie do obu panów, i do pana ministra Kraski, i do pana, który przedstawiał nam tutaj futurologię i krzywe, które aktualnie obowiązują w Polsce. Otóż ostatnio opublikowano zdanie zarówno pana profesora Krzysztofa Simona, jak i pana Pawła Grzesiowskiego. To są dwaj epidemiolodzy, zakaźnicy, przepraszam, to są dwaj zakaźnicy, którzy mają ogromne doświadczenie. Ich zdanie jest takie, i chciałabym usłyszeć, co panowie na to, że wszystkie te dane, które są podawane, są danymi nieprawdziwymi. Oni nam

to motywują tym – nie to, że zarzucają komuś kłamstwo, czy jakieś fałszerstwo, broń Boże – że te dane są nieprawdziwe dlatego, że w Polsce wykonuje się najmniej, a w każdym razie prawie, jesteśmy chyba trzeci od końca, testów na 1 milion mieszkańców. Co z tego wynika? Jak wiadomo, zakażenie koronawirusem przebiega w 80% bezobjawowo. Strategia badania pacjentów tylko i wyłącznie objawowych i z kontaktu doprowadziła ich zdaniem do tego, że pośród nas chodziło bardzo wielu bezobjawowych ludzi, którzy zakażali, i obecnie część społeczeństwa ma już zapewne z przeciwciałami klasy IgG. Oni szacują, że dane, które są podawane, są co najmniej trzykrotnie albo i więcej zaniżone. To samo dotyczy zgonów. Te liczby są podane w tych publikacjach. Jeśli chodzi o liczbę zgonów, to tutaj sytuacja bywa kuriozalna, zdumiewająca, choćby ta z ostatniego weekendu. Otóż w szpitalu we Wrocławiu na Koszarowej w weekend zmarły 4 osoby, a w niedzielę radośnie ogłasza się, że jest o zgonów w naszym kraju. No jak to się ma do prawdy? Wie pan co? Jak ja coś takiego usłyszałam, Panie Ministrze, to mało ze stołka nie spadłam, bo pomyślałam sobie: może tak jest też w innych miastach? No to jest fakt, to jest autentyczne. Być może te zgony zostały wrzucone potem w tę następną jedenastkę, która została podana, a ja dosyć dokładnie to śledzę. Z wyliczeń, które przeprowadził profesor Simon, wynika, że zgonów w Polsce było ok. 3 tysięcy. On to motywuje między innymi tym, że osoby, które on miał w swoim szpitalu, i zapewne w innych szpitalach jednoimiennych jest podobnie, a które zmarły w pełnych objawach COVID, lecz nie miały dodatniego testu lub nie miały w ogóle wykonanego testu, nie są zaliczane do ofiar COVID. Tymczasem w krajach Unii Europejskiej jest drugi numer dla pacjentów, którzy są pełnoobjawowi w sensie COVID, a z różnych przyczyn nie mają zrobionego testu czy też test wyszedł ujemnie.

Ja mogę przedstawić, bez nazwiska, przypadek z mojej rodziny. Młody człowiek źle się czuł, zgłosił się do szpitala, został położony z pełnymi objawami zakażenia, COVID. W pierwszej dobie pobrano próbki do testu, po 3 dniach powiedziano, że test zginął. Po kolejnych 3 dniach powiedziano, że kolejny test zginął. Minęło 6 dni, młody człowiek stanął na nogi, przestał mieć duszność, kaszel i temperaturę i powiedział, że on w takim razie prosi o kartkę i na

własne żądanie wychodzi z tego szpitala, bo on nie będzie tutaj leżał. W tym momencie wpadnięto w popłoch i ubłagano go, żeby nie wyszedł rano, tylko wyszedł wieczorem, i powiedziano, że zrobią mu test, którego wynik będzie szybko. I tak rzeczywiście się stało. Test wyszedł ujemnie. I teraz pytanie: czy młody człowiek przez ten czas wyeliminował tego wirusa i dlatego test wyszedł ujemnie? On też nie będzie zaliczony do przypadków COVID, mimo że był w klinice zażącznej.

Jeśli takich przypadków jest multum, a ja dostaję masę takich informacji, że test zaginął, że się zepsuł, że nie został zrobiony, już nie mówiąc o tym, Panie Ministrze... Ja nie wiem, czy pan wie, ale w wielu miejscach brakuje np. odczynnika i tych testów się nie robi w takiej liczbie, jak potrzeba, albo są jakieś inne przyczyny. Czy panowie, ci, którzy kreślą te krzywe – tu zwracam się do pana – są pewni, że te dane, które podają, to są dane rzeczywiste i autentyczne? Czy pan jest przekonany, że między nami nie biega mnóstwo osób zakażonych wirusem, które sięją, i że nie ma, a szkoda, że tego nie wiemy, osób, które przeszły zakażenie bezobjawowo, mają wysokie immunoglobuliny i mogłyby pomagać tym, którzy się leczą, oddając surowicę? To chyba nie było dobre, że my tych testów robiliśmy i nadal robimy tak mało, i że nie robimy testów immunoglobulinowych w dosyć powszechnej formie. Chociaż, z tego co wiem, Panie Ministrze, wynika, że ministerstwo obecnie zmierza w tym kierunku, żeby były prowadzone szerokie badania populacyjne, które może pozwolą wyłowić chociaż tych, którzy będą leczyć.

Chciałabym powiedzieć jeszcze jedno na uzasadnienie tego. Proszę państwa, jak państwo zapewne wiecie, mieliśmy w „Przyłądku” dziecko, które pojechało na naświetlania i przywiozło wirusa – przywiozło, bo „Przyłądek” był zamknięty jak twierdza. Ja chciałam, żeby całemu personelowi, 200 osobom, zrobić badania konkretnie w dwóch... Nie dostaliśmy na te badania zgody, badania zostały zrobione ze środków pozabudżetowych. Rzeczywiście, 200 badań genetycznych kosztuje dosyć dużo pieniędzy. Wykryto u 2 lekarzy i 2 pielęgniarek, mimo że jest... Co ja chciałam powiedzieć? Jeśli patrzy się tylko i wyłącznie na pieniądze, to widać, że wydano dużo pieniędzy i na 200 osób dwukrotnie wykryto 4 zakażenia wśród personelu. Osoby te zostały odizolowane, praca w „Przyłądku”

ruszyła, więc dzieci nie umierały z powodu choroby podstawowej. Zmierzam do tego, Panie Ministrze, że warto jest robić testy. Nic więcej nam się już nie rozsiało, dziewczynka się wyleczyła i jest w domu, bo szpik jakoś odbił. Miała wielki fart, bo to było w siódmej dobie. Apeluję, chociaż ja wiem, że to idzie w tym kierunku, żeby to szło szybciej. Każde wyłapanie i odizolowane zakażenie daje możliwość, szczególnie w szpitalach, bo szpitale są przecież teraz niekorzystną enklawą... Nie, to zła nazwa... W każdym razie są miejscami, w których te epidemie się szerzą, mimo stosowanych środków. Mam tu pytanie do pani profesor. Te środki nie są stuprocentowe, tak naprawdę stuprocentowo zabezpieczony jest kosmonauta, który jest na zakazach, jak to mówią moi pacjenci. Cała reszta to są tylko półśrodki. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Proszę o odpowiedź, pan minister był o to pytany. Sprawa testowania od samego początku jest dla nas bardzo istotna. Wiemy, że było wiele tzw. wąskich gardeł, na początku brakowało laboratoriów, brakowało testów, później się okazało, że jest problem z biurokracją, nie wiadomo było, kto może zlecić te testy, czy personel medyczny ma być testowany, czy nie, była kwestia wyceny przez Narodowy Fundusz Zdrowia, no, był szereg, szereg różnych spraw. A jednak testowanie jest tym najważniejszym czynnikiem, który pozwala wykreślać tę krzywą i przewidywać przebieg epidemii.

Bardzo proszę, Panie Ministrze, o odpowiedź na te pytania.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Ja może zacznę od tej krzywej, która spada. Dane z dzisiejszego poranka o nowych zakażeniach w Polsce to 236 osób zgłoszonych. Z tego 187 zakażeń dotyczy Śląska, czyli możemy powiedzieć, że reszta Polski to jest 49 nowych zakażeń. Widzimy, że jeżeli by nie było tego ogniska

na Śląsku, a dokładnie mówimy o kopalniach, o górnikach, to tych nowych zakażeń, jeżeli chodzi o dzienne przyrosty, byłoby poniżej 100. Ja mam nadzieję, że za kilka dni osiągniemy taką liczbę. Dlaczego Śląsk? O tym nie mówiliśmy. Taki jest niestety charakter pracy w kopalni, tam bliskość i dość bliski kontakt między pracownikami, czyli między górnikiem, są zachowywane. Sam zjazd windą do korytarza, gdzie oni pracują, oznacza bliską styczność, tam nie można zachować tych 2 m. Także praca na samym dole, a potem sytuacja, gdy górnicy wracają po pracy i idą pod wspólny prysznic, sprzyjają niestety tym zakażeniom. I tak to się teraz na Śląsku odbywa. Jeżeli chodzi o samych górników, to wykonaliśmy dwukrotne przesiewy, na Śląsku wykonaliśmy chyba 38 tysięcy testów. Te nowe przypadki, które są teraz zgłaszane, to właściwie już nie są pracownicy górnictwa, nie są to pracownicy kopalni, ale to są członkowie rodzin tych górników, którzy, mieszkając z nimi... Te zakażenia są teraz wykrywane, w tej chwili to jest pod naszą kontrolą i myślę, że to się za kilka dni zupełnie na Śląsku wyciszy.

Skoro mówimy o zgonach, Pani Profesor, to ja powiem szczerze, że cieszę się, że nie ma u nas takich liczb, jak w Wielkiej Brytanii – 36 tysięcy, we Włoszech – 32 tysiące, we Francji – 28 tysięcy, w Niemczech – 8 tysięcy. Na dzisiaj jest u nas...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...1 tysiąc 13 osób, które zmarły. My podajemy to, co jest raportowane, czyli to są zgony, które zostają wpisane do urzędu stanu cywilnego, są w akcie zgonu, to podajemy. Prawdopodobnie może być więcej takich przypadków, ale nie zawsze, szczególnie na początku, każdy pacjent, który miał także inne schorzenia i umierał z tego powodu, a test wychodził mu dodatni, zaś ten zgon właściwie nie był spowodowany zakażeniem koronawirusem, no bo była tu np. choroba nowotworowa, czasem bardzo zaawansowana... Ale to był wykazywane jako zgon spowodowany koronawirusem. Ja myślę, że ta liczba zgonów w Polsce pokazuje, że państwo zdało egzamin, bo to, że teraz jest 1 tysiąc osób, które zmarły, że są wolne łóżka w szpitalach, że nasi lekarze nie stali przed dylematem, tak jak lekarze w Hiszpanii czy we Włoszech, kogo podłączyć do respiratora, a kogo nie, a myślę, że dla nas, dla lekarzy jest to dylemat nie do zaakceptowania, ale niestety lekarze w tych państwach stali przed takim

dylematem, pokazuje, że myśmy się przygotowaliśmy na wojnę z koronawirusem. Cieszy mnie to, że te wszystkie środki, które zostały zabezpieczone w tym kierunku, nie zostały wykorzystane. Wielokrotnie rozmawialiśmy z obecnym także tutaj profesorem Horbanem, który może nas nie straszył, ale jako doświadczony epidemiolog przewidywał, że niestety taka sytuacja może się powtórzyć w Polsce, dlatego przygotowaliśmy takie duże środki. W najtrudniejszym okresie było wykorzystanych ok. 2 tysiące 500, 2 tysiące 700 łóżek w szpitalach jednoimiennych i w szpitalach zakaźnych. Największa liczba respiratorów, które były zajęte przez chorych na COVID-19, to było ok. 140. Teraz systematycznie spada liczba zajętych łóżek, teraz jest zajętych ok. 1 tysiąc 900 łóżek, zajętych jest też osiemdziesiąt kilka respiratorów. Mam nadzieję, że ta epidemia jest obecnie pod kontrolą, ta krzywa będzie z dnia na dzień spadała.

Jeżeli chodzi o testy, to oczywiście nie ma ograniczeń w ich wykonywaniu. Jest z nami prezes NFZ, więc myślę, że... Za każde zlecone badanie NFZ płaci i nie ma takiej przesłanki, aby lekarz w szpitalu nie zlecił sobie, swojemu koledze, pacjentowi tego testu, nie ma takich ograniczeń. My naprawdę dziwimy się, czemu tych testów jest wykonywanych tak mało, szczególnie, że mamy 131 laboratoriów i możemy wykonywać ponad 30 tysięcy testów na dobę, myślę, że chwilami nawet więcej. Jak państwo widziecie, tych testów jest robionych mniej. Uruchomiliśmy także, aby osoby, które są w kwarantannie w dwunastej dobie, czyli na 2 dni przed opuszczeniem kwarantanny, miały wykonany test, żeby, gdy będą opuszczać tę kwarantannę, miały tę pewność, że są osobami zdrowymi... Dziennie wysyłamy do tych pacjentów kilka tysięcy zaproszeń SMS-owych, aby przyjechali do przyszpitalnego systemu pobierania. Niestety, z przykrością muszę powiedzieć, że jest bardzo niewielki odzew, te osoby się nie zgłaszają, mimo że test jest za darmo, nic się za to nie płaci. Jest kilkanaście procent osób, które się zgłaszają do tych punktów *drive-thru*. Tu jest kolejny apel, abyśmy jako obywatele korzystali z możliwości, że możemy w ten sposób wykonywać te testy.

Myślę, Pani Przewodnicząca, że jest dobra okazja, abyśmy skorzystali z obecności pana prof. Andrzeja Horbana, który jest konsultantem krajowym w dziedzinie chorób zakaźnych.

Myślę, że on ze swojej strony też mógłby coś wnieść do naszej dyskusji.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ja widziałam, że pan profesor podnosił rękę i się zgłaszał, ale pan senator Karczewski zgłaszał się wcześniej, więc...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

I jeszcze pan senator. Dobrze.

Panie Profesorze, proszę.

(Brak nagrania)

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE CHORÓB ZAKAŹNYCH
ANDRZEJ HORBAN**

...Się włączyło. Dobrze.

Czy ja mogę krótko jedno pytanie do pani senator... Co to są testy immunoglobulinowe?

**SENATOR
ALICJA CHYBICKA**

To są testy, które wykazują poziom immunoglobuliny klasy M i klasy G, testy, które są...

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Chorób Zakaźnych Andrzej Horban: Czyli serologiczne...)

...ogólnie znane i pan profesor wie to lepiej ode mnie, bo ja od zakaźników się...

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Chorób Zakaźnych Andrzej Horban: Nie, bo...)

...uczylałam, że każdą infekcję wirusową należy diagnozować w następujący sposób. Testy genetyczne wykazują tylko obecność wirusa, to, kiedy on jest, immunoglobuliny klasy M pojawiają się w momencie zakażenia i trwają przez okres zakażenia, a po zakażeniu pozostają immunoglobuliny klasy G, które chronią nas przed zakażeniem. W przypadku koronawirusa nie ma jeszcze testów ilościowych, nie wiemy też, jaka ilość immunoglobuliny klasy G nas chroni. A jeśli chodzi o testy jakościowe, no to jest ich na rynku, pan profesor to wie, skolko ugodno, od 80 zł do 300 czy 400 zł za jeden test. Jest to tylko jakościowa ocena, która pokazuje nam...

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Chorób Zakaźnych Andrzej Horban: Nie, okej, ja już...)

...czy mamy do czynienia z zakażeniem aktywnym, czy mamy jedną i drugą...

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Chorób Zakaźnych Andrzej Horban: Już, już zażarzyłem. To...)

Pan sobie chyba zażartował, ja się śmieję dlatego, że...

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Chorób Zakaźnych Andrzej Horban: Nie, nie używamy...)

...to na pewno był żart, bo to panowie tak uczyli nas, klinicystów – ja nie jestem zakaźnikiem, tylko onkologiem dziecięcym – i my tak robimy w przypadku wszystkich zakażeń, z wyjątkiem koronawirusa.

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE CHORÓB ZAKAŹNYCH ANDRZEJ HORBAN

Nie, okej, po prostu używamy innych terminów, a chodzi o to, żebyśmy używali tych samych. A więc chodzi o testy serologiczne, które nie mają znaczenia, jeżeli chodzi o diagnostykę pacjentów, dlatego że przeciwciała pokazują się dużo, dużo później, wtedy kiedy pacjent jest zdrowy. Mamy już testy oceniające ilościówkę i to robimy, to nie jest tak, że jesteśmy bezradni.

Jeżeli chodzi o nazwiska ekspertów przytaczane przez panią senator, to powiem, że nie przyznajemy się do doktora Grzesiowskiego, bo on odbył trzytygodniowym staż zakaźny, a potem zrezygnował z zakaźnictwa i ma tzw. jedynekę z pediatrii, co oczywiście nie ujmuje mu wiedzy.

Jeżeli chodzi o liczbę chorych, to powiem, że w przypadku każdej epidemii sprawozdanie jest niedoskonałe. Najważniejsze jest to, że my mamy mniej więcej 10 razy mniej zakażeń niż te kraje, rejony, które są obecnie najbardziej, w cudzysłowie, zaatakowane, a są to Stany Zjednoczone, Europa Zachodnia, Włochy. Chętnie bym to, że tak powiem, zrzucił na działanie służby zdrowia i rządu, ale jest jeden szkopał. Otóż to, że jest tak mało, relatywnie mało, zakażeń, dotyczy również krajów ościennych, tego całego pasa Polska – była Czechosłowacja – Węgry – Rumunia – była Jugosławia. Tu jest o jedno zero mniej. I możemy się sprzeczać, czy jest 1 tysięcy zmarłych, czy 800, czy 1 tysięcy 200, ale nie ma 10 tysięcy, tyle na pewno nie ma. Jaka jest tego przyczyna, dlaczego u nas jest ich tak mało, to ja

też bardzo bym chciał wiedzieć. Jak bym znalazł odpowiedź, to może nie dostałbym Nobla, ale nagrodę leninowską już tak. Nie wiemy, dlaczego tak jest. To jest nasze szczęście.

Skoro jest tak mało chorych i tak mało osób zakażonych, czyli ognisk zakażenia, to nie ma żadnego sensu, żeby co tydzień testować trzydziestoosmiomilionowy naród, żadnego. To są koszty, a poza tym jest to fizycznie niemożliwe, nie jesteśmy w stanie testować każdego codziennie ani co tydzień, to bez sensu. Testuje się tylko i wyłącznie wybrane grupy, ogniska. Tak samo jest z maseczkami. Jeżeli w kraju jest, założmy, 1 tysięcy osób zakażonych, to nie ma żadnego powodu, żeby kazać 38 milionom ludzi nosić maski, to po prostu bez sensu. Jeżeli spodziewamy się, że w kraju jest 100 tysięcy zakażonych, to już oczywiście tak. Przy okazji powiem, że państwo noszą maski, które państwa nie chronią przed zakażeniem, tak Bogiem a prawdą. W tej chwili być może chronią państwo przed zakażeniem mnie, ale ja się chronię inaczej, ja używam porządnych masek, bo codziennie łączę do chorych.

Jeżeli chodzi o sam przebieg choroby i taktykę, którą można przyjąć, to powiem tak. Prawdą jest, że 80% ludzi choruje skąpoobjawowo, a my nie jesteśmy w stanie ich wyłapać, w związku z tym testuje się tylko grupy ryzyka. Grupą ryzyka są pracownicy ochrony zdrowia. Proszę zwrócić uwagę, że do zakażeń dochodzi obecnie w szpitalach. Często jest to związane z nieumiejętnym używaniem środków ochrony osobistej, mówię to z pewnym smutkiem, ale też z niedoborem infrastruktury, który jest, bo zapomniano, że są choroby zakaźne i szpitale w ogóle nie mają czegoś takiego jak izolatki, jak toalety w każdej sali. I to jest powód tego, dlaczego my to łapiemy. Słabo rozwiązany jest problem DPS-ów, dlatego że DPS-y nie podlegają pod ministra zdrowia i nie można tam narzucić pewnych rygorów sanitarnych. Usiłujemy to robić, ale, jak się okazuje, to nie jest takie proste. Tam jest obecnie grupa najbardziej narażona na śmierć, o czym państwo doskonale wiedzą. Ludzie powyżej siedemdziesiątego roku życia umierają, dlatego że ich wydolność jest niewielka, że mają liczne choroby towarzyszące.

Wracając jeszcze do sprawozdania, liczby zgonów, powiem, że my dyskutujemy, używamy tych dwóch terminów, nazwijmy to, epidemiologicznych czy oznaczeń. Ale proszę mi powiedzieć: czy jeżeli umiera pani, która ma lat 80, jest

w ostatniej fazie choroby nowotworowej i umiera na zawał, dlatego że ma podwyższone D-dimery, to ona umiera z powodu COVID, czy ona umiera z powodu choroby nowotworowej? No, to jest dyskusja akademicka. Ważna jest liczba zachorowań w stosunku do liczby mieszkańców. Proszę zwrócić uwagę, jeszcze raz to mówię, że mamy 10 razy mniej zachorowań niż kraje znajdujące się obok, ościenne. Nie jestem państwem w stanie wytłumaczyć, dlaczego tak jest, ale tak jest. W związku z tym wszystkie działania organizacyjne powinny być dostosowane do tej liczby pacjentów. My tego nie wiedzieliśmy 2 miesiące temu, bo nasza wiedza była bardzo niewielka. Zaczniemy od tego, że Chińczycy podali, że mieli 100 tysięcy zakażonych i 3 tysiące zgonów. To jest nic. Włosi, przy podobnej do naszej strukturze mieszkańców, mieli i mają 15% zgonów, 15% wśród osób, u których rozpoznano zakażenie. My mamy 5%, ale też liczba rozpoznanych zakażeń w stosunku do liczby ludności jest 10 razy mniejsza. Stąd też taka odpowiedź na zadane pytanie: można odmrażać gospodarkę, bo tych ognisk zakażenia jest niewiele. My wiemy, gdzie te ogniska są, jesteśmy już w stanie nad nimi lepiej czy gorzej zapanować. Tak samo jesteśmy w stanie zapanować nad chorymi, którzy są kierowani do szpitali, dlatego że bardzo dobrym posunięciem, o tym też proszę pamiętać, było wczesne utworzenie tzw. szpitali jednoimiennych. My w tej chwili w tych szpitalach warszawskich się nudzimy, ale gdyby taka liczba chorych zwała się na jeden szpital zakaźny, który ma 200 łóżek, to byśmy nie dali rady. Obecnie pracuje 1 tysiąc łóżek i to są szpitale wielospecjalistyczne, co zapewnia możliwość leczenia chorych zakażonych COVID, ale chorych też na inne choroby. Ale, jak mówię, wszystko to jest pochodną tego, że jest mała liczba zakażonych, relatywnie mała. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję, Panie Profesorze.

Co do tej osiemdziesięciolatki, tego, że obojętne jest, na co umarła, to mam odmienne zdanie i pozwoli pan, że przy nim zostanę, tzn. nie jest obojętne, co jest w rozpoznaniu i jaka jest przyczyna śmierci takiej osoby.

Co do drugiej kwestii, mianowicie powołania szpitali jednoimiennych, to będzie to temat

kolejnego posiedzenia naszej Komisji Zdrowia, ponieważ, i to nie jest tym razem moja opinia, tylko opinia epidemiologów, powołanie tych szpitali jednoimiennych to był błąd z tego względu, że to są szpitale, które nie udzielają innych świadczeń zdrowotnych, tylko są absolutnie ukierunkowane na leczenie koronawirusa. W większości tych szpitali, jak się okazuje, są wolne łóżka i dobrze, że tak się dzieje, jednak nie ma zabezpieczenia pacjentów chorujących na inne schorzenia. Są takie przypadki, że w powiecie jest jeden szpital, który został przekształcony właśnie na szpital jednoimienno. Ale, tak jak powiedziałam, będziemy o tym rozmawiali na kolejnym posiedzeniu.

Pan senator Wojciech Konieczny, pan senator Karczewski, a później proszę o wypowiedź stronę społeczną, bo wiem, że państwo też chcecie zabrać głos.

Proszę.

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

Dziękuję bardzo.

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Na koniec swojego wystąpienia przekażę panu ministrowi prośbę o odpowiedź na piśmie, ponieważ 4 lutego zadawałem pytania z prośbą o odpowiedź na piśmie i nie doczekałem się jej do tej pory. 5 lutego na posiedzeniu plenarnym również poprosiłem o odpowiedź na piśmie. Te pytania były wówczas aktualne, dzisiaj też są aktualne, dotyczą głównie naszego przygotowania na epidemię. Wówczas byliśmy informowani, że jesteśmy dobrze przygotowani. Te pytania dotyczą np. tego, czy jeżeli szpitale będą przekształcone w szpitale jednoimienne, czy też o podwyższonej gotowości, to czy będą miały zwrócone środki finansowe, czy też będą obciążane jakimiś finansowymi kosztami tego, że nie przyjmują pacjentów, tego, że nie leczą innych chorych i nie realizują kontraktu. Było takie pytanie, ale do dzisiaj nie mamy na nie odpowiedzi. Chciałem się też dowiedzieć, ile w ostatnich 10 latach przybyło lub ubyło oddziałów zakaźnych w Polsce, i tego też nie mogłem się dowiedzieć. Chciałem się dowiedzieć, ile łóżek na oddziałach zakaźnych ubyło lub przybyło w ostatnich latach i czy miało to coś wspólnego z normami pielęgniarskimi,

czy określenie norm pielęgniarstwa wpłynęło na liczbę łóżek na oddziałach chorób zakaźnych, czy nie. Chciałem się dowiedzieć, ilu jest lekarzy specjalistów chorób zakaźnych na 100 tysięcy mieszkańców i jak ta liczba wypada co do innych krajów. Interesujące jest również to, w jakim przedziale wiekowym są specjaliści chorób zakaźnych i specjaliści chorób płuc. Na te pytania, mimo że poprosiłem o odpowiedź na piśmie, do dzisiaj nie mam odpowiedzi, a może to było by dzisiaj, jeśliby patrzeć z perspektywy walki z tą epidemią, nakierowujące co do przyszłych działań, bo musimy myśleć też o przyszłości. A może nie będziemy o niej myśleć i nie zbieramy takich danych, nie jest to w zakresie naszych zainteresowań?

Powiem tak. Bardzo mi się podoba stwierdzenie, które padło chyba z ust wiceministra zdrowia, któregoś z wiceministrów, że maseczki choćby od diabła by kupił, bo tu jest potrzeba ratowania ludzi w Polsce, medycyny, pracowników szpitali itd. To jest prawda i to jest bliskie mojemu sercu stwierdzenie, ale to nie musi być reglamentowane, tylko musi dotyczyć również reszty działań. I mam teraz pytanie, idąc tą drogą, że ratujemy ludzi choćby z diabłem: co zrobimy z tymi szpitalami, które nie realizują kontraktu, ponieważ decyzją wojewody np. zostały w nich powołane tzw. oddziały przejściowe i one wzięły na siebie odpowiedzialność, i obowiązek walki z koronawirusem, z diagnozowaniem koronawirusa? Chodzi o to, że przyjęto rozwiązanie związane ze szpitalami jednoimiennymi – muszę przyznać, że ono jest bardzo wygodne i stworzone bardzo pod szpitale zakaźne: przyjmujemy tylko pacjentów ze zdiagnozowanym COVID – taka koncepcja została przyjęta, ale te szpitale właściwie przestały diagnozować. Diagnostyka spadła na SOR-y, na zwykłe oddziały, na izby przyjęć, na których wymuszono tworzenie oddziałów przejściowych, gdzie pacjenci są izolowani. Oczywiście oznacza to wielkie koszty, nierealizowany kontrakt. Na poszczególnych oddziałach szpitalnych również przebywały osoby izolowane, były osoby przez wiele dni czekające na wykonanie testów. Wiadomo, że to się wiązało z kosztami, ale głównie z niewykonaniem kontraktu. Teraz usłyszałem coś takiego, i tu jest właśnie pytanie, że nikt nie nakazywał szpitalom nie wykonywać kontraktu. To jest biegunowo odległe od stwierdzenia: choćby z diabłem po maseczki. To jest biegunowo odległe. Jeżeli

nakazaliśmy szpitalom odpowiednie zachowanie, to niestety musimy za to zapłacić. I moje pytanie jest takie: czy tutaj coś się zmieniło, czy też mamy oczekiwać tego, że szpitale będą teraz nadwykonywać świadczenia? Nie wiem, od kiedy, bo pani profesor mówi o wyplaszczeniu i trendzie spadkowym, więc w szpitalach możemy się spodziewać znowu pojawiających się pacjentów, tego, że jakiś oddział będzie zamknięty itd. Poza tym ten reżim ma być utrzymywany. I tu chciałbym się dowiedzieć, jak długo. Teraz obowiązują decyzje wojewodów o utworzeniu szpitali jednoimiennych, ale również tych o podwyższonej gotowości, o zasadach, na jakich one powinny działać. Chciałbym się dowiedzieć: co z tymi pieniędzmi? To też jest pytanie, na które odpowiedź mnie interesuje, bo szpital, w którym pracuję, ma 4 miliony niewykonania kontraktu od początku roku, tzn. oczywiście nie od początku roku, tylko od połowy marca, kiedy dostosował się do zaleceń, i ciekawi mnie, co będzie z tymi pieniędzmi. Chciałbym dostać odpowiedź. Następnie, dlaczego jest usuwana poprawka, która w tarczy zapewnia szpitalom... Było głosowanie przeciwko i tutaj jest tendencja, żeby szpitale odrobiły te pieniądze. Czy to jest intencja rządu, czy też nie? Głosowaliśmy nad tym, więc chciałbym się dowiedzieć.

Następne moje pytanie – bardzo proszę pana ministra o odpowiedź, a jeżeli nie da się odpowiedzieć dzisiaj, to proszę o odpowiedź na piśmie – jest takie: dlaczego w tarczy antykryzysowej jest możliwość prywatyzacji szpitali? Czemu pojawił się ten zapis, a nie pojawił się zapis o oddłużeniu szpitali? No bo jak z diabłem po zdrowie Polaków, to i oddłużyć szpitale. A więc czemu nie ma oddłużenia publicznych szpitali, a jest ich prywatyzacja? Dlaczego to się znalazło w tarczy? Chciałbym się dowiedzieć, bo nie mogę zrozumieć, jaka w tym jest logika. Dlaczego, skoro jest chęć oddłużenia szpitali, to tutaj nie ma takiego trendu, a jak jest prywatyzacja szpitali, to jest? To znalazło się w tarczy, Senat to odrzucił, Sejm przywrócił, a prezydent podpisał. Tak że chciałbym się dowiedzieć... To musi być jakiś element większej całości, której ja nie rozumiem. Dlaczego to jest w tarczy antykryzysowej? Bo gdyby się to znalazło w jakiejś innej ustawie regulującej organizację pracy służby zdrowia, no to ktoś by tego bronił.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Już kończę, już kończę.

Ale dlaczego to się znalazło w tarczy antykryzysowej? To jest dla mnie zaskakujące.

I mam jeszcze jedno pytanie, ponieważ jestem senatorem z Częstochowy, a... Wczoraj została zatrzymana pielgrzymka idąca do Częstochowy bodajże z Łowicza. Chciałbym się dowiedzieć – jeżeli to jest możliwe, to teraz, a jeżeli nie, to z odpowiedzi na piśmie – czy są wydane jakieś zarządzenia, rozporządzenia, czy instrukcje dotyczące pielgrzymek. Czy w stosunku do nich obowiązują te ogólnie obostrzenia i będą tak stosowane? No, to jest sytuacja dość trudna. Te pielgrzymki idą do województwa śląskiego, więc będą przechodzić przez różne obszary województwa śląskiego, żeby dotrzeć do Częstochowy. W Częstochowie jest teraz dość dobra sytuacja epidemiczna, ale, raz, ona może się zmienić pod wpływem przyjsia dużej grupy osób niestrzymających się zasad epidemicznych, a dwa, potem wirus może się rozprzestrzenić na resztę kraju wskutek tego, że ludzie będą wracać. Chciałbym się więc dowiedzieć, czy są jakieś rozmowy, czy są jakieś decyzje, czy są jakieś instrukcje, które będą obowiązywać.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Dobrze, już kończę, naprawdę, chociaż...

Co do „nie ma ograniczeń”, Panie Ministrze, to tak nie jest, bo... Ja powiem tak. Laboratorium z Sosnowca, które wykonuje badania dla naszego szpitala, mówi, że wykona nam badania, ale do 20. Nie wiem, dlaczego akurat 20. Ja np. chciałbym przebadać więcej pracowników szpitala, ale w laboratorium mówią, że do 20, taki mają limit, nie wiem jaki. Ja mówię o moim szpitalu, o moim przykładzie, ja nie mówię, że tak jest w całej Polsce. U mnie laboratorium napisało, że może wykonać 20 badań. Ja bym chętnie wykonywał, nie wiem, 50 czy może 100.

I ostatnia sprawa, już naprawdę ostatnia, a bardzo ważna. Ja bym chciał, żeby w związku z tą epidemią naprawdę zmieniło się podejście do służby zdrowia i żeby Ministerstwo Zdrowia również na to położyło nacisk. Teraz udaje się walczyć z tą epidemią dzięki temu, że pielęgniarki mają jeszcze po pięćdziesiąt parę lat, a nie sześćdziesiąt, tak jak będzie np. za 5 lat, że chirurdzy dziecięcy mają średnio 61 lat, a nie 68. To naprawdę powinien być punkt zwrotny w naszej polityce ochrony zdrowia, a tego niestety nie widzę.

Ja bym prosił o odpowiedzi na te najważniejsze pytania. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Pan senator Karczewski.

**SENATOR
STANISŁAW KARCZEWSKI**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Ja myślałem, że pan minister będzie odpowiadał od razu, sam jestem ciekaw odpowiedzi na niektóre pytania.

Na początku chciałbym przeprosić panią przewodniczącą za moje wzburzenie, ale słyszałem od pani profesor trzy – bądź czterokrotnie o tym, że jest tendencja zniżkowa, spłaszczenie liczby zachorowań, a pani przewodnicząca twierdziła kilkakrotnie, że nie ma tej sytuacji. No jest, tak jest, nie zaklinajmy rzeczywistości. Dane są takie, jakie są, i traktujmy te dane w sposób odpowiedzialny i poważny. Skoro spada, to znaczy, że spada, a nie wzrasta. Naprawdę nie musimy się tutaj wykazywać inicjatywą polityczną, chociaż na chwilę zapomnijmy czy odejźmy od tych sporów politycznych i poważnie rozmawiajmy...

(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Panie Senatorze, ja nie rozmawiam tutaj politycznie i bardzo bym prosiła, żeby pan przestał zwracać mi uwagę.)

Ale ja nie przerywałem pani przewodniczącej i prosiłbym, żeby pani też mi nie przerywała. Ja w wypowiedzi pani i w wypowiedzi pani senator Chywickiej dostrzegałem po prostu złą wolę polityczną. No i tyle, taka jest prawda. Ja to mówię jako polityk, mam do tego prawo i jestem tutaj po to, żeby reagować również politycznie. Nie oszukujmy, że jesteśmy niepolitykami, bo jesteśmy, i rozmawiamy politycznie. Tutaj ten atak i ta krytyka prowadzą się właściwie do tego... Jest tak, jak byśmy żyli w innych krajach – pani prof. Chywicka nie może zrobić badań, ja mogę zrobić wszystkie badania i nie ma żadnych problemów. Profesor, konsultant krajowy mówi nam o tym, jak wygląda epidemia. Każda epidemia zaczyna się, ma szczyt i później się kończy. My jesteśmy w tej fazie spadkowej i powinniśmy się cieszyć.

Czy państwo zdało egzamin? No tak, zdało egzamin, bo mieliśmy trochę czasu, mieliśmy w tej tragedii troszeczkę szczęścia, bo mogliśmy

obserwować i widzieliśmy, co się dzieje za granicą, i reagowaliśmy. Zareagowaliśmy tak, jak mogliśmy, jak nas było stać. Nie mogliśmy nagle zrobić wszystkim testów, nie można było nagle zapewnić maseczek dla wszystkich, bo to niemożliwe. Prawda? No więc zejdźmy na ziemię i mówmy o konkretach.

Ja jestem zbulwersowany tym, że pani profesor Chybicka ma zastrzeżenia co do podawania przyczyn zgonów. Przecież to my, lekarze, podajemy te... No to co? To jest krytyka... Przecież oni podają to, co jest w kartach zgonu, nie mogą tym manipulować, nie mogą przecież zmieniać rozpoznań, które są na kartach zgonów. Taka jest rzeczywistość i taka jest prawda. Pan profesor, mówiąc o tym, że ma wątpliwości co do tego, co było przyczyną zgonu... Ja sam obserwowałem i widziałem... Na moich oczach umierali ludzie, którzy byli zakażeni koronawirusem, a umierali, bo umierali już od dłuższego czasu w wyniku chorób układu krążenia czy chorób nowotworowych. I takie są fakty.

To, co mnie cieszy, i tutaj bardzo dziękuję panu senatorowi Koniecznemu, to to, jakie wnioski wyciągamy na przyszłość. A ta przyszłość to przyszłość służby zdrowia, ale też przyszłość związana najprawdopodobniej z drugim etapem czy z ponownym uderzeniem koronawirusa. My już teraz jesteśmy do tego lepiej przygotowani. Możemy dyskutować, czy szpitale jednoimienne były potrzebne, czy nie. Ja uważam, że były bardzo potrzebne. Widzieliśmy, proszę państwa, taki obrazek ze Stanów Zjednoczonych: szpital połowy na kilka tysięcy miejsc i ani jednego pacjenta. Ale my musimy być przygotowani na najgorsze, musimy mieć respiratory i mieliśmy. Obawialiśmy się, byliśmy pełni obaw, podchodziliśmy do tego z wielką odpowiedzialnością. Czuję w tych słowach taką nieuzasadnioną krytykę. Muszę powiedzieć, że mnie jako lekarzowi i politykowi, który brał udział w walce z koronawirusem, jest bardzo przykro, gdy mówi się, że to zrobiono źle, to zrobiono źle i wszystko zrobiono źle. Ja uważam, że bardzo wiele rzeczy zrobiono dobrze. Najprawdopodobniej popełniono jakieś błędy, bo nie robi błędów tylko ten, kto nic nie robi, ale... Proszę państwa, skończmy już z tą tezą, że testy, testy, testy. No nie, testy robi się tym, którym powinno się robić. Nie chcę już, bo są media, trywializować i mówić, że nie możemy wszystkim kobietom robić testów ciężowych i że kobiety robią je w określonych

sytuacjach. Tak samo robi się tutaj, proszę państwa: jest zagrożenie, jest podejrzenie, więc robi się test. Nie możemy ich zrobić wszystkim, bo to jest fizycznie niemożliwe. Nawet gdybyśmy mieli nieograniczoną ilość pieniędzy, to technicznie nie bylibyśmy w stanie tego zrobić.

Warto zwrócić uwagę również... Dziękuję pani przewodniczącej za troskę o tych pacjentów, którzy zostają gdzieś z boku naszego zainteresowania, tzn. tak się wydaje, ale tak nie jest, bo przecież ludzie mają zawały mięśnia sercowego, udary, są wypadki i to wszystko jest załatwione. Oczywiście to, o czym mówił pan profesor... Pan profesor ma maseczkę... Ja zwróciłem uwagę, że spośród nas jeden jedyny pan minister Arłukowicz, razem z panem profesorem, ma prawidłową maseczkę. My faktycznie mamy te maseczki bardziej dekoracyjne niż zabezpieczające nas.

A więc uczymy się. Nie wiedzieliśmy, bo mieliśmy wroga nieznanego nam i musieliśmy się uczyć... No, teraz będziemy mieli dostęp do wielu badań, będziemy mieli badania czy obserwacje dotyczące maseczek, dotyczące surowicy, dotyczące testów itd., itd., to wszystko będziemy analizować. Musimy się przygotować do następnej fali. Ale ważne jest wyciąganie wniosków na przyszłość. Teraz w każdym szpitalu są izolatki, Panie Profesorze, no i pacjenci leżą w tych izolkach. I dobrze, że one są, bo były takie przypadki, takie sytuacje, że pacjenci już zakażeni koronawirusem byli w szpitalach i niestety zarażali, jest kilka przykładów takich oddziałów i szpitali. Świetnie zadziałały e-recepty i telemedycyna, o tym też pamiętajmy. Trzeba niezwykle wzmocnić tę telemedycynę. Przed chwilą rozmawiałem z szefami POZ o tym, w jaki sposób POZ ma zacząć funkcjonować, normalnie funkcjonować. To jest bardzo ważny temat i o tym też należy myśleć. Wiem, że ministerstwo i Narodowy Fundusz Zdrowia o tym myślą, ale też odpowiedzialni za to lekarze i kierownicy jednostek podstawowej opieki zdrowotnej sami powinni o tym myśleć i ten kontakt z pacjentem powinien być już coraz częstszy. Jest tendencja spadkowa.

My się uczymy, musimy się tej kohabitacji, tego życia z wirusem nauczyć i z nim żyć, nawet jeśli ten spadek będzie długotrwały. Ale musimy odmrażać gospodarke, musimy zacząć odmrażać szkoły i inne miejsca. Tak że ja uważam, że państwo, ale przede wszystkim Polacy zdali egzamin. Polacy byli bardzo zdyscyplinowani, wbrew temu, że mieliśmy opinię ludzi

szanujących wolność, niezależność, ale też trochę nonszalanckich, tutaj była wielka odpowiedzialność, wielka dyscyplina. Dzięki temu, jestem o tym przekonany, uniknęliśmy wielu zakażeń, bo to, co było niezwykle istotne i nadal jest istotne, to jest izolacja, dystans między poszczególnymi osobami, to jest niezwykle ważne. Ja muszę powiedzieć, że jestem pełen podziwu, że Polacy wrócili do kolejek, np. do kolejek do sklepu, że stoją w pewnej odległości od siebie i z pokorą czekają na swoje miejsce, stosują się do tych wszystkich obostrzeń, które nas obowiązują. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Ma pan rację, Panie Senatorze, chyba żyjemy w 2 różnych światach, ponieważ pan widzi same ideały i wszystko pozytywnie, a ja dostrzegam te rzeczy...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

...które niestety dotyczą zwykłego człowieka, borykającego się z kwestią dostępu do lekarza, wykonania testu, człowieka, który czeka na test 10 dni, nie otrzymuje... To są wszystkie sprawy, które dotyczą zwykłego człowieka.

Co do zgonów to powiem, że ja napisałam zapytanie do Ministerstwa Zdrowia w kwestii liczby zgonów, które miały miejsce w ostatnim czasie, w ostatnich miesiącach, i dostałam od ministerstwa odpowiedź, żebym się zwróciła do GUS, bo Ministerstwa Zdrowia nie interesuje ta kwestia. Jednak jeśli chodzi o kwestię planistyczną i przyszłościową, to wydaje mi się, że Ministerstwo Zdrowia powinno być tą sprawą zainteresowane.

Szanowni Państwo, zostało nam niewiele czasu. Ja mam taką propozycję, żebyśmy za chwilę przerwali to posiedzenie komisji i kontynuowali je... Dostaliśmy informację, że posiedzenie Senatu jest od 1 do 3 czerwca, czyli poniedziałek, wtorek i środa. Ja naprawdę chciałabym z wielką uwagą wysłuchać strony społecznej. Jest mi przykro, że tak długo rozmawiamy tutaj w tym gronie, ale to wynika z tego, że przez długi czas nie było posiedzenia Komisji Zdrowia i pytań jest naprawdę bardzo wiele. Myślę, że to, co państwo chcielibyście nam powiedzieć czy o co nas zapytać, jest dla nas ogromnie ważne. Dlatego jeżeli zgodzicie się, to ja chciałabym w tym momencie

dokonać przerwy w posiedzeniu tej komisji. Jesteśmy po serii pytań senatorów, mamy przed...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, tak, zaraz, ja chcę tylko doprowadzić to konstruktywnie do końca i powiedzieć, dlaczego tak uważam. Wielu z państwa chce zadać pytanie i to na pewno zajęłoby nam kolejną godzinę czy półtorej. W związku z tym mam taką propozycję, żeby pan minister odpowiedział teraz na te pytania, które padły, a potem przerwiemy posiedzenie Komisji Zdrowia i będziemy je kontynuować w czasie posiedzenia Senatu. W najbliższym czasie dostaniecie państwo informację co do dnia i godziny, ponieważ na ten moment mam tylko informację, że posiedzenie Senatu będzie między 1 a 3 czerwca.

Proszę bardzo, Panie Ministrze.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca, od razu odpowiem na pytania pana senatora Koniecznego. Dziwi mnie to, że pan bada tylko w jednym laboratorium, może pan badać w każdym laboratorium, które jest na liście Ministerstwa Zdrowia. Myślę, że prezes zapłaci także za te badania. A więc nie wiem, dlaczego pan zgłasza się tylko do jednego laboratorium. Jeżeli ma pan 50 próbek, 100, 1 tyśiąc, to proszę je wysłać do laboratoriów, a one na pewno zrobią te badania.

Jeżeli chodzi o kontrakty szpitalne, to poproszę pana prezesa NFZ o wyjaśnienie tej kwestii.

**PREZES NARODOWEGO
FUNDUSZU ZDROWIA
ADAM NIEDZIELSKI**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Jeżeli chodzi o system finansowania szpitali w dobie COVID, to postawiliśmy na budowanie takich mechanizmów, które będą zapewniały stabilność w zasadzie wszystkim świadczeniodawcom. Te rozwiązania nie dotyczyły tylko i wyłącznie szpitali jednoimiennych, one dotyczyły tak naprawdę całej grupy świadczeniodawców, bez względu na to, czy oni funkcjonowali w formie szpitala, szpitala powiatowego czy też ambulatorium bądź POZ. Generalnie, patrząc na system finansowania i zwalczania COVID, można powiedzieć, że on miał kilka

warstw, zaczynając od tej fundamentalnej, która mówi o przeznaczaniu w perspektywie 2024 r. 6% PKB na zdrowie. To jest taki mechanizm, który jest państwową gwarancją utrzymywania nakładów finansowych na sektor zdrowia, jest to zobowiązanie do tego, żeby uzupełniać środki przeznaczone na zdrowie nawet w przypadku zmniejszenia kwot pochodzących ze składek.

Na samym początku pojawienia się COVID została podjęta decyzja o tym, że wszystkie formy zwalczania i zapobiegania COVID będą finansowane ze środków budżetowych, czyli nie będą finansowane ze środków składowych i tym samym nie będą pomniejszały wartości środków, które są przeznaczone na leczenie innych chorób. W związku z tym na samym początku utworzyliśmy taki specyficzny cennik COVID-owy, który zawierał bardzo wiele elementów. Takim podstawowym elementem było m.in. to, do czego odnosił się pan senator, czyli rekompensowanie tzw. ryczału z tytułu wyłączenia całości bądź części jednostki w związku ze zwalczaniem COVID. Szpitale, w szczególności szpitale jednoimienne, otrzymywały kilka strumieni finansowych, począwszy od ryczału zwykłego, który zarówno w marcu, jak i w kwietniu został wypłacony. Otrzymały dodatkową rekompensatę ryczału związaną właśnie z przeznaczeniem swojej infrastruktury na zwalczanie COVID. Oprócz tego były płatności o charakterze *fee for service*. Jeden produkt to była gotowość, czyli za łóżka związane ze zwalczaniem COVID płaciliśmy dodatkowo – poza ryczałem, poza rekompensatą – taki pewien ryczałt, za gotowość, a oprócz tego płaciliśmy za każdego leczonego pacjenta.

Jeżeli spojrzymy na finanse szpitali jednoimiennych za ostatnie 2 miesiące, to zauważymy, że w zasadzie w każdym z tych miesięcy wynik operacyjny, finansowy tych szpitali był w okolicach 50, nawet 60 milionów zł na plusie. To oznacza, że szpitale zostały w bardzo poważny sposób wyposażone w gotówkę, ich płynność w żaden sposób nie była zagrożona – miały zapewnione stabilne ramy finansowego funkcjonowania. To jest rozwiązanie, które dotyczy szpitali jednoimiennych.

Oczywiście absolutnie nie zapomnieliśmy o pozostałych świadczeniodawcach. Pozostali świadczeniodawcy mogli skorzystać z całego pakietu instrumentów, które stabilizowały ich finanse. Dzięki rozwiązaniom, które zaproponował Narodowy Fundusz Zdrowia szpitalom czy

innym jednostkom służby zdrowia, podmioty te mogły skorzystać z takiej specjalnej tarczy poświęconej ochronie zdrowia. Już na samym początku przygotowaliśmy rozwiązanie, zgodnie z którym można było zaliczkowo, niezależnie od poziomu wykonania świadczeń, otrzymywać 1/12 kontraktu. Ta 1/12 jest właśnie takim instrumentem, który pozwalał jednostkom zachować stabilność finansową, zachować potencjał do bieżącego obsługiwanie pacjentów.

Jeżeli chodzi o to konkretne pytanie, które dotyczy kwestii nadwykonań i konieczności ich generowania w związku z tym, że skrócił się okres, w którym będzie możliwość wykonania limitów, to powiem tak. Po pierwsze, już wiele lat wstecz świadczeniodawcy udowadniali, że ten potencjał nadwykonań mają bardzo duży, bo w zasadzie co roku mieliśmy dużą część zgłaszaną w ramach tych procedur, które były nielimitowane, jako nadwykonane. Tak więc można powiedzieć, że ten potencjał rzeczywiście istnieje i na pewno pomoże wykonać limity. My oczywiście patrzemy na to, jak przebiega pandemia i w zależności od czasu jej przebiegu prawdopodobnie będziemy definiowali taki okres, w którym te limity można będzie – w terminie dłuższym niż roczny – wykonać. Czyli nie myślimy w kategoriach redukcji kontraktu, który w tej chwili obowiązuje, a raczej wydłużenia okresu, w jakim on będzie wykonywany. Na tę chwilę przyjmujemy, że będzie to mniej więcej okres półroczny, ale jeśli by pojawiły się scenariusze oznaczające drugą falę zachorowań we wrześniu bądź potencjalnie jakąś inną eskalację w innym okresie do końca roku, to będziemy rozważali, jak ten okres wydłużyć, tak żeby ta możliwość była zapewniona.

Odnosząc się do rozwiązań... Mówimy tu o tym, w jaki sposób przeszliśmy do tego punktu, w którym jesteśmy w ramach zwalczania COVID. Myślę, że warto tu poruszyć wątek telemedycyny i e-zdrowia. Moim zdaniem te rozwiązania w bardzo dużym stopniu pozwoliły nam uniknąć eskalacji zachorowań. My tak naprawdę od pierwszych dni epidemii razem ze środowiskiem lekarzy rodzinnych bardzo szybko przedstawiliśmy się na możliwość udzielania podstawowych porad medycznych właśnie w formule tele. Nasi partnerzy z Porozumienia Zielonogórskiego czy innych organizacji zrzeszających lekarzy rodzinnych informowali nas w trakcie przebiegu pandemii, że tak jak przed dobą koronawirusa teleporady były taką mniejszościową usługą, jaką świadczyli, tak

w dobie koronawirusa blisko 90% porad świadczone właśnie w formie tele. Myślę, że jest to jeden z takich bardzo ważnych elementów, które pozostaną na stałe w krajobrazie sektora ochrony zdrowia. Można powiedzieć nawet, że okres pandemii przysłużył się popularyzacji narzędzi telemedycznych. Teraz teleporada to już nie tylko możliwość konsultacji – to jest możliwość wystawienia e-zwolnienia, to jest możliwość wystawienia e-recepty, takiego pełnego obsłużenia obywatela.

Podsumowując wydatki finansowe za okres pandemii, powiem, że do dnia wczorajszego zrefundowaliśmy blisko 0,5 miliarda zł. Mówię tylko o tych dodatkowych świadczeniach, które są związane ze zwalczaniem COVID. Przewidujemy, że... W perspektywie końca czerwca rezerwujemy na to blisko 1 miliard zł środków. To są, tak jak mówię, pieniądze przeznaczane bezpośrednio na zwalczanie COVID. Nie finansujemy tego ze składki, więc pobór składki, oczywiście z uwzględnieniem zawirowań gospodarczych, jest realizowany w tempie niezwiązanym z wydatkami na COVID. To chyba tyle. Dziękuję.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo, Panie Prezesie.

Mam nadzieję, że na kolejnym spotkaniu, tzn. kontynuacji tego posiedzenia, również

pan będzie naszym gościem, gdyż, tak jak powiedziałam, będziemy się skupiać głównie na kwestiach rozliczeń, finansowania szpitali jednoimiennych i na pewno będzie wiele pytań. Ja już dzisiaj chciałabym podnieść pewną kwestię, która do mnie dotarła. Chodzi o wycenę świadczeń stomatologicznych realizowanych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Stomatolodzy zgłaszali się do mnie, mówiąc, że nie są w stanie pokryć z dotychczasowej wyceny świadczenia kosztów zabezpieczenia w środki dezynfekujące, w odzież ochronną, którą kupują na wolnym rynku. Myślę, że to będzie problem, który będziemy chcieli wyjaśnić w kolejnej części posiedzenia Komisji Zdrowia.

W tym momencie przerywam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Dziękuję wszystkim za uczestnictwo, za wypowiedzi. Serdecznie zapraszam wszystkie osoby na kontynuację posiedzenia, gdzie będzie możliwość zadawania kolejnych pytań, wyjaśniania tych wszystkich kwestii, które dotyczą obecnego przebiegu epidemii. Chcielibyśmy też porozmawiać o tym, w jaki sposób w najbliższych miesiącach następować będzie tzw. odmrożenie systemu opieki zdrowotnej i zagwarantowanie leczenia wszystkim pacjentom, którzy chorują na inne schorzenia, nie tylko na koronawirusa. Dziękuję bardzo.

(Przerwa w posiedzeniu w dniu 26 maja 2020 r. o godzinie 14 minut 55)

(Wznowienie posiedzenia w dniu 1 czerwca o godzinie 9 minut 33)

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dzień dobry, witam na kontynuowanym piętnastym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia. Witam bardzo serdecznie wszystkich, którzy są na dzisiejszym spotkaniu. Witam państwa senatorów i pana ministra z grupą doradców. Witam stronę społeczną, która ostatnio niestety nie zdążyła zabrać głosu.

Chciałabym tylko przypomnieć, że jest to posiedzenie poświęcone informacji rządu na temat przebiegu epidemii koronawirusa, podejmowanych dotychczas działań, a także planu czy też strategii wyjścia z tej epidemii. Myślę, że na dzisiejszym spotkaniu będzie dużo pytań, choćby z tej racji, że przez ostatni tydzień, a więc od ostatniego spotkania naszej komisji, doszło do wielu nowych decyzji, poluźnione zostały niektóre obowiązki. W związku z tym pytań będzie pewnie dużo więcej. Chciałabym również powiedzieć, że pierwsza część posiedzenia została przerwana w trakcie zadawania pytań, wobec czego mam taką propozycję, abyśmy rozpoczęli od tego właśnie momentu, a więc od dyskusji. Dyskusja, która była prowadzona na ostatnim spotkaniu, dotyczyła głównie przebiegu epidemii oraz podejmowanych decyzji. Myślę, że dziś pojawią się dodatkowe, nowe wątki, związane z tzw. odmrażaniem ochrony zdrowia, ale prosiłabym, żebyśmy w pierwszej części tego naszego spotkania kontynuowali jednak wątek związany z przebiegiem epidemii i podejmowanymi decyzjami, także tymi nowymi, które pojawiły się w ostatnim tygodniu.

Proszę bardzo, tak jak powiedziałam, kontynuujemy dyskusję. Kto z państwa chciałby zabrać głos? To jest ten moment, kiedy można się zgłaszać. Czy ktoś z państwa się zgłasza? Nie ma pierwszego chętnego.

Proszę bardzo, proszę się przedstawić i pytać.

DYREKTOR EUROPEJSKIEGO CENTRUM
STRATEGII I POLITYK
W OCHRONIE ZDROWIA ZDROWIA
MACIEJ BOGUCKI

Dzień dobry.

Maciej Bogucki, Europejskie Centrum Strategii i Polityk w Ochronie Zdrowia.

Ja chciałbym przede wszystkim podziękować pani przewodniczącej za zaproszenie. Miło mi uczestniczyć w posiedzeniu komisji senackiej. Witam serdecznie pana ministra, państwa posłów i senatorów.

Chciałbym dopytać, ponieważ mam wrażenie, że jeden temat nie został zamknięty na naszym ostatnim spotkaniu. Chodzi o kwestię tego, jak wygląda w dniu dzisiejszym ewolucja, rozwój epidemii w Polsce. Była dyskusja na temat tego, czy krzywa epidemii jest stała, wznoś się, czy opada. Pani profesor była uprzejma wskazać, że jest stabilna z ewidentnym trendem spadkowym. Ja, przyznam, tego trendu w ogóle nie widzę. Taki trend ewidentnie występuje, jeżeli chodzi o śmiertelność, z tym że niewielka śmiertelność jest raczej efektem skutecznej terapii, a nie spadku krzywej epidemii. Tak więc chciałbym zapytać – może pana prof. Juszczyka i panią profesor, bo to państwo o tym mówiliście na naszym ostatnim spotkaniu – z czego wynika ta opinia, to przekonanie o tym, że jest ewidentny trend spadkowy, jeżeli chodzi o rozwój epidemii. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Kto będzie odpowiadał? Pan minister czy pani profesor?

Proszę.

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE EPIDEMIOLOGII
IWONA PARADOWSKA-STANKIEWICZ**

Dziękuję bardzo.

Witam pana ministra, witam członków komisji, panią przewodniczącą oraz wszystkich państwa.

Odniosę się do kwestii, o której pan wspominał. Proszę państwa, tym, co my rejestrujemy, tym, co jest widoczne, są dzienne, dobowe przyrosty przypadków zakażeń koronawirusem, które zostały oczywiście stwierdzone na podstawie najlepszego w obecnej chwili testu, jakim jest test RT-PCR, wykonywany w tych ośrodkach, które zostały do tego powołane i które taką diagnostykę prowadzą. To jest jedna kwestia. Druga kwestia to osoby, które znajdują się w kwarantannie, czyli takie, u których wykazano zakażenie, a które nie mają objawów. Takie osoby z racji tego, że są zakażone, są kwarantannowane. Kolejna sprawa to oczywiście zgłaszane zgony spowodowane COVID-19.

Proszę państwa, oczywiście te obserwacje, o których wspominałam, o których mówiłam, to nie są obserwacje dotyczące 1 dnia czy tygodnia. Te obserwacje dotyczą całego okresu od pojawienia się pierwszego przypadku. Do tego trzeba jeszcze dołączyć te osoby, które wyzdrowiały. A więc jeśli te wszystkie elementy połączymy i poddamy analizie za pomocą określonych wskaźników, to z pewnością nie będziemy mogli powiedzieć, że jest tendencja wzrostowa. Nie można też powiedzieć, że jest tendencja spadkowa. No, pan tutaj użył takiego słowa. O ile sobie przypominam, ja nie powiedziałam, że jest wyraźna tendencja spadkowa, tylko że pojawiała się tendencja do spadku zachorowań. A to jest duża różnica.

Doszło również do tego, czego się w pewnym sensie spodziewaliśmy, a mianowicie do zjawiska tzw. endemizacji zachorowań, czyli ustalenia się pewnego plateau, określonego poziomu, który pozwala nam na tym etapie kontrolować sytuację, jaka ma miejsce w kraju w związku z zachorowaniami. Jednocześnie obserwujemy również, że to, co dzieje się w tej chwili, nie

wskazuje na wzrost, nie wskazuje już nawet na sytuację plateau, tylko właśnie wskazuje na spadek zachorowań. To, że codziennie zdarzają się zachorowania, że czasem następuje wzrost – np. 415 przypadków kilka dni temu w porównaniu z dwustu kilkudziesięcioma przypadkami, jakie pojawiały się w poprzednich dniach – jest, proszę państwa, naturalne, bo taka jest, można powiedzieć, natura epidemii. To, co kontrolujemy, ma związek z diagnostyką, z pojawianiem się kolejnych przypadków, aczkolwiek nie jest to dowód na to, że jest tendencja wzrostowa, czy na to, że krzywa utrzymuje się na porównywalnym poziomie.

Tak że z dużym prawdopodobieństwem można powiedzieć, że to jest taki trend, który utrzyma się w naszym kraju – miejmy nadzieję, że tak będzie – oczywiście o ile wirus nas nie zaskoczy, bo tego nigdy nie można do końca przewidzieć. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń, na podstawie dotychczasowej wiedzy, można powiedzieć, że obecna sytuacja jest jak najbardziej stabilna i korzystna.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Pani Profesor.

Pani teraz jasno sprecyzowała, że nie ma ani wzrostu, ani spadku, czyli jest plateau. Epidemia cały czas jest na mniej więcej tym samym poziomie, jednak pojawiają się ogniska, szczególnie na Śląsku. Tam są bardzo liczne ogniska i to jest dla nas jednak dość niepokojące.

Na tym tle dochodzi do rozluźnienia pewnych restrykcji. No, dla mnie osobiście najbardziej szokujące są 2 przykłady. Cały czas mówimy, że najważniejsze jest zachowanie odległości. Co do masek to w tej chwili te wszystkie decyzje są już tak niejasne, że ja sama, wchodząc do tego budynku, zastanawiałam się, czy jestem w miejscu pracy i nie muszę mieć maseczki, czy też jestem w pomieszczeniu zamkniętym i jednak powinienam tę maseczkę mieć. Ja jestem osobą starszą, która chce chronić i siebie, i państwa, w związku z czym maseczkę mam. Ale moje pytanie jest takie: co zrobili minister zdrowia i rząd, aby chronić osoby starsze?

I teraz mamy do czynienia z 2 decyzjami, które są sprzeczne w mojej ocenie. Z jednej strony jest pozwolenie na otwarcie stadionów i wejście

kibiców, na otwarcie kościołów i placów zabaw, a z drugiej strony mówi się cały czas o tym, że mamy utrzymywać dystans, że dystans jest najważniejszy. Jak to pogodzić? Bo w mojej ocenie to są niestety dość wyraźnie sprzeczne decyzje. A chyba najbardziej niezrozumiałe jest otwarcie domów weselnych, wyrażenie zgody na to, żeby 150 osób uczestniczyło w uroczystości weselnej. Jak wszyscy państwo zapewne wiecie, nie zawsze jest to tylko najbliższa rodzina. A w tym gronie są także osoby starsze.

Jak te decyzje mają się do tego, co powiedziała pani profesor, do tej ekspertyzy i mapy epidemicznej? Jak wygląda plan ochrony osób starszych? To jest pytanie, które kieruję do pana ministra.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca! Państwo Senatorowie! Szanowni Państwo!

Pani przewodnicząca zadaje wiele pytań, ma wiele wątpliwości. Rzeczywiście, jeśli chodzi o fazę epidemii, w jakiej w tej chwili znajdujemy się w naszym kraju, to osiągnęliśmy pewne wypłaszczenie krzywej. Mogę państwu powiedzieć, że wczorajszy dzień był dniem, w którym było najmniej nowych zakażeń od 2 miesięcy – 219.

Połowa tych zakażeń rzeczywiście dotyczy województwa śląskiego. Z danych, które otrzymaliśmy wczoraj, wynika, że nowych zakażeń, jeżeli chodzi o kopalnie i górników, jest już bardzo mało. Te nowe przypadki, które w tej chwili odnotowujemy na Śląsku, to przypadki z rodzin górniczych. Cały czas systematycznie badane są te osoby, które mieszkają razem z górnikami, u których badania wykazały obecność COVID-19, dlatego myślę, że w ciągu najbliższych dni te dodatnie wyniki ze Śląska będą jeszcze do nas spływać. Ale widzimy także, że w pozostałej części województwa śląskiego tych nowych zakażeń wcale nie jest dużo. To są mniej więcej podobne liczby jak w całym kraju.

Oczywiście w pewnych miejscach w naszym kraju pojawiają się ogniska, jednak można je dość szybko opanować. Są to ogniska w dużych zakładach pracy. Ostatnio takie ognisko odkryto w firmie mięsnej. W dalszym ciągu pojawiają się one w domach pomocy społecznej czy też, tak

jak było ostatnio w Warszawie, miejscach, gdzie przebywają bezdomni. W pewnym momencie dają one dość duży wzrost nowych zachorowań, ale takie ogniska łatwo odizolować. Łatwo jest poddać te osoby kwarantannie, a dzięki temu możemy przerwać łańcuch epidemiologiczny.

Pani Przewodnicząca, myślę, że w tej chwili wchodzimy w kolejne etapy luzowania obustrzeń, ponieważ było to bardzo oczekiwane przez społeczeństwo. Te ostatnie miesiące, kiedy zostały wprowadzone dość ostre reguły dotyczące czy to wychodzenia z domu, czy to używania środków dezynfekujących, czy to zachowania dystansu, czy to maseczek, pokazały, że nasze społeczeństwo rzeczywiście potrafi stanąć na wysokości zadania. Te reguły były przestrzegane, ale wszystko ma swój czas. Myślę, że to, co w tej chwili obserwujemy w zakresie epidemiologii, ale także w dziedzinie gospodarki – cała Europa znosi te reguły – wynika z tego, iż wszyscy wiemy, że nie można w nieskończoność ograniczać aktywności gospodarczej.

Staramy się, aby ta naczelną zasadą, czyli zasada zachowania dystansu, była przez Polaków przestrzegana. My bardzo często podkreślamy to w mediach. Liczę także na państwa aktywność, tzn. na to, że ten 2-metrowy dystans, który jest podstawową metodą zapobiegania nowym infekcjom, będzie przez państwa zachowywany i promowany. To, że uwalniamy pewne dziedziny – chodzi o kulturę, chodzi o sport, ale także o zwykłą aktywność w przestrzeni publicznej – jest czymś dobrym. Z tych kroków zawsze można się wycofać, ale ja uważam, że tak jak byliśmy zdyscyplinowani na poprzednich etapach, tak i na tym etapie będziemy tych zasadniczych reguł przestrzegać. Oczywiście nie wszyscy będą to robić, bo w życiu nigdy nie jest tak, żeby wszyscy stosowali się do obowiązujących reguł, mimo że są one ważne i powinno się ich przestrzegać. Zbliżające się wakacje spowodowały uchylenie pewnych zasad, dzięki czemu młodzież będzie mogła korzystać z wypoczynku letniego. To też jest krokiem do przodu. Ja jestem lekarzem i wiem, że każdy z nas, medyków, odczuwa pewien niepokój, bo zwiększona aktywność w sferze publicznej zwiększa też ryzyko nowych zakażeń, no ale musimy iść do przodu, musimy robić kolejne kroki, ponieważ nie mamy innego wyjścia. Jestem przekonany, że poszczególne etapy luzowania tych restrykcji nie spowodują nowej fali zachorowań w Polsce.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

A czy możemy usłyszeć chociaż kilka słów na temat tego planu zabezpieczenia osób starszych? Czy pan minister może nam tutaj uchylić rąbka tajemnicy? Czy zapadły tylko te decyzje, które już znamy?

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: Nie rozumiem pytania, Pani Przewodnicząca.)

No, Panie Ministrze, wiadomo, że na początku epidemii najbardziej narażone były osoby starsze. Sami państwo mówiliście, że przede wszystkim trzeba zadbać o osoby starsze. Zresztą to, co się stało w DPS-ach, było tego najlepszym dowodem. Teraz, w momencie odmrażania gospodarki, te osoby ponownie stają się najbardziej narażone na efekty rozluźnienia reguł kontaktu międzyludzkiego. To po pierwsze.

Po drugie, proszę pamiętać, że jeżeli będziemy powracać do normalności, to te wszystkie osoby, które dotychczas z różnych powodów nie mogły dostać się do lekarzy, będą chciały skorzystać wreszcie z ich usług. To oznacza powrót do diagnostyki, do normalnego leczenia tych wszystkich chorób, których leczenie było zamrożone. To na pewno dotyczy dużej grupy osób starszych, bo to one przede wszystkim cierpią na choroby przewlekłe. Tak więc chciałabym zapytać, jak państwo wyobrażacie sobie to odmrażanie ochrony zdrowia, ten powrót do udzielania zwykłych świadczeń zdrowotnych, ale także tę szczególną ochronę osób starszych. Jak to ma funkcjonować? Czy przewidujecie jakieś badania przesiewowe? Może zaproponujecie jakiś inny sposób udzielania porad? Może trzeba odwrócić ten system, tak żeby to nie osoby starsze chodziły do poradni, ale lekarz przychodził do tych osób? No, Ministerstwo Zdrowia powinno chyba zaplanować jakieś kroki, przewidzieć jakąś strategię. I dlatego pytam, czy tego typu pomysły, rozwiązania, decyzje są przygotowywane. Dziękuję.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca, rzeczywiście wraz z odmrożeniem gospodarki polskie szpitale zaczęły – trwa to praktycznie od 2 tygodni

– przyjmować planowo pacjentów. Odbywa się to w szczególnym rygorze, z określonymi obostrzeniami. I to dotyczy nie tylko osób starszych, ale wszystkich pacjentów, którzy wymagają w tej chwili czy to diagnostyki, czy to leczenia szpitalnego. Są też obostrzenia, które utrzymujemy, takie jak obowiązek zakładania maseczek w pomieszczeniach zamkniętych – chodzi o kościoły, urzędy czy też sklepy – ale także na otwartej przestrzeni, jeżeli nie można zachować 2-metrowego dystansu. Te maseczki są dalej obowiązkowe. To dotyczy oczywiście nie tylko młodych, ale także osób starszych. Myślę, że stworzenie jakiegoś wyłomu, specjalnych zasad dla osób starszych, nic wielkiego by nie wniosło. Osoby starsze i ich rodziny po tym 2-miesięcznym okresie restrykcji są do tego przygotowane. Te osoby wiedzą, że są w grupie szczególnego ryzyka, a także, jak do tej pory widzieliśmy, stosują się do tych wszystkich zasad, tak więc myślę, że żadnych szczególnych restrykcji dotyczących opieki nad osobami starszymi w tej chwili wprowadzać nie będziemy.

No, osoby starsze na pewno korzystają także z usług lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Wiem, że telemedycyna bardzo dobrze sprawdza się w tej chwili w POZ, choć oczywiście nie wszystko można rozwiązać telemedycyną. Poradnie lekarzy rodzinnych są przygotowane na to, aby przyjmować pacjentów, także tych starszych, więc myślę, że nie ma tu aż tak wielkiego ryzyka, żebyśmy w tym momencie musieli robić jakieś wyłomy dla osób starszych. Myślę, że ustalenie godzin przyjęć w poradniach, tak aby pacjenci nie czekali w poczekalniach, jest dobrym rozwiązaniem. Taki pacjent trafia do poradni o odpowiedniej godzinie, jest w sprawny sposób obsługiwany przez personel medyczny i nie ma praktycznie żadnego kontaktu z innymi osobami, które czekają na lekarza. A więc to jest kwestia organizacyjna. Pani Przewodnicząca, ja myślę, że polska służba zdrowia doskonale sobie z tym poradzi.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Dwoje senatorów, pani i pan senator, prosiło o głos. Później zgłaszał się pan Marek Wójcik. Taka jest kolejność.

Proszę, pan przewodniczący.

SENATOR

WOJCIECH KONIECZNY

Dziękuję bardzo.

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze!

Odniosę się do tej wypowiedzi pana ministra. Otóż mam pytanie do pana ministra, a jednocześnie do NFZ. Jak będzie teraz wyglądała praca szpitali? Jakie będą zalecenia? Pytam o to, ponieważ my dalej pracujemy na podstawie tych epidemicznych zaleceń. Szpitale się przygotowały, oddziały się przygotowały, SOR-y zostały podzielone na część dla pacjentów, u których podejrzewa się zakażenie, i na, nazwijmy to, część czystą. Przy czym sytuacja się zmieniła. O ile w marcu i kwietniu mało pacjentów zgłaszało się do SOR-ów – było to nawet 30% normalnej liczby pacjentów – o tyle teraz zgłasza się ich o wiele więcej, więcej niż przed epidemią, ponieważ następuje, nazwijmy to, efekt odbicia. Pacjenci powstrzymywali się od wizyt w SOR-ach, a teraz już przychodzą. Problem w tym, że dalej obowiązują te wszystkie obostrzenia. Te obostrzenia spowodowały też to, że szpitale przekształciły część swoich oddziałów w oddziały obserwacyjne, nazywane przejściowymi, a przez to mają mniej miejsc. Pacjentom, którzy zgłaszają się do SOR-ów, trudniej jest dostać się na oddział, ponieważ na tych oddziałach utworzone zostały izolatki. Dalej działamy w takim trybie na podstawie decyzji wojewodów.

No, pan minister wspomniał tutaj o POZ. POZ nie otworzyły się dla pacjentów, a przynajmniej nie zrobiły tego w takim zakresie, w jakim powinny. Ja wiem, że to jest sytuacja przejściowa. Trudno mi powiedzieć, czy to potrwa miesiąc, czy 2 miesiące, ale teraz jesteśmy jednocześnie w trakcie epidemii i po epidemii. W pewnym sensie powstał taki właśnie stan. Chciałbym się więc dowiedzieć, czy jest przewidywana jakaś pomoc dla szpitali, czy to finansowa, czy inna, tak abyśmy mogli sobie z tym jakoś poradzić. No, nie można zrzucić z siebie odpowiedzialności na takiej zasadzie, że szpitale mają poradzić sobie same. One mają w tej chwili dużo więcej pacjentów na SOR-ach, a jednocześnie mniej miejsc na oddziałach. No, to nie była ich decyzja, one musiały się dostosować. Czy jakaś pomoc jest tutaj przewidywana? Ewentualnie można by w jakimś stopniu – no, użyję jednak tego słowa – wymusić większą otwartość POZ-ów, gdyż teraz nie za bardzo

jest gdzie odsyłać pacjentów. Pacjent wie, że tam jest prowadzona telemedycyna, a on chce kontaktu z lekarzem. W POZ jest telemedycyna, a na SOR jest lekarz, więc pacjenci wołają SOR. W tej chwili jesteśmy na takim etapie, że chciałbym się dowiedzieć, czy zapadła już jakaś decyzja organizacyjna. No, my dalej jesteśmy przygotowani pod względem organizacyjnym do epidemii, a nie do swojej podstawowej działalności. Nie da się tego robić jednocześnie. Tak że mam takie pytanie: czy NFZ i ministerstwo planują jakąś pomoc dla szpitali? Czy nastąpi tu jakaś zmiana przepisów?

No i jeszcze 2 krótkie pytania. Prosiłbym o odpowiedź na pytania zadane w pierwszej części posiedzenia komisji. Chodzi o tę komercjalizację, prywatyzację szpitali i o brak oddłużenia jako formy pomocy. Dlaczego została przyjęta taka strategia?

Zgłoszę też tutaj swoje obawy. Największe z nich dotyczą wesel, bo rzeczywiście na wesela przyjeżdżają ludzie z różnych stron Polski, a nie da się tam utrzymać dystansu 2 m. Nie ma co na to liczyć, zwłaszcza że one będą się odbywać w pomieszczeniach zamkniętych. To jest potencjalnie bardzo duże zagrożenie, zwłaszcza dla starszych osób, które też na te wesela chodzą. Może jednak trzeba by było wprowadzić w stosunku do tych wesel jakieś ograniczenia, wiekowe czy inne.

No i są jeszcze siłownie, kluby fitness. Po prostu nie potrafię sobie wyobrazić, że to mogłoby działać bezpiecznie pod względem epidemicznym. Myślę, że to są potencjalne ogniska. Tutaj też powinny być wprowadzone jakieś duże obostrzenia. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Pan przewodniczący zadał tutaj kilka pytań związanych z przekształcaniem szpitali jednolitych, z powrotem do udzielania normalnych świadczeń i z problemem finansowania. Pozwolę sobie oddać głos panu ministrowi dopiero za chwilę, bo chciałabym to jednak podzielić na bloki tematyczne.

Pani senator chciałaby pociągnąć dalej wątek testowania i osób starszych. Proszę bardzo, Pani Senator.

SENATOR
EWA MATECKA

Dziękuję bardzo.

Troszeczkę martwi mnie ta próba uspokojenia opinii publicznej w związku z tym, że notuje się nieco mniej zachorowań niż jeszcze jakiś czas temu. Uważam, że to przedłużające się plateau w sytuacji, gdy nie wiadomo, co nastąpi dalej, jest stanem równie niebezpiecznym jak ten trend wzrostowy, który przynajmniej mobilizuje do konkretnych działań. Są takie opinie ekspertów, które mówią, że cały czas jesteśmy jednak w środku epidemii, że epidemia skończy się dopiero wtedy, kiedy wirus straci swoją patogenność albo kiedy będzie możliwość masowego zaszczepienia ludzi. Wiadomo, że wśród nas są też osoby bezobjawowe, które nie zostały zdiagnozowane, nie zostały przetestowane, i również stanowią źródło zakażeń. Tak naprawdę o spadku mogą mówić Niemcy, może mówić Słowacja, ale nie może mówić Polska. Ten stan w ogóle nie powinien zmniejszyć naszej czujności, jeżeli chodzi o gotowość do reagowania na ewentualne wzrosty, które mogą nastąpić jesienią. Mówi się o tym, że przetestowaliśmy ponad 800 tysięcy Polaków, ale to wcale nie jest tak dobry wynik. Co prawda plasuje nas on bodajże na siódmym miejscu w Europie, ale w przeliczeniu na 1 milion obywateli jesteśmy na samym końcu, na dwudziestym trzecim miejscu.

Chciałabym spytać pana ministra o to, czy jest jakiś plan badań systemowych. Weźmy pod uwagę to, że otworzyliśmy szkoły, że otworzyliśmy żłobki, że jesienią studenci wrócą na uczelnie. Czy w dalszym ciągu będziemy zwalczać epidemię, gasząc tam, gdzie się pali, reagując jak straż pożarna, czy też przyjmujemy wreszcie jakiś plan badań systemowych?

Ale wróćmy do osób starszych. Przecież blisko 70% zachorowań dotyczy osób starszych. Nasz apel o to, aby badaniami, testami przesiewowymi, objąć szczególnie osoby starsze, jest jak najbardziej uzasadniony. I dlatego teraz, kiedy mamy już doświadczenia z tych kilku miesięcy rozwoju epidemii, kiedy wiemy, jak ten wirus się zachowuje i kogo dotyka, powinniśmy być gotowi na podjęcie działań systemowych. Panie Ministrze, w związku z tym pytam: czy takie badania systemowe, systemowe testy poszczególnych grup społecznych, są planowane? Nie możemy działać tylko tam, gdzie już się pali, w DPS-ach,

w kopalniach itd. Poza Śląskiem, w innych regionach naszego kraju, też są kopalnie. No, jeśli, nie daj Boże, usadowi się tam jakieś ognisko, to oczywiście natychmiast tam pojedziemy, ale może warto o tym pomyśleć wcześniej.

I jeszcze jedno. Czy jest planowana jakaś pomoc dla samorządów w związku z odmrażaniem instytucji oświatowych i instytucji naukowych? Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Pan przewodniczący Marek Wójcik. Proszę bardzo.

PEŁNOMOCNIK
DO SPRAW LEGISLACYJNYCH
ZARZĄDU ZWIĄZKU MIAST POLSKICH
MAREK WÓJCIK

Pani Przewodnicząca! Państwo Senatorowie! Panie Ministrze! Panie Prezesie! Szanowni Państwo!

Mam kilka bardzo konkretnych pytań i będę wdzięczny panu ministrowi i panu prezesowi za równie konkretne odpowiedzi.

Sprawa pierwsza. Na początek nawiążę do tego, o czym przed chwilą mówiła pani senator. Otóż chciałbym zapytać, czy państwo przewidujecie przeprowadzenie badań dla pracowników żłobków i przedszkoli oraz nauczycieli, w związku z egzaminem ósmoklasisty oraz egzaminem maturalnym. Nie chcę rozwijać tego tematu. Chciałbym po prostu zapytać, czy znajdą się na to środki, tak aby można było wykonać badania przesiewowe w stosunku do osób pracujących w tego typu placówkach. Jak państwo wiecie, my jako samorządy podejmujemy w tej materii jakieś inicjatywy, ale wydaje mi się, że to powinno być załatwione systemowo. To jest pierwsze pytanie.

Pytanie drugie dotyczy wyborów. Ja nie wiem, kiedy te wybory będą, ale kalendarz już, że tak powiem, pracuje, od dzisiaj zostało 14 dni. Pani marszałek Witek będzie musiała wydać postanowienie o zarządzeniu wyborów w ciągu 14 dni. Niestety to na nas, na samorządowcach, będzie ciążyła odpowiedzialność za zagwarantowanie

bezpieczeństwa i wyborców, i osób pracujących w komisjach. Dzisiaj nie mamy żadnej wiedzy, w jaki sposób ma się to odbyć. To po pierwsze. Po drugie, nie wiemy, w jaki sposób byłaby zorganizowana potencjalna dystrybucja środków bezpieczeństwa, jeżeli rzeczywiście taka koncepcja zostałaby przyjęta. No, słyszymy, że ma to być zorganizowane w jakiś systemowy sposób, więc mam prośbę o odpowiedź na pytanie, kiedy ujrzymy jakieś standardy w tym zakresie i dowiemy się, jak to zostanie zorganizowane. No, gdyby ziścił się termin 28 czerwca, mielibyśmy 28 dni na przygotowanie się do wyborów, a my właściwie nie jesteśmy nawet na początku drogi.

Kolejna kwestia. Chciałbym poprzeć te głosy mówiące o DPS-ach. To jest w dalszym ciągu bomba, która tyka. W związku z tym proszę o informację, w jaki sposób zamierzacie państwo działać w tej sprawie, jaką strategię chcecie przyjąć. No, pan minister odniósł się do tego w taki sposób, że mamy prawo sądzić, iż państwo nie będziecie podejmowali żadnych innych, dodatkowych kroków oprócz tego, co się działo – a właściwie nie działo – do tej pory. W związku z tym chciałbym, żeby pan minister jednak się do tego odniósł.

Kolejna sprawa dotyczy resortu i związana jest z faktem, że o wiele mądrzejsi ode mnie ludzie twierdzą, że szczepienia przeciwko grypie mogą znakomicie przyczynić się do tego, aby potencjalna jesienna fala zachorowań została osłabiona. A więc chciałbym zapytać państwa, czy przewidujecie w tej sprawie jakieś kroki, tak żeby można było szczepić Polaków z wyprzedzeniem. Być może należałoby zaszcześcić określone grupy zawodowe, np. personel medyczny czy też personel pracujący w placówkach oświatowych, tak żeby osłabić potencjalne działanie SARS jesienią. Mówię o tym już teraz, dlatego że my jako Polska mamy problem z wyszczepialnością przeciwko grypie. W ostatnich latach nieco powyżej 4% osób się szczepiło. Nie jesteśmy też na liście państw, które otrzymują szczepionkę priorytetowo. Późno dostajemy wytyczne i z reguły szczepionka trafia do Polski w październiku, listopadzie, czyli też dosyć późno. Są kraje, które otrzymują ją wcześniej. To zresztą zależy od wytycznych w tym zakresie. Pytanie jest takie, czy państwo zamierzacie jakoś odnieść się do tej kwestii. Czy jest szansa na to, aby rzeczywiście wykonać tego typu wyprzedzający ruch? Chcielibyśmy, aby miało to wymiar systemowy.

Jeżeli chodzi o wypowiedź pana ministra, to mam także pytanie o to, w jaki sposób państwo podejście do diagnostyki laboratoryjnej. Mówiąc krótko, chodzi o los diagnostyki laboratoryjnej, tych laboratoriów, które robią badania. Pytam o kwestię ich liczby w najbliższych miesiącach, o otwarcie się na badania komercyjne. Jakie państwo macie plany w tym zakresie? Nas jako samorządowców interesuje to z oczywistych powodów. No, przecież prowadzimy te podmioty lecznicze, w których działają laboratoria.

Co do maseczek, Pani Przewodnicząca, to ja mam pytanie do pana ministra. Proszę się nie gniewać, Panie Ministrze, że ja zadaję takie pytanie. Otóż obserwuję to, co w ciągu ostatnich 2 tygodni robi pan w Sejmie i w Senacie, i zauważyłem, że pan nigdy nie nosi maseczki. Od 2 tygodni pojawia się pan w przestrzeni publicznej bez maseczki. Chciałbym w związku z tym zapytać pana, Panie Ministrze, czy ja mogę zdjąć swoją maseczkę, czy nie. Proszę przyjąć to pytanie z ogromną powagą. Ja, podobnie jak pani przewodnicząca, nie wiem, jak mam się zachowywać, zwłaszcza że pan minister żartował kiedyś, chyba nawet w Senacie, że noszenie maseczki jest sprawą co najmniej dyskusyjną, bo na maseczce wirusy utrzymują się przez 2 tygodnie. W związku z tym, Panie Ministrze, pytanie jest takie: mam ją zdjąć czy nie?

I jeszcze jedna prośba do pana ministra. Kiedy państwo zaczniecie szanować ustawę o Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego? Pytam o to dlatego, że my w ogóle nie dostajemy z resortu propozycji ustawowych do zaopiniowania. Czasem otrzymujemy jakieś rozporządzenia, ale tylko co dziesiąte, z kolei te główne ustawy, od tarcz począwszy, a skończywszy na tych, nad którymi Sejm proceduje w tej chwili, nie trafiają do nas nigdy. A ja jako pokorny żuczek śmiem twierdzić, że samorządy są tu kluczowym partnerem, kluczowym interesariuszem w kwestii systemu ochrony zdrowia.

Z kolei do pana prezesa mam pytanie dotyczące lecznictwa uzdrowiskowego. Jak państwo zamierzacie zagwarantować te badania dla osób, które chcą korzystać z lecznictwa uzdrowiskowego, z zachowaniem terminu 7 dni? Pytam o to także w kontekście tego, że, jak państwo doskonale wiecie, czasem na wynik czeka się kilka dni. Jak zamierzacie rozwiązać ten problem, który polega na tym, że ja muszę mieć takie

badanie w ciągu ostatnich 7 dni przed wyjazdem do uzdrowiska? To jest pierwsza sprawa.

A przy okazji zapytam też o to, czy nie dałoby się rozwiązać problemu niedojazdów. No, to jest odwieczny kłopot. Podejrzewam, że teraz będzie on jeszcze bardziej nabrzmiewał, że w lecznictwie uzdrowiskowym odsetek tych niedojazdów będzie wynosił 1/3, a może i więcej. W związku z tym mam pytanie, czy państwo też o tym myślicie.

Co do rozliczeń szpitalnych to już pan senator, pan dyrektor szpitala w Częstochowie, podniósł tę kwestię, ale ja ją jeszcze bardziej skonkretyzuję. Jest rzeczą oczywistą, że z powodów niezależnych od samych szpitali wiele placówek nie będzie w stanie zrealizować warunków umowy w zakresie wykonanych świadczeń. Cokolwiek by one zrobiły, w najbliższych miesiącach nie będą w stanie tego zrealizować z powodów niezależnych od siebie. W związku z tym, Panie Prezesie, chciałbym spytać, w jaki sposób zamierzacie państwo podejść do tych podmiotów leczniczych, które mają kontrakt z funduszem, a które z powodów niezależnych od siebie nie będą w stanie wykonać limitów. Oczywiście prosimy o to, żebyście państwo byli życzliwi dla tych podmiotów, bo to będzie kwestia ich przeżycia.

Ostatnia kwestia, którą ośmielałam się wywołać, dotyczy czegoś, co moim zdaniem będzie nam towarzyszyło przez lata. Chodzi o psychiatrię dziecięcą. Otóż, Drodzy Państwo, ostatnie 2 miesiące dla wielu dzieci stanowiły ogromnie trudny czas. To się jeszcze nie skończyło, tym bardziej że te starsze dzieci, powyżej trzeciej klasy, chyba w ogóle nie wrócą do szkół. Dochodzą do mnie różne głosy ze strony organizacji zarządzających szkołami, organizacji, które działają w oświacie. W jaki sposób państwo chcecie pomóc tym dzieciom i ich rodzicom? One ewidentnie ciężko przeżyły te ostatnie 2 miesiące, zagrażają im stany depresyjne i apatia. No, pomijam kwestię otyłości, choć ten problem też z całą pewnością się pojawi. W jaki sposób państwo planujecie udzielić im wsparcia? Bardzo dziękuję za uwagę.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Tych pytań rzeczywiście pojawiło się sporo. Dotykają one także samego procesu przekształcania szpitali, powrotu do normalnych świadczeń zdrowotnych i związanych z tym problemów z finansowaniem szpitali. Ja chciałabym ten temat pogłębić, ponieważ na moje ręce wpłynęły petycje dotyczące przekształceń szpitali w szpitale jednoimienne. Rodzą się pewnego rodzaju obawy, czy aby na pewno wszystkie te przekształcenia były zgodne z prawem. No, jest to kwestia, powiedzmy, do rozpatrzenia pod kątem praworządności. Niemniej jednak pojawia się tam wiele znaków zapytania co do tego, w jaki sposób te szpitale jednoimienne mają teraz powracać do poprzedniej działalności i świadczyć normalne usługi zdrowotne w sytuacji, kiedy jednak doszło do zmian kadrowych, i to bardzo znacznych. Kadra w różnych miejscach wygląda w tej chwili inaczej niż przed epidemią. Spowodowane jest to nie tylko indywidualnymi decyzjami personelu, ale także przesunięciami, poleceniami przejścia do innych szpitali, do innych jednostek, do innych placówek medycznych. Tak więc takie wątpliwości również się pojawiają. I to jest kwestia związana z organizacją szpitali, z ich przekształcaniem.

Druga kwestia, nie mniej ważna, związana jest z dostępnością świadczeń zdrowotnych dla pacjentów. Proszę pamiętać, że w niektórych powiatach, w niektórych miastach, dochodziło do takich sytuacji, że jedyny szpital, który świadczył ogólne usługi zdrowotne, był przekształcany na szpital COVID-owski, jednoimienny, a pacjenci z tego terenu byli pozbawiani możliwości uzyskiwania świadczeń zdrowotnych. Na dializy przewożono ich 50 km dalej, mieli też dostęp do telemedycyny i możliwość otrzymania e-recepty, jednak kontakty z lekarzem specjalistą czy też możliwości wykonania badań diagnostycznych zostały dość mocno ograniczone. I to są wątpliwości, które zgłaszają z kolei pacjenci. W jaki sposób nastąpi to odmrożenie, to przywrócenie stanu normalności?

Zgłaszał się jeszcze pan marszałek.
Proszę bardzo, Panie Marszałku.

**WICEMARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO
ROMAN KOLEK**

Roman Kolek, wicemarszałek województwa opolskiego.

Pani Przewodnicząca! Szanowne Panie Senator! Panowie Senatorowie! Panie Ministrze! Szanowni Goście!

Te tematy są bardzo istotne, ważne, również z punktu widzenia samorządów województw. W dniu 18 maja, czyli 2 tygodnie temu, Komisja do spraw Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej w Związku Województw RP, której mam przyjemność przewodniczyć, przyjęła na swym posiedzeniu zdalnym 3 stanowiska, w których zwracamy uwagę na to, że w tej chwili to odmrażanie gospodarki, słusznie powiązane z powrotem na normalne tory funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, wymaga bardzo odważnego, ale i ostrożnego podejścia, zwłaszcza że stosowane przez szpitale schematy postępowania w przypadku przyjmowania pacjentów podejrzanych o zakażenie koronawirusem są przeróżne. Wszyscy doskonale wiemy, że każdy szpital stosuje własną strategię i prowadzi w tym względzie własną politykę, co nie ma nic wspólnego z jednolitym podejściem na terenie całego kraju. Towarzystwa naukowe proponują różne schematy działania. Z różnych miejsc docierają do nas informacje o tym, że w czasie trwania pandemii pacjenci nie byli przyjmowani do szpitali klinicznych bez potwierdzenia, że mają ujemny wynik badania w kierunku SARS-CoV-2. No, to, że są różnego rodzaju nastawienia, podejścia, powoduje, że pacjent jest tym wszystkim zdezorientowany. Medycy też są zdezorientowani. Powstał potworny chaos, mimo że każdy starał się wypełniać zalecenia. Nie każdy region ma duży potencjał diagnostyczny, który pozwala szybko te problemy rozwiązywać. Wszyscy doskonale wiemy, że liczba wykonanych badań, badań zakończonych dodatnim wynikiem, jest zdecydowanie mniejsza niż faktyczne potrzeby.

Muszę powiedzieć, że według relacji pacjentów poddawanych kwarantannie, według osób z kontaktu... Nawet w moim województwie były takie przypadki, bo wielu mieszkańców pracuje na terenie województwa śląskiego, na terenie kopalni. No, to wszystko w wielu miejscach nie jest w wystarczający sposób uszczelnione. Zgłaszają to też lekarze rodzinni, którzy mówią o tym, że mają pacjentów z rodzin górników, które nie są objęte nadzorem epidemicznym prowadzonym przez stacje sanitarno-epidemiologiczne. Rodzi się ryzyko,

że tego typu sytuacje będą powodowały jeszcze większy rozrost epidemii w lokalnych społecznościach.

W związku z tym bardzo ważne jest to, aby w odniesieniu do lekarzy rodzinnych, którzy na początku rzeczywiście nie mieli odpowiedniego zabezpieczenia, nie byli wyposażeni w środki ochrony indywidualnej, i przeszli na system pracy zdalnej, na system pracy w postaci udzielania teleporad i wystawiania e-recept, a także umawiania spotkań indywidualnych, które już dzisiaj powoli zaczynają się odbywać... No, one też muszą być bezpieczne. To jest rzecz oczywista, niepodlegająca żadnej dyskusji. Na pewno z tego punktu widzenia warto by było... I to już się dzieje, bo na zlecenie lekarza rodzinnego można takie badanie wykonać, ale za mało jest tu informacji dla całego społeczeństwa, a także dla samych lekarzy rodzinnych. No, oni powinni mieć możliwość swobodnego kierowania swoich podopiecznych, których doskonale znają, na takie badania. To jest grupa, która jest bardzo świadoma zagrożenia i która może nam bardzo pomóc w dobrym zdiagnozowaniu stanu epidemiologicznego.

Ale przedmiotem prac naszej komisji i stanowisk, które wówczas przyjęliśmy, było przede wszystkim zwrócenie uwagi na to, że potrzebny jest jednolity algorytm postępowania w sytuacji przywracania normalnej działalności szpitali. Wszyscy doskonale wiemy, że kwestie związane z ograniczeniem przyjęć planowych, ale także z obawami społeczeństwa, poskutkowały tym, że w znaczącym stopniu – także Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawiał takie dane – spadła liczba hospitalizacji. To oczywiście rodzi te obawy, o których mówił tutaj także pan Marek Wójcik, obawy związane z wykonaniem kontraktu, rozliczeniem świadczeń, ukształtowaniem ryczałtów na kolejne okresy. Słyszymy, że są tutaj prowadzone pewne rozmowy. Bardzo liczymy na to, że ta sytuacja nie spowoduje kolejnej zapaści w funkcjonowaniu polskiego szpitalnictwa. No, problem jest duży, choć oczywiście różnie to wygląda w różnych częściach kraju, także z tego powodu, że zróżnicowane jest nasilenie epidemii w różnych regionach. Nie da się tego określić w jednolity sposób.

W jednym ze stanowisk zwracamy uwagę także na to, że wydatki, które były możliwe dzięki zaangażowaniu środków europejskich, dzięki zgodzie Komisji Europejskiej na wykorzystanie

tych środków na zakupy inwestycyjne, pozwoliły na przygotowanie się do nowych warunków w tak ultrakrótkim czasie. To dotyczy zarówno szpitali jednoimiennych, jak i Ministerstwa Zdrowia. Środki z budżetu państwa, środki europejskie i środki organów prowadzących w bardzo znaczącym stopniu przyczyniły się do tego, że tak szybko, jak tylko się dało, przygotowano te szpitale do funkcjonowania w stanie nadzwyczajnym, w stanie wyjątkowym. Praktycznie rzecz biorąc, udało się to zrobić bardzo szybko. Mamy nadzieję, że w przypadku powrotu do pierwotnej działalności tych szpitali jednoimiennych zachowany zostanie rozsądek, że te osiągnięcia nie zostaną zaprzepaszczone, że ten potencjał będzie dalej wykorzystywany, bo inaczej te olbrzymie środki rzeczywiście poszłyby na marne. W skali całego kraju – pozwoliłem sobie zebrać te dane – ponad 1 miliard 200 milionów zł poszło na samo wsparcie zadań w zakresie wyposażenia w środki ochrony indywidualnej. Ja tutaj mówię o środkach europejskich, bo środki, którymi dysponował minister zdrowia, i wszystkie inne środki przeznaczone na wsparcie opieki zdrowotnej i polityki społecznej, w tym także środki dla DPS-ów, to odrębne kwestie.

W odniesieniu do tego odmrażania wszelkiej działalności bardzo prosimy o to, aby zwracać szczególną uwagę na to, o czym wspomniała pani przewodnicząca. W województwie opolskim, które reprezentuję, szpitalem jednoimiennym jest szpital w Kędzierzynie-Koźlu, jedyny szpital na terenie powiatu, który jest powiatem prezydenckim, powiatem z miastem prezydenckim. W sąsiednim powiecie, powiecie raciborskim, również jest szpital jednoimienny. W związku z tym możliwości korzystania z usług medycznych są tutaj zdecydowanie mniejsze niż kiedyś.

Jaki jest stan zatrudnienia, stan kadry? Siedzących tutaj państwa nie zdziwi to, że osoby pracujące w tym szpitalu nie czuły się wyróżnione zaszczytem, jaki je spotkał. No, kadra musiała pogodzić się z tym olbrzymim obowiązkiem, który na nią spadł, i jakoś dalej funkcjonować. Dodatkowo delegowani byli pracownicy innych placówek medycznych, którzy trafiali do tego szpitala jako wsparcie. Nasuwa się pytanie, czy była szansa na dobre, sprawne uregulowanie tego. No, wszyscy doskonale wiemy, że każdy z lekarzy pracujących w szpitalu, który został przekształcony w szpital jednoimienny, bardzo

chętnie podjąłby pracę w szpitalu, który działa w innym trybie, na innych warunkach niż szpital jednoimienny, gdzie jest zupełnie inna atmosfera pracy i inne nastawienie. Te regulacje, które zostały wprowadzone, regulacje motywujące finansowo, są oczywiście bardzo ważne, ale ważne jest także uporządkowanie systemu delegowania lekarzy, systemu nakazowego przesuwania pracowników. To jest bardzo ważne dla funkcjonowania szpitali. Tym, co jest dzisiaj najistotniejsze, jest powrót do normalnego funkcjonowania tego systemu. Oczekiwania społeczne są takie, żeby ten system działał przynajmniej tak skutecznie, jak działał wcześniej. To wszystko musi być podparte działaniami związanymi z jednolitymi schematami postępowania. Pracownicy są, śmiem twierdzić, coraz lepiej wyposażeni w środki ochrony indywidualnej – choć nie wszędzie jest jeszcze doskonale – i stosują je z samej ostrożności.

Fala epidemii została spłaszczona dzięki izolacji społecznej, dzięki wprowadzonym regulacjom, no ale siłą rzeczy to wszystko trwa dłużej. Odsetek naszego społeczeństwa, osób, które mają już dzisiaj dodatni wynik badania w kierunku SARS-CoV-2, u których potwierdzono przechorowanie wirusa... Mamy już pewne informacje o ludziach, którzy to przechorowali, ale to wcale nie oznacza, że te liczby są do końca sprawdzone.

Wszyscy doskonale wiemy, że proponowane i planowane... I stąd moje pytanie. Czy w tych schematach postępowania będziecie państwo uwzględniali także stosowanie badań serologicznych, które byłyby nakierowane na wykrywanie osób, które miały kontakt z wirusem i mogły wytworzyć odporność? Czy takie badania będą brane pod uwagę w jakimś schemacie postępowania? Bo my jako samorządowcy spotykamy się z różnymi propozycjami, związanymi także z badaniem nauczycieli. No, są ustanowione pewne drabinki: jedno badanie serologiczne, za miesiąc drugie, potem kolejne. Jeżeli wynik jest dodatni, to robi się badanie w kierunku SARS-CoV-2. Rodzi się pytanie o sensowność i celowość takich badań, bo to jest de facto duża grupa.

Wielki szacunek należy się za odmrażanie działań w zakresie sportu czy innej aktywności. Tutaj zakłada się, że każda osoba z grupy zawodowej sportowców, każda osoba uczestnicząca w rozgrywkach, będzie miała wykonywane badania. No, z punktu widzenia przeciętnego

obywatela, który również chciałby czuć się bezpieczny i mieć świadomość tego, że nie jest chory... Każdy chciałby mieć taką wiedzę, a my otaczamy takim splendorem akurat grupę zawodowych sportowców. Wydaje mi się, że nie jest to do końca uzasadnione.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Rzeczywiście, za każdym razem rodzi się coraz więcej pytań. Zaraz oddam głos panu ministrowi, ale dodatkowo będę też prosiła o stanowisko pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Chciałabym, aby powiedział pan, w jakiej kondycji jest w tej chwili fundusz, jakie są zagrożenia w zakresie realizacji planu rzeczowo-finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia, jakie są propozycje ewentualnej nowelizacji tego planu, czy będą cięcia w finansowaniu świadczeń dla pewnych grup oraz – to już pytanie do pana ministra – czy jest przewidywane jakieś zabezpieczenie, jeżeli chodzi o realizację ustawy o 6% PKB.

Proszę bardzo.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

No, rzeczywiście pytań jest bardzo dużo, więc myślę, że będę się posiłkował wiedzą prezesa NFZ, ale także konsultantów krajowych i pani dyrektor z Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Zacznę może od szpitali jednoimiennych, bo jest to temat, który dość często przewija się w wielu wypowiedziach. Na początku marca podjęliśmy w Ministerstwie Zdrowia decyzję, aby takie szpitale jednoimienne powstały. To było konsultowane z panem prof. Andrzejem Horbanem, czyli konsultantem do spraw chorób zakaźnych, ale także z konsultantem do spraw anestezjologii. Ideą stworzenia szpitali jednoimiennych było zapewnienie kompleksowej opieki pacjentom, u których stwierdzimy obecność koronawirusa. Chodziło o stworzenie takiego szpitala, w którym można by nie tylko leczyć pacjentów pod kątem zakażenia koronawirusem,

ale także... No, to może być kobieta w ciąży, która zaczyna rodzić przed terminem rozwiązania, ale mogą to być także pacjenci, którzy wymagają hospitalizacji związanej z zabiegiem chirurgicznym, ortopedycznym czy też neurochirurgicznym. Te szpitale, które zostały wybrane na szpitale jednoimienne – jak państwo pamiętacie, są 22 takie szpitale – spełniały ten wymóg.

Tak jak mówiłem na poprzednim spotkaniu komisji, gdy powołaliśmy te szpitale, pojawił się problem zaopatrzenia ich w tlen, bo pacjenci, którzy chorują na koronawirusa, wymagają wspomagania oddechowego, tlenoterapii. Niezależnie od tego, czy tlenoterapia prowadzona jest poprzez podłączenie pacjenta do respiratora, czy nie, osoby te wymagają podaży dość dużej ilości tlenu. Dlatego w przypadku tych szpitali uwzględniliśmy dodatkowe zapotrzebowanie na tlen, ale także wybudowaliśmy tam dodatkowe zbiorniki.

Ogółem w szpitalach jednoimiennych zagwarantowaliśmy 7 tysięcy 34 łóżka. Jest to, jak myślę, dość duży potencjał, który na szczęście nie został wykorzystany w takim procencie, jak początkowo myśleliśmy. No, w chwili, gdy tworzyliśmy szpitale jednoimienne, w Europie szalała epidemia, szpitale we Włoszech i w Hiszpanii były przepełnione, pacjenci leżeli praktycznie na korytarzach, a lekarze mieli dylemat, czy podłączyć do respiratora tego właśnie pacjenta, który do nich trafił, czy też przeznaczyć ten respirator dla osoby młodszej. U nas takich dylematów nie było. Wczoraj w szpitalach jednoimiennych było 1 tysiąc 116 pacjentów z rozpoznaniem COVID-19. To oczywiście różnie rozkłada się w poszczególnych województwach. W szpitalach jednoimiennych mieliśmy i nadal mamy do dyspozycji 942 respiratory. W dniu wczorajszym do tych aparatów, do tego sprzętu, podłączonych było 78 pacjentów. To tyle, jeśli chodzi o szpitale jednoimienne, które powstały w różnych miejscach w kraju. Oczywiście w niektórych miejscach, tak jak mówiła pani przewodnicząca, budziło to pewien sprzeciw lokalnej społeczności, ale myślę, że w momencie podejmowania tej decyzji potrzeba chwili była taka, aby zabezpieczyć wszystkich Polaków, jeżeli chodzi o łóżka szpitalne. Właśnie dlatego powołaliśmy te szpitale jednoimienne z tak dużym buforem bezpieczeństwa. Muszę także powiedzieć, że oprócz szpitali jednoimiennych cały czas działają szpitale zakaźne, w których w tej chwili mamy 3 tysiące

402 miejsca. W dniu wczorajszym w szpitalach zakaźnych przebywało 599 pacjentów zakaźnych koronawirusem.

Jak państwo wiecie, dzisiaj rozpoczynamy już dość powolne, ale systematyczne przekształcanie szpitali jednoimiennych. W poszczególnych województwach odbywa się to różnie. Staramy się, aby w tych województwach, gdzie w dalszym ciągu pojawiają się ogniska i jest większa liczba zakażeń koronawirusem – mówimy tu o województwie śląskim, dolnośląskim, łódzkim, ale także wielkopolskim – szpitale jednoimienne dalej działały w takiej postaci, w jakiej zostały powołane. W innych miejscach te szpitale zostaną przekształcone w szpitale ogólnodostępne, z tym że nie w 100%. Staramy się działać tak, aby w czerwcu liczba łóżek w szpitalach jednoimiennych została ograniczona mniej więcej o 50%. Dalej mamy w tyle głowy to, że nie wiadomo, na jakim jesteśmy etapie, jeżeli chodzi o rozwój epidemii, więc ten bufor niestety musi zostać zachowany. Jeżeli chodzi o te głosy, że ogniska zostały opanowane, a poza Śląskiem liczba nowych zakażeń spada, to w dalszym ciągu podchodzimy do tego z pewną ostrożnością. Dlatego też nie wygaszamy wszystkich szpitali jednoimiennych. Myślę, że powołanie tych szpitali było świetnym pomysłem. No, była taka potrzeba, aby zagwarantować miejsca dla pacjentów chorych na COVID-19. Cieszę się, że nie zostało to do końca wykorzystane.

Wielokrotnie mówiono na tej sali, że odnotowujemy dość dużo nowych zakażeń, ale cały czas musimy pamiętać o tym, że jesteśmy na jednym z ostatnich miejsc, jeżeli chodzi o liczbę zgonów na milion mieszkańców. A myślę, że to jest czynnik, który bardzo wymiennie określa sprawność służby zdrowia.

Jeżeli chodzi o DPS-y – bo było takie pytanie – to w Polsce jest ponad 800 domów pomocy społecznej. Myślę, że w tej chwili praca w domach pomocy społecznej jest już zorganizowana w taki sposób, że do nowych zakażeń dochodzi w bardzo małym zakresie. Pracownicy pracują najczęściej w sposób zmianowy, tak że grupy, które obsługują pensjonariuszy domów pomocy społecznej, nie mają ze sobą kontaktu. Poza tym pracownicy oraz pensjonariusze są systematycznie testowani, a więc te nowe przypadki, które się zdarzają, to niestety skutki zawleczenia wirusa przez osoby z zewnątrz. W dalszym ciągu obowiązują zakaz odwiedzin w domach pomocy

społecznej. Myślę, że ten zakaz będzie jeszcze utrzymywany.

Padło także pytanie na temat wyborów i przygotowań do tych wyborów. Odbyliśmy już spotkanie w tej sprawie, jeżeli chodzi o tzw. ustawę korespondencyjną. W tej chwili w Senacie pracujemy nad ustawą dotyczącą wyborów mieszanych, czyli przeprowadzanych w sposób tradycyjny i w sposób korespondencyjny. Co do obu tych ustaw pojawiały się opinie wielu specjalistów, jeżeli chodzi o choroby zakaźne. W sprawie ustawy korespondencyjnej dość obszerną opinię wydało Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych. Tam było dokładnie opisane, jakie warunki trzeba spełnić, aby te wybory przebiegały w sposób bezpieczny. Towarzystwo wydało swoje rekomendacje także w odniesieniu do tej drugiej ustawy, która jest w tej chwili procedowana, no i one zdecydowanie różnią się od tych pierwszych, są już zdecydowanie łagodniejsze. Ponieważ są to inicjatywy zgłoszone przez posłów, my jako rząd wydamy rozporządzenia dopiero w momencie, gdy pojawią się już ustawy w finalnym kształcie, czyli takie, które będą uchwalone zarówno przez Senat, jak i Sejm.

Jeżeli chodzi o to, co pani senator mówiła o psychiatrii dziecięcej... Nie, to pan o tym mówił. Uruchamiamy w tej chwili nowy program, w ramach którego zakontraktowaliśmy ponad 130 poradni psychoterapeutycznych dla dzieci, gdyż rzeczywiście psychiatry dziecięcy sygnalizują nam, że po tym okresie izolacji u dzieci i młodzieży może pojawić się problem. Tych poradni będzie zdecydowanie więcej. Proces kontraktacyjny został zatrzymany przez epidemię COVID-19, ale myślę, że pomoc dla dzieci i młodzieży, jeżeli chodzi o kontakt z psychiatrą czy też psychologiem, będzie z dnia na dzień coraz większa.

Były tu także poruszane tematy dotyczące szczepień przeciwko grypie. Rzeczywiście w polskim społeczeństwie wyszczepialność w sezonach grypowych wynosi ok. 4%. Jeżeli chodzi o seniorów, to wygląda to troszkę lepiej, bo jest to ok. 7%. Jestem przekonany, że w tym sezonie będziemy zdecydowanie chętniej szczepić się przeciwko grypie. Te objawy, które pojawiają się na jesieni, czyli gorączka i kaszel, będą dość podobne, jeżeli chodzi o infekcję grypową i infekcję koronawirusem, tak więc bardzo ważne jest to, abyśmy szczepili się przeciwko grypie.

Nie wiemy, kiedy pojawi się szczepionka na koronawirusa, a więc korzystajmy z tej możliwości. Oczywiście personel szpitalny również powinien być szczepiony, zresztą podobnie jak cała służba zdrowia. Takie szczepienia są organizowane. Ja osobiście co roku szczepię się przeciwko grypie, ale niestety, jak widzimy, nie wszyscy tę możliwość wykorzystują.

Jeżeli chodzi o plan testowania, to może zwrócę się do prof. Horbana, bo już na poprzednim posiedzeniu komisji była podnoszona kwestia, czy mamy testować całe społeczeństwo, czy tylko odpowiednie grupy. Poproszę pana profesora o kilka słów na ten temat, oczywiście jeżeli pani przewodnicząca pozwoli.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Mnie ten optymizm pana ministra bardzo podbudowuje. Bardzo się cieszę, że to tak optymistycznie brzmi, tylko że my byśmy chcieli usłyszeć o konkretach. To, że pan minister myśli, że tak właśnie będzie, szczerze powiedziawszy, nas jako członków Komisji Zdrowia za bardzo nie przekonuje. Oczekiwaliśmy raczej jakichś konkretnych planów i strategii dochodzenia do rozwiązania pewnych problemów.

Proszę bardzo, Panie Profesorze.

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE CHORÓB ZAKAŹNYCH
ANDRZEJ HORBAN**

Rozbiorę się. Jestem 2 m od pana prezesa, więc mogę.

Bardzo dziękuję za uwagi i te pytania, które państwo byli uprzejmi przez cały czas zadawać, bo świadczą one o zrozumieniu sytuacji. Jeżeli można, odniosę się do nich po kolei, nie ograniczając się tylko do tematu testowania całego społeczeństwa. Jest tak, że jeżeli chodzi o osoby starsze, to wiele rzeczy zostało zrobionych. Może rzeczywiście dobrze byłoby to zebrać w jednym miejscu i przedstawić ogółowi społeczeństwa. Sytuacja, w której w tej chwili wszyscy się znajdujemy, jest zupełnie nowa, tak że ta inicjatywa jest absolutnie słuszna. My jako środowisko postaramy się to w ciągu 2 dni napisać i przedstawić ministerstwu do akceptacji. Ale generalnie

żadnych nowych elementów tam nie będzie. Po prostu opiszemy to, co już się dzieje.

Jeżeli chodzi o sytuację szpitali, to wszystko to, co się dzieje w szpitalnictwie, jest efektem 30 lat budowania systemu opieki medycznej. Pierwsze rozporządzenie ministra zdrowia, które nakazywało stworzyć taki, a nie inny standard szpitalnych oddziałów, powstało w roku Pańskim 1991. Pamiętam, bo brałem w tym udział. Rozporządzenie to dostało 10-letnie *vacatio legis*. Po 10 latach przedłużono je o następne 10 lat. Potem, 10 lat temu, powstało następne rozporządzenie, które, Bogiem a prawdą, też nie zostało wprowadzone w życie. Powstała sieć szpitali, w ramach której też mają być tworzone określone parametry szpitali – to wszystko jest bardzo dokładnie opisane – tyle że większość szpitali wojewódzkich i innych dużych szpitali nie jest w gestii rządowej. To są najczęściej szpitale samorządowe lub różnego rodzaju spółki, choć to państwo jest odpowiedzialne za egzekwowanie pewnych standardów. No, okazuje się, że przez 30 lat nie byliśmy w stanie tego zrobić. Ja to mówię do wszystkich tutaj obecnych. Teraz istnieje unikalna okazja, żeby tego dokonać. Otóż duże szpitale, które były kiedyś szpitalami wojewódzkimi, głównymi szpitalami w, nazwijmy to, byłych województwach gierkowskich, są do dziś bazą systemu szpitalnego. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby tam były prawidłowo zorganizowane SOR-y, takie, jakie usiłujemy teraz wprowadzać na szybko. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby każdy pacjent przyjmowany do szpitala był traktowany jako potencjalnie zakaźny. Chciałbym tylko przypomnieć, że w 1991 r. panował ogólny strach przed AIDS i HIV. Wszyscy byli przerażeni, bo nie było metod leczenia, no i to była bardzo dobra atmosfera do wprowadzania tego typu rozporządzeń. Potem jakoś wszyscy się przyzwyczaili, że jest taka zaraza – zresztą tak samo było po świńskiej grypie itd., itd. – a teraz znowu wdramy ten system.

Odpowiadając panu marszałkowi, powiem tak: oczywiście, sytuacja w szpitalach może zostać poprawiona. Ja znam sytuację w województwie mazowieckim i wiem skądinąd, że jakieś pieniądze z Unii mają być przyszykowane. To ma być kwota rzędu 100 milionów zł w przeliczeniu na polskie pieniądze. Te środki powinny być wydane na poprawę infrastruktury szpitali. Powinniśmy z tym zdążyć – na tyle, na ile będziemy mogli – przed jesienią. Absolutnie zgadzam się

z państwem, że musimy przygotować się na jesień.

To, jak poradziliśmy sobie z tą naszą epidemią, jest naprawdę piękną sprawą. Te 200, 400 czy 500 przypadków w skali 40-milionowego kraju to naprawdę niewiele. Tysiąc osób, które zeszły, to też niewiele. Tak że jesteśmy w znakomitej sytuacji. Jeszcze raz powiem: znakomitej. Gdyby przyjęte zostały inne założenia organizacyjne, być może byłoby gorzej, jednak epidemia przyszła do nas miesiąc później niż do Włoch i to wystarczyło, żeby zmienić organizację. Dlaczego powstały szpitale jednoimienne? No, dlatego że te szpitale, które do tej pory istniały, nie były niestety do tego dostosowane. A więc ta decyzja – nie była to moja decyzja, w związku z czym mogę mówić o tym spokojnie – była decyzją dobrą, bardzo dobrą, taką, która praktycznie uratowała ten cały system. Gdyby chorzy znaleźli się w szpitalach do tego nieprzystosowanych, no to nie mielibyśmy tysiąca zmarłych, tylko 10 tysięcy albo i więcej. To trzeba jasno powiedzieć. Dowodem na to, że to jest prawda, jest to, że w tej chwili epidemia rozwija się właśnie w szpitalach.

Na szczęście udało się opanować sytuację w DPS-ach, co też jest dużym sukcesem, na dodatek mało spodziewanym. Proszę zwrócić uwagę, że tam prawie w ogóle nie ma nowych zakażeń, mimo że to jest naprawdę bardzo wrażliwa grupa. A tego, że tam można się zakazić, dowodzą doświadczenia z tego pierwszego okresu, kiedy nagle okazało się, że połowa pensjonariuszy DPS-ów jest zakażona. W tej chwili prawie tego nie ma, być może dzięki temu, że personel oprzytomniał i przestał łączyć z DPS do DPS. Być może oprzytomniał troszkę dzięki rozporządzeniom ministra. No, jakiś powód tego oprzytomnienia istnieje.

Teraz to samo dzieje się w szpitalach. Pacjent, który przychodzi do szpitala... Szpitale warszawskie – nie chcę mówić o tych prowincjonalnych – które mają możliwość testowania, powinny testować każdego pacjenta, który do nich przychodzi. Dotyczy to zwłaszcza – i tu się zgadzam z panią senator – pacjentów starszych, ale i młodszych, bo ci młodszy też mogą się zakazić. Z tym że pamiętajmy, kto przychodzi do szpitali. No, niestety nie przychodzą młodzi, zdrowi poborowi. Mówię „niestety” w myśl zasady, że lepiej jest być młodym, zdrowym i bogatym niż starym, biednym i chorym. Do szpitali

przychodzą ludzie z tej drugiej kategorii. Nie słychanie ważne jest zorganizowanie rozsądnego systemu testowania. To jest wyzwanie, które stoi przed nami. Mamy 2 miesiące na to, żeby to zaczęło sprawnie działać, i to nie tylko w Warszawie, ale i w szpitalach poza stolicą, bo tam, mówiąc szczerze, to jeszcze nie zawsze działa. Nawet dzisiaj rozmawiałem o tym z kolegami, no i znam takie przypadki, w których to nie działa. Dlaczego? Pan Bóg raczy wiedzieć, zwłaszcza że istnieją możliwości testowania.

W tym momencie, jeżeli chodzi o ochronę zdrowia, te testy powinny być robione przede wszystkim w 2 grupach, czyli wśród pacjentów zgłaszających się do szpitala i wśród personelu ochrony medycznej. Zdarzają się pojedyncze przypadki zakażenia personelu, przy czym ten personel nie zakaża się od pacjentów. Personel zakaża się w społeczeństwie, a potem przychodzi do pracy i nie przyjmuje do wiadomości, że jest zakażony, no bo czuje się zdrowy. W związku z tym konieczne jest testowanie. Poza tym personel ochrony medycznej musi nosić maski – nie powinien, ale musi, chociaż to jest bardzo przykre, nieprzyjemne – a także uprzytomnić sobie, że istnieją tzw. niefarmakologiczne metody zapobiegania zakażeniom.

My mówimy o poszukiwaniu szczepionki. Szczepionki nie ma i niestety długo nie będzie. Może, jak będziemy mieli szczęście, pojawi się w przyszłym roku, ale w tym roku proszę o tym zapomnieć. Leku na koronawirusa, Bogiem a prawdą, nie ma. My nauczyliśmy się leczyć tych chorych, choć to jest troszkę inna jednostka chorobowa niż tzw. ostra niewydolność oddechowa, z którą mieliśmy do czynienia do tej pory, ale dla niektórych ta choroba jest naprawdę śmiertelna. Nie ma metod leczenia i nie za bardzo można tym ludziom pomóc, jeżeli już dochodzi do krytycznej sytuacji. W związku z tym nadal należy unikać zakażeń, zwłaszcza w grupach ryzyka.

I jeszcze na koniec powiem o szczepieniach na grypę, o których pan był łaskaw wspomnieć. Szczepionka na grypę jest w tej chwili na liście szczepień nieobowiązkowych, ale zalecanych dla grupy pracowników ochrony zdrowia – wpisano ją w zeszłym roku, o ile dobrze pamiętam – tak więc oczywiście wszyscy pracownicy ochrony zdrowia powinni się na grypę szczepić. No, nie będę mówił, jaki odsetek się zaszczepił.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Raczej niewielki, tak jest.

To samo trzeba mówić pozostałym ludziom, zwłaszcza z tzw. grupy ryzyka. Jak wszyscy wiemy, ludzie powinni szczepić się na grypę. Ta szczepionka nie chroni przed zakażeniem koronawirusem. Być może kiedyś wypłyną jakieś inne dane, ale w tej chwili wydaje się, że nie chroni. No ale chroni przed grypą, a na jesieni będziemy mieli do czynienia z niełatwą sytuacją. Teraz sytuacja jest czysta, bo ludzie z reguły nie chorują na grypę, nie miewają objawów grypopodobnych. Teraz jest taka, a nie inna pogoda, ale na jesieni znów będziemy zadawać sobie pytania, ile jest grypy w grypie, ponieważ zaczynają się zakażenia grypopochodne. To jest dla nas olbrzymim problemem, wyzwaniem logistycznym, ale trzeba to zrobić. Jednym z elementów tej logistyki są szczepienia przeciw grypie, tak że absolutnie jesteśmy za.

Co do pytań o samą szczepionkę to ta szczepionka jest przygotowywana na konkretny sezon na podstawie analizy szczepu z zeszłego roku. Zresztą pan prof. Gierczyński wie o tym lepiej ode mnie. Nie ma jeszcze szczepionki na ten nowy sezon. No, jak będzie, to będzie, ale proszę też pamiętać, że firmy, które to robią, mają ograniczone możliwości. One nie produkują szczepionek dla 7 miliardów ludzi, produkują je z myślą o określonym rynku. Jeżeli do tej pory szczepiliśmy 4% społeczeństwa, no to trudno oczekiwać od producenta, że wyprodukuje szczepionki dla 50% społeczeństwa. No, jakieś reguły istnieją.

Co tam jeszcze... Aha, testowanie wszystkich obywateli. No, proszę państwa, to jest fizycznie niemożliwe, poczynając od kosztów. Jeżeli koszt testu i jego wykonania to ok. 200 zł, a do przebadania jest ponad 30 milionów ludzi, to proszę sobie szybko pomnożyć, ile by to kosztowało. Jeżeli mamy bardzo niską seroprevalencję zakażeń – to się tak ładnie nazywa – i odnotowujemy 400, 500 czy, wszystko jedno, 1 tysiąc ludzi, którzy są zakażeni, no to koszt znalezienia jednego człowieka z koronawirusem jest gigantyczny. Tu wychodzi ponad 1 milion zł na znalezienie 1 takiego człowieka. No, to byłby ekonomiczny bezsens, nawet gdybyśmy potrafili to zrobić. A przecież nie ma takiego kraju na świecie, który byłby w stanie przetestować w ciągu tygodnia całe swoje społeczeństwo. Nie ma, po prostu jest to fizycznie niemożliwe. W związku z tym należy się skupić na tych grupach, które powinny być testowane. Już wiemy, że są to pacjenci, personel

medyczny, osoby z DPS-ów i generalnie starsi ludzie. To jest oczywiste.

Rola POZ. No, rola POZ została ukształtowana 20 lat temu, ponieważ w ramach reformy zdecydowano, że NFZ płaci za fakt zarejestrowania pacjenta. Państwo, którzy tutaj siedzą, są generalnie zawodowcami i wiedzą, co oznacza fakt, że lekarze czy placówki POZ dostają pieniądze za zarejestrowanie, a nie za leczenie. Efekt tego widzimy właśnie teraz, bo lekarze POZ przestali przyjmować pacjentów. Dość trudno jest, jak tu ustaliliśmy z panem doktorem, udzielać porad czy badać człowieka telefonicznie. Państwo, którzy są lekarzami, wiedzą, jak to jest trudne, nawet jeżeli tego pacjenta dobrze się zna. Jeżeli pacjent ma objawy infekcji i zgłasza się do lekarza, to trudno jest zrobić test telefonicznie. No, tego się raczej nie da zrobić. Niestety ten system jest do zmiany. Jeżeli ktoś to zmieni, to będziemy szczęśliwi. Jedną z wad tego systemu – mówię o tym głośno od 20 lat – jest kapitacja, która kończy się czasami dekapitacją pacjenta.

PRZEWODNICZĄCA

BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Powiedział pan kilka bardzo ważnych zdań...

(*Konsultant Krajowy w Dziedzinie Chorób Zakaźnych Andrzej Horban: Bardzo dziękuję.*)

...m.in. o profilaktycznym testowaniu grup ryzyka. Tutaj od razu kłania się następujące pytanie: czy Ministerstwo Zdrowia ma listę osób, które są najbardziej narażone? Myślę o personelu medycznym, który miał kontakt z osobami leczonymi na koronawirusa, a także grupę osób starszych. I teraz rodzi się pytanie, czy te grupy zostały zabezpieczone, czy one były testowane profilaktycznie. W naszym odczuciu nie, a przecież mamy kontakt ze środowiskiem personelu medycznego, z lekarzami, pielęgniarkami, diagnostami, których przedstawiciele siedzą zresztą na sali. Byliśmy z nimi w kontakcie i wielokrotnie podnosiliśmy kwestię zabezpieczenia personelu medycznego. Prosiliśmy o to, ażeby te grupy ryzyka, grupy narażone na szczególne ryzyko, były testowane w sposób systematyczny. No, niestety ani poprawki, które wnosiliśmy, ani nasze projekty ustaw nie uzyskały poparcia, co jak gdyby zupełnie przeczy temu, co powiedział pan profesor. Tu nikt nie oczekuje, Panie

Profesorze, że będziemy testować 38 milionów osób, całą populację. Trzeba skupić się przede wszystkim na zapobieganiu, a nie zaczynać wykonywanie testów dopiero w momencie, kiedy już jest ognisko. To jest pierwsza kwestia.

Druga sprawa, którą pan poruszył, to osoby starsze. No, super, że takie decyzje były podejmowane. Może właśnie warto mówić o tym, że jest jakaś strategia na ten najbliższy czas i jak to będzie wyglądać w przyszłości. Bo z odpowiedzi pana ministra wynikało, że jedyne lekarstwo na rozszerzenie się epidemii wśród osób starszych to zamknięcie ich w DPS-ach. A do tego dochodzi jeszcze niemożność kontaktu z tymi osobami, no bo jest zakaz odwiedzin, Panie Ministrze.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: Pani Przewodnicząca, ja sobie naprawdę nie życzę. Proszę nie wkładać w moje usta tego, czego nie powiedziałem.)

No ale z pana wypowiedzi wynikało, że tak naprawdę żadnej innej możliwości dla tych osób nie ma.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: Proszę o merytoryczną dyskusję.)

Kolejna kwestia to jest... Znowuż wracamy do przekształcania szpitali. Pan profesor powiedział, że to nie była pana decyzja, ale szpitale spełniły swoją funkcję i świetnie zdały egzamin z zabezpieczenia. No, tutaj niestety zdania są różne, dlatego jestem bardzo ciekawa stanowiska pana prezesa, który powinien nam powiedzieć, jak wyglądała dotychczas realizacja leczenia pacjentów, nie tylko tych z koronawirusem, ale także innych, którzy jednak mieli ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych.

Bardzo proszę pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, żeby odpowiedział na te pytania.

**PREZES NARODOWEGO
FUNDUSZU ZDROWIA
ADAM NIEDZIELSKI**

Dzień dobry.

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca, za udzielenie głosu. Ponieważ po 11.00 będę musiał opuścić to spotkanie, chciałbym skorzystać z okazji i odnieść się do wszystkich kwestii, które tutaj były podnoszone.

W pierwszej kolejności bardzo dziękuję panu prof. Horbanowi za ten głos, jeżeli chodzi o pewne instrumenty czy narzędzia nakierowane na ochronę tych, którzy są najbardziej narażeni w czasie epidemii koronawirusa, czyli osób starszych i osób z wielochorobowością. Tak naprawdę tych rozwiązań było co najmniej kilka. Myślę, że rzeczywiście warto by je zebrać w jednym miejscu i opisać, zwłaszcza że część tych rozwiązań na pierwszy rzut oka nie wyglądała na coś, co chroni te właśnie grupy szczególnego ryzyka. W gruncie rzeczy możemy powiedzieć, że był cały pakiet takich instrumentów.

Jednym z takich instrumentów były również szpitale jednoimienne. Decyzja o powołaniu tego typu jednostek miała na celu nie tylko zapewnienie kompleksowej opieki osobom, które miały inne choroby, a którym jednocześnie przytrafił się koronawirus, ale też pewnego rodzaju odizolowanie pozostałej części systemu ochrony zdrowia od takich zachorowań.

Myślę, że wartym uwagi rozwiązaniem jest to, że w tej chwili na naprawdę ogromną skalę prowadzone jest wymazywanie DPS-ów. W tej dyskusji brakuje przedstawicieli Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz wojewodów, którzy praktycznie od 2 miesięcy prowadzą akcję systematycznego wymazywania w DPS-ach. W zeszłym tygodniu miałem przyjemność być w województwie opolskim, którego reprezentantem jest pan marszałek Kolek. Wojewoda podjął tam decyzję o przedłużeniu akcji wymazywania DPS-ów na czerwiec. W każdym województwie są załogi, złożone m.in. z żołnierzy Wojsk Obrony Terytorialnej, które przyjeżdżają na miejsce, stawiają przy DPS-ach takie mobilne punkty i prowadzą wymazywanie tamtejszych pacjentów. Być może to jest ten element, który spowodował, że mimo kilku drastycznych sytuacji związanych z pojawieniem się koronawirusa w DPS-ach udało się to wszystko... może nie opanować, ale na pewno uspokoić na tyle, żeby nie było eskalacji.

Kolejnym przykładem takich rozwiązań jest nasze podejście do przywrócenia leczenia uzdrowskiego, o które tutaj pytał m.in. pan przewodniczący Wójcik. Zdecydowaliśmy na poziomie rozporządzenia Rady Ministrów, że każda osoba udająca się do sanatorium – niezależnie, czy charakter pobytu jest komercyjny, czy publiczny – będzie musiała zostać przebadana w ciągu 7 dni przed wyjazdem. Pacjenci

uzdrowisk to też jest specjalna, specyficzna grupa. Wszyscy wiemy dobrze, że są to osoby zaawansowane wiekowo, często obciążone wielochorobowością, dlatego będziemy starali się zabezpieczyć tych pacjentów również pod tym względem.

Kolejnym wymiarem są pojawiające się coraz częściej wymogi ze strony konsultantów krajowych w różnych dziedzinach, dotyczące przeprowadzania badań przed przyjęciami planowymi. My jako Narodowy Fundusz Zdrowia wszystkie te badania refinansujemy. W tej chwili mamy już bardzo rozbudowaną strukturę, która może być wykorzystywana do prowadzenia badań. Świadomie mówię „może być wykorzystywana”, bo wiemy, że ta infrastruktura ma potencjał, który nie jest w pełni wykorzystywany. W tej chwili obliczamy ten potencjał na co najmniej 35 tysięcy badań dziennie, ale jeszcze żadnej doby, odkąd zaczęliśmy prowadzić te badania, nie został on w pełni wykorzystany. Zdaje się, że był jednorazowy przypadek przekroczenia 30 tysięcy – tak, chyba był taki dzień – ale generalnie ta wielkość oscyluje raczej wokół 20 tysięcy. Wydaje się, że taki poziom dziennego, dobowego testowania, porównywalny z innymi krajami – tutaj używamy przykładu Korei Południowej – to coś, co powinno nam pozwolić przeprowadzić systematyczne przygotowania do potencjalnej drugiej fali.

Jeżeli chodzi o sieć laboratoriów, to jest ponad 100 laboratoriów, z którymi mamy podpisane umowy. Przypomnę, że zaczynaliśmy w punkcie, w którym jedynymi podmiotami testującymi były sanepid i PZH, czyli Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Mniej więcej miesiąc po rozpoczęciu pandemii podjęliśmy decyzję – właściwie pan minister Szumowski wydał NFZ takie polecenie – żeby w ramach swoich finansów kontraktować przeprowadzanie tych badań na o wiele większą skalę. Skutkiem tego jest dodatkowa infrastruktura. Aż 100 laboratoriów szpitalnych zostało wciągniętych w tę infrastrukturę.

A oprócz tego, troszeczkę naśladując to, co dzieje się na świecie, otworzyliśmy bardzo dużą infrastrukturę punktów *drive-thru*. W tej chwili mamy w kraju ponad 180 takich punktów. Można powiedzieć, że każdy z dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia dostał zadanie zapewnienia określonej dostępności tych punktów w skali województwa, a więc

nie jest tak, że te punkty są skoncentrowane w jednym miejscu i jest kłopot z dostaniem się do nich. Ta mapa jest budowana w ten sposób, żeby ich dostępność była jak największa, oczywiście w miarę możliwości. Zresztą cała ta infrastruktura, która pozwala na prowadzenie badań, tak jak powiedziałem na wstępie, nie jest w pełni wykorzystywana.

Chciałbym też bardzo podziękować panu przewodniczącemu Wójcikowi za zwrócenie uwagi na problem psychiatrii dziecięcej. Myślę, że tu chodzi o szersze spektrum spraw związanych z dolegliwościami, które nie kojarzą się na pierwszy rzut oka z pandemią, a są być może jej najbardziej trwałą konsekwencją. Można powiedzieć, że w lutym – bo to działo się właśnie w lutym – otworzyliśmy sieć punktów, które miały na nowo zdefiniować standard świadczenia usług w ramach psychiatrii dziecięcej. No, powołaliśmy te zespoły i podpisaliśmy już ponad 100 umów. Wydaje się, że to jest rozwiązanie, które, jeśli można tak powiedzieć, sprawdzi się w kontekście pandemii tak samo jak telemedycyna, którą udało nam się trwale wpisać w ten system.

Jeszcze w grudniu wrzuciliśmy do koszyka POZ różne usługi z tego zakresu, a nagle pojawienie się pandemii spowodowało bardzo duże spopularyzowanie się tego narzędzia. Bardzo szanuję zdanie pana prof. Horbana, ale chciałbym powiedzieć, że telemedycyna pozwoliła jednak ograniczyć tempo rozwijania się epidemii koronawirusa. Proszę pamiętać, że każdy pacjent, który przyszedłby do ośrodka, żeby fizycznie skorzystać z POZ, stanowiłby potencjalnie zagrożenie w kontekście rozwijającej się pandemii. Niemniej jednak jeśli mowa o płynności działania POZ, to mamy informacje, że akurat podstawowa opieka zdrowotna aż tak bardzo swojej aktywności nie zmniejszyła – na pewno nie bardziej niż specjalistyka, a ja powiedziałbym, że była nawet bardziej aktywna.

Popatrzmy też na sposób wychodzenia z pandemii i odmrażania sektora zdrowia. W POZ niedawno zakończył się tydzień szczytów ochronnych, który był kolejnym krokiem do normalnego funkcjonowania. Wydaje się, że kolejnym elementem, o którym bardzo intensywnie rozmawiamy ze środowiskiem lekarzy rodzinnych... Bo chciałbym państwu powiedzieć, że działamy w bardzo bliskiej kooperacji czy to z Porozumieniem Zielonogórskim, czy

to z innymi stowarzyszeniami lekarzy, m.in. medycyny rodzinnej. Plan jest taki, żeby tym kolejnym krokiem było wzmocnienie działań profilaktycznych związanych z programami, które realizujemy. Dotyczy to zarówno programu CHUK, dotyczącego chorób układu krążenia, jak i programów związanych z nowotworami szyjki macicy.

Jeszcze dodam, że jeżeli chodzi o działalność POZ, to ja się po prostu nie zgadzam z tym stwierdzeniem, które mówi o kompletnym zaprzestaniu działalności POZ. Chciałbym państwu powiedzieć, że co do kapitulacji to wprowadziliśmy takie instrumenty finansowania zadaniowego dla podstawowej opieki zdrowotnej, w których stawka kapitulacyjna jest powiększana, jeżeli osiągnięty został oczekiwany wynik danej działalności. Zastosowaliśmy te instrumenty zarówno w odniesieniu do profilaktyki i tych 2 programów, o których wspominałem, jak i w odniesieniu do leczenia chorób przewlekłych. Wybraliśmy tutaj 3 zakresy, czyli nadciśnienie, cukrzycę oraz niedoczynność tarczycy, i w tych 3 zakresach premiuje tych lekarzy, którzy prowadzą pacjentów bez konieczności nadmiernego konsultowania na poziomie specjalistyki. No, chyba wszyscy zgadzamy się co do tego, że jeżeli te przypadłości są ustabilizowane, to pacjenci mogą być prowadzeni na poziomie POZ. Po pierwszym kwartale okazało się, że premie, które wypłaciliśmy za takie właśnie prowadzenie pacjentów, wyniosły w skali kraju, o ile dobrze pamiętam, ponad 180 milionów. A więc jest to rozwiązanie, które mobilizuje podstawową opiekę zdrowotną do tego, żeby prowadzić chorego przewlekle pacjenta. A mówię tutaj o całym pierwszym kwartale, łącznie z marcem, który, jak wiemy, pokrywał się już z początkiem pandemii.

Odnosząc się do pytania dotyczącego kondycji finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, być może państwa zaskoczę. Otóż ta kondycja wydaje się stabilna. No, ona oczywiście nie jest doskonała. Nie będę państwa przekonywał, że spowolnienie aktywności gospodarczej pozostaje bez wpływu na finanse Narodowego Funduszu Zdrowia, ale powiem, że na polecenie pana ministra Szumowskiego przygotowaliśmy pewien pakiet narzędzi, który stabilizuje finanse w zakresie zdrowia. Zaczynając od samej góry, mogę powiedzieć o ustawie o 6% PKB na zdrowie, która przecież musi być realizowana. To

oznacza, że nawet jeżeli będziemy odnotowywali mniej przychodów składkowych, nasze przychody będą uzupełniane środkami budżetowymi. Zmieni się struktura finansowania, ale pewna granica jest tu zagwarantowana.

Druga sprawa jest taka. Proszę pamiętać, że całe zwalczanie epidemii i przeciwdziałanie COVID jest finansowane ze środków budżetu państwa. My to oczywiście prefinansujemy z naszych środków płynnościowych, ale po każdym miesiącu wystawiamy budżetowi państwa rachunek i dostajemy refundację. Dotyczy to zarówno leczenia i badań, jak i dodatków, które z tytułu ograniczenia zatrudnienia przekazujemy personelowi czy świadczeniodawcom, którzy te dodatki wypłacają. A więc zwalczanie koronawirusa nie obniża poziomu środków ze składek na finansowanie pozostałej aktywności sektora zdrowia.

I tutaj dochodzimy do kolejnego instrumentu, bo nawet jeżeli się okaże, że spadek aktywności gospodarczej będzie miał wpływ na składki... A na pewno będzie miał. Jak bardzo uważnie przeanalizujemy wpływy budżetowe, to zobaczymy, że w pierwszych 2 miesiącach tego roku uzyskaliśmy wpływy rzędu 7,5 miliarda zł. W marcu rzeczywiście nastąpił spadek do trochę ponad 6 miliardów zł, a więc nastąpiła redukcja o mniej więcej 1 miliard 200 milionów, ale już w kwietniu odnotowaliśmy przyrost składki do ponad 7,1 miliarda zł, bo pojawiła się wypłata trzynastej emerytury, która nie była przez nas przewidywana na etapie planowania finansowego. Tak więc można powiedzieć, że na przestrzeni tych 4 miesięcy odnotowaliśmy ubytek rzędu 1,5 miliarda zł, co w skali blisko 100-miliardowego budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia – a pamiętajmy też o naszych rezerwach, z którymi wchodziliśmy w ten rok – nie jest jeszcze żadnym dowodem kiepskiej sytuacji, tym bardziej że specustawy, które przygotował rząd pana premiera Morawieckiego, zagwarantowały nam mechanizm rekompensacyjny.

Jeżeli jakieś składki są umarzane w trybie, który jest przewidziany w specustawie, to my jako Narodowy Fundusz Zdrowia mamy prawo do rekompensaty z tego tytułu. Bardzo mi miło państwa poinformować, że ta rekompensata – wystąpiliśmy już z odpowiednim wnioskiem do ministra finansów – wynosi ponad 0,5 miliarda. No, na tyle zostaliśmy podliczeni, ale te kwoty będą większe. A więc jeżeli doliczymy ten

wniosek rekompensacyjny, wniosek o 0,5 miliarda, to w zasadzie będziemy mogli powiedzieć, że po 4 miesiącach trwania tego roku ubytek netto składki wynosił niecały 1 miliard zł.

Miejmy też z tyłu głowy świadomość, że różne aktywności w całym sektorze zdrowia nie były realizowane w takim tempie, jak zakładaliśmy. Nie wszyscy skorzystali z instrumentu 1/12. No, my oczywiście na polecenie pana ministra Szumowskiego przygotowaliśmy specjalne instrumenty płynnościowe dla świadczeniodawców. To właśnie sektor zdrowia jako pierwszy otrzymał swoją tarczę antykryzysową. To my jako pierwsi uruchomiliśmy instrumenty płynnościowe, m.in. zmieniając rozporządzenie OWU, dopuszczając możliwość wypłacania 1/12.

No, nie wspomnę już o tym, że charakter finansowania szpitali w ramach sieci, finansowania w formie ryczałtu, powoduje, że tu absolutnie żadne zmiany nie zachodzą. Jedyne operacje, jakie wykonywaliśmy, polegały tak naprawdę na tym, że dodatkowo zasilaliśmy szpitale sieciowe środkami, które były wypłacane za COVID. No, one były wypłacane addytywnie. A teraz popatrzmy na sytuację finansową szpitali jednoimiennych. Otóż chcę państwu powiedzieć, że w marcu i kwietniu, czyli w tych 2 miesiącach, za które mamy dane, ich sytuacja finansowa wyglądała lepiej niż dobrze, bo średni poziom zysku tych 22 szpitali – my bardzo dokładnie analizujemy te kategorie – przekroczył w każdym miesiącu 50 milionów, i to w ramach samej działalności sprzedażowej. A doliczmy do tego jeszcze wszystkie darowizny, doliczmy do tego inne środki, o których tutaj mówił m.in. pan marszałek Kolek. Środki europejskie również tutaj przepływały, również wzmacniały budżety tych szpitali. Tak naprawdę te 2 miesiące, marzec i kwiecień, były okresem bardzo poważnego wzmocnienia finansów szpitali, szczególnie jednoimiennych. A więc teza, że te szpitale zostały zostawione same sobie, że mają same rozwiązywać swoje problemy, jest po prostu tezę absolutnie nieprawdziwą.

Na koniec, jeśli można, chciałbym powiedzieć troszkę więcej na temat leczenia uzdrowiskowego. Jesteśmy bardzo świeżo po analizie rozporządzenia Rady Ministrów, które pojawiło się praktycznie w piątek wieczorem. Rzeczywiście czeka nas jako Narodowy Fundusz Zdrowia bardzo duże wyzwanie, bo musimy zorganizować logistykę powrotu do uzdrowisk. Wszystkie

te wyjazdy będą poprzedzone badaniem, badaniem w naszych punktach *drive-thru*. Jeżeli chodzi o niedojazdy, to w tej edycji rzeczywiście zwróciliśmy na ten temat bardzo baczną uwagę. Można przewidywać, że to będzie często powtarzające się zjawisko – po prostu nie wszyscy mają skłonność do wyjeżdżania w tym okresie – ale zbudowaliśmy tutaj taki system, że każdy planowy niedojazd będzie dla sanatoriów okazją do tego, żeby zaprosić tych pacjentów, którzy przerwali swój pobyt w sanatorium, albo tych, którym ten pobyt przypadł. Będziemy to wykorzystywać do nadganiań braków czy też, jeśli można tak powiedzieć, systemowego uzupełniania liczby pacjentów.

Jeżeli chodzi o szczegóły tego procesu, to będzie on zorganizowany w ten sposób, że we współpracy ze świadczeniodawcami... Jeszcze dzisiaj, jak tylko państwa opuszczę, podpiszę zarządzenie w tej sprawie, które będzie mówiło o wszystkich szczegółach. Przez cały weekend po piątkowym wydaniu rozporządzenia Rady Ministrów pracowaliśmy nad uszczegółowieniem tego procesu. We współpracy ze świadczeniodawcami, czyli uzdrowiskami, będziemy kontaktowali się z pacjentami. Każdy pacjent może liczyć na to, że otrzyma telefon z informacją od Narodowego Funduszu Zdrowia bądź bezpośrednio od świadczeniodawcy. Zaprosimy pacjentów na badanie i będziemy starali się rozwiązywać te problemy w ramach bezpośredniej komunikacji, tak żeby nie wywoływać zamieszania organizacyjnego czy logistycznego. No, można podejrzewać, że bez takiej informacji, bez poprowadzenia za rękę, pacjent poczułby się zagrożony. W zasadzie już dzisiaj uruchamiamy tę akcję. Mam nadzieję, że uda nam się zrealizować ten proces z sukcesem.

Jeżeli chodzi o kwestię odrabiania nadwykonań, o której już wspominaliśmy na poprzednim spotkaniu, to ja cały czas będę się zastrzegał, że... My razem z ministrem zdrowia bardzo uważnie obserwujemy rynek i pod kątem wyników finansowych, i pod kątem potencjału generowania nadwykonań. Proszę pamiętać, że w poprzednich latach tych nadwykonań było dosyć dużo – Narodowy Fundusz Zdrowia, jeśli chodzi o rok 2019, starał się je wszystkie uregulować – więc potencjał do wykonywania nadwykonań cały czas w systemie istnieje. Myślę, że nieuprawnione jest takie stwierdzenie, że absolutnie nie da się tego nadrobić do końca roku. Wsłuchujemy

się w te głosy, niemniej jednak już teraz deklarujemy, że nastąpi wydłużenie okresu, kiedy będzie można te nadwykonania zrealizować, co najmniej do czerwca 2021 r. Już teraz deklarujemy wstępnie taką opcję. Oczywiście jeżeli będziemy mieli do czynienia z przeciąganiem się pandemii, to będziemy również rozważać wydłużenie tego okresu.

Kończąc, powrócę może do tematu psychiatrii dziecięcej. Otóż chciałbym powiedzieć, że to też jest dla nas bardzo ważny problem. Chcę państwu powiedzieć, że Narodowy Fundusz Zdrowia razem z Ministerstwem Zdrowia uruchomił specjalną infolinię psychologiczną. Nasza infolinia oferuje możliwość porozmawiania z psychologiem. Rzeczywiście gros tych rozmów dotyczy poczucia osamotnienia i związanych z tym konsekwencji, m.in. depresji. Staramy się rozmawiać, ale też informować, gdzie takie porady mogą być udzielane. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję, Panie Prezesie.

Jak rozumiem, to rozporządzenie wydane przez ministra zdrowia odnośnie do uzdrowisk nie było dla pana jakimś zaskoczeniem. Myślę, że konsultowaliście to wcześniej. No, tak pan o tym powiedział, jakbyście dopiero w te 2 dni, podczas weekendu, opracowywali to zarządzenie, które dzisiaj zostanie przez pana podpisane.

Pan przewodniczący chciałby o coś dopytać. Zgłasza się też strona społeczna, widzę 3 zgłoszenia. Chciałabym oddać państwu głos, bo przecież kontynuujemy dzisiaj to posiedzenie przede wszystkim z racji tego, że ostatnio nie mogliście zająć stanowiska.

Panie Przewodniczący, króciutko. Dobrze?

**SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY**

Bardzo krótko. Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Panie Prezesie, nie usłyszałem nic na temat pomocy dla SOR-ów, mimo że wypowiedź pana prezesa była tak długa. Ja się bardzo cieszę, że

NFZ rozmawia z POZ-ami, z lekarzami rodzinnymi i zrzeszającymi ich organizacjami, natomiast żałuję, że nie rozmawia się z SOR-ami, nie rozmawia się ze szpitalami powiatowymi, które są zadłużone, które popadają w coraz większe zadłużenie. Tutaj rozmów nie ma. To jest nierówne traktowanie sektorów...

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Adam Niedzielski: To jest nieprawda, Panie Przewodniczący. Rozmawiamy m.in. z panem przewodniczącym Malinowskim z Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych.)

Dziękuję bardzo za informację, ale ja jestem dyrektorem szpitala powiatowego i ze mną nikt nie rozmawia.

Panie Prezesie, brakuje wzrostu wyceny świadczeń medycznych. Te wyceny są za niskie. To, że szpitale będą odrabiać...

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Adam Niedzielski: To też jest nieprawda, ponieważ w ciągu tego roku podnieśliśmy wycenę punktu rozliczeniowego o 5 punktów procentowych.)

Wszystkich świadczeń?

(Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Adam Niedzielski: Tak.)

Wszystkich świadczeń, jakie oferują szpitale powiatowe? No, to też nie jest do końca prawda. Panie Prezesie, chodzi o to, że świadczenia są wyceniane poniżej ich opłacalności. To, że szpitale zwiększą liczbę wykonywanych świadczeń...

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Przewodniczący, przepraszam. Może odłożymy problemy szpitali, wyceny kontraktów, rozliczanie 1/12 i te wszystkie kwestie, które wiążą się z odwracaniem tej całej sytuacji. Ja zobowiązuję się, że zwołam specjalne posiedzenie komisji na ten temat, bo widzę, że tych wątpliwości jest dużo. Zaprosimy wtedy szersze grono osób, które zajmują się kwestiami szpitalnictwa i kontraktowania, w tym także osoby, które to negocjują. Ale dzisiaj skupiłabym się raczej na wątkach związanych z epidemią, głównie z tego względu, że, tak jak powiedziałam, bardzo mi zależy na głosie strony społecznej. Panie Przewodniczący, jeżeli pan przyjmie taką propozycję, to kolejne posiedzenie komisji będzie poświęcone wyłącznie kwestiom szpitalnictwa.

SENATOR
WOJCIECH KONIECZNY

Oczywiście, że przyjmę. Będę się bardzo cieszył, jeżeli takie posiedzenie się odbędzie. Jak najbardziej jestem za tym, żeby ono się odbyło.

Nadmienię jeszcze tylko, że ta nierówność, o której mówię, polega na tym, że konieczność odrobienia tej 1/12, tych świadczeń, których szpitale nie wykonują, w POZ nie występuje. Nie jest tak, że POZ-y muszą zwiększyć liczbę świadczeń, np. w ciągu 18 miesięcy. To jest niepotrzebne, bo i tak dostaną 1/12. To nie jest równe traktowanie. Szpitale będą miały bardzo duży problem, choćby dlatego, że – ja już o tym mówiłem, ale pan prezes się do tego nie odniósł – dalej muszą wypełniać zalecenia epidemiczne. Nie mogą nadrabiać świadczeń, ponieważ muszą utrzymywać izolatki, muszą mieć oddziały przejściowe, muszą zabezpieczać w odpowiedni sposób SOR-y. Bez współpracy z POZ nie uda się szpitalom tych niedoróbek nadrobić, to jest niemożliwe. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo.

Temat szpitali uważam w tym momencie za zamknięty. Będzie osobne posiedzenie w tej sprawie. Kwestia wycen dotyczy nie tylko szpitalnictwa, bo w tej sprawie trafiły do mnie także pisma od stomatologów. Mam nadzieję, Panie Prezesie, że przyjmie pan zaproszenie, kiedy zorganizujemy takie oddzielne posiedzenie Komisji Zdrowia.

Teraz strona społeczna. Bardzo proszę, może po kolei będziecie się państwo zgłaszać. Wiem, że wszyscy chcecie zabrać głos.

Proszę bardzo.

PREZES KRAJOWEJ IZBY
DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH
ALINA NIEWIADOMSKA

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowny Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Alicja Niewiadomska, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych.

Reprezentuję zawód, który w dniu dzisiejszym skupia na sobie uwagę wszystkich

zainteresowanych wykonywaniem testów i laboratoriami COVID-owymi. Zadaniem państwa powinno być stworzenie takich narzędzi, żebyśmy mogli wykonywać tę pracę w jak najbardziej komfortowych warunkach, przynajmniej na tyle, na ile jest to w dniu dzisiejszym możliwe.

Są 3 obszary, na które chciałabym zwrócić tutaj uwagę. Pierwszy dotyczy sprawozdawczości. Otóż mamy za sobą loty w Kosmos, ale nasza sprawozdawczość została na Ziemi i tak jakby przeczy tym naukowym osiągnięciom. No, chyba że będziemy mówić, że to wyjątek potwierdzający regułę. Proszę państwa, w dniu dzisiejszym pracownicy laboratoriów, czyli diagnostyki, składają sprawozdania do 7 podmiotów, instytucji czy modułów. Jest to absolutnie niepotrzebna strata czasu. Proszę zauważyć, że jest system IKARD, do którego musimy wprowadzać skierowania. Skierowania są tylko elektroniczne, nie mogą być papierowe, ale do próbki musi być dołączona karteczka z datą i godziną pobrania, które to dane wprowadzamy w laboratoriach. Taki system jest czymś absolutnie niedopuszczalnym. Pomijam już to, że w przypadku skierowania elektronicznego gubimy fazę przedanalizyczną, tak że te standardy jakości nie są do końca zachowane. Następnie jest system EWP, gdzie są wprowadzane skierowania i wszystkie wyniki badań, a dalej rejestr MZ, gdzie 2 razy dziennie, o 8.00 i 20.00, wprowadzane jest pełne sprawozdanie dotyczące tzw. przepustowości laboratoriów. Wprowadzamy liczbę testów, wyniki i ustalamy tzw. kolejkę. Państwo się domyślcie, co to znaczy próbować zalogować się gdziekolwiek o 8.00. Problem jest potężny, zgłaszają go wszyscy. Następnie składane jest sprawozdanie do WSSE, do wojewódzkiego sanepidu. Jak często ma to być robione, ustala się lokalnie – 2 razy dziennie albo raz dziennie. Oczywiście wprowadzamy tutaj pełny rejestr wykonanych badań i odnotowujemy każdy dodatni wynik. Następnie jest wojewoda, któremu raportujemy wszystkie wykonane badania. Narodowy Fundusz Zdrowia wymaga sprawozdania raz w miesiącu, więc tu jest trochę łatwiej. No, oczywiście mamy też własne systemy informatyczne, czyli tzw. LIS-y. Czy nie ma informatyków, którzy mogliby stworzyć taką platformę, która zaciągałaby moduły od poszczególnych organizacji czy instytucji, tak żeby dało się wprowadzać te dane tylko raz? Bo te moduły się różnią, one nie są tożsame. To jest jedno pytanie.

Drugie pytanie dotyczy refundacji badań w kierunku SARS-CoV-2. Szanowni Państwo, jeśli chodzi o 2-tygodniowy okres od wydania formularzy przez AOTMiT i przekazania ich do 59 laboratoriów COVID-owych, to zwrot trzynastu dwóch... No, te dane były w połowie niepełne. Po 2 tygodniach otrzymaliśmy wycenę. Ta wycena jest absolutnie niezgodna z tą, jakiej dokonaliśmy jako krajowa izba. Brakuje tam np. wyceny badania w analizatorach typu od próbki do wyniku. One mają mniejszą przepustowość, są droższe, ale szybciej działają. My takie analizatory mamy. To są te słynne analizatory, które już są w naszym kraju. W tej chwili takie testy są już wykonywane. Prosiłabym o zmianę tej wyceny, o to, by jeszcze raz przyjrzeć się tej wycenie. My oczywiście prowadzimy swoją wycenę, ale to nie jest zadanie samorządu zawodowego. Naszym zadaniem jest pilnowanie tych spraw.

I jeszcze jedna kwestia, dotycząca rozporządzenia ministra zdrowia z 28 kwietnia. Kto jest bezpośrednio narażony na działanie wirusa SARS-CoV-2? Czy większe zagrożenie stanowi kontakt z potencjalnie zakażonym pacjentem, czy z jego materiałem? Szanowni Państwo, nie wiem, czy widzieliście kiedyś laboratorium i próbki, które do niego trafiają. To wygląda tak, że każdy z nas po prostu widzi tego koronawirusa, ma z nim bezpośredni kontakt. Uznanie, że zawód diagnosty laboratoryjnego nie jest narażony na kontakt z wirusem jest dla nas, dla samorządu zawodowego diagnostów, absolutnie nie do przyjęcia. To są te 3 pytania. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Te pytania były szczegółowe, ale powtarza się tutaj jedna kwestia, a mianowicie kwestia czynników ryzyka i listy osób, które są bezpośrednio narażone na kontakt z koronawirusem czy też znajdują się w grupie szczególnego ryzyka.

Panie Ministrze, czy taka lista pracowników medycznych powstała w Ministerstwie Zdrowia?

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA**

Tak, powstała.

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: A czy możemy ją tutaj dostać, tak żebyśmy wiedzieli, kto jest w tej grupie ryzyka?)

Pani przewodnicząca otrzyma taką listę razem z odpowiedzią na piśmie.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze.

A co z diagnostami? To było jedno z pytań, które pani tutaj zadała.

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: Czy mam odpowiedzieć od razu na wszystkie pytania, czy będziemy iść po kolei? Bo pani zadała 3 pytania.)

Proszę bardzo, Panie Ministrze. Proszę odpowiedzieć.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Jeżeli chodzi o sprawozdawczość, to w tej chwili integrujemy 2 systemy, system IKARD i EWP. To będzie 1 system, który będzie kompatybilny z resztą systemów. Myślę, że zakres sprawozdawczości zostanie dzięki temu bardzo ograniczony. Nam bardzo zależy na tym, aby dostawać wiarygodne wyniki, jeżeli chodzi o liczbę przeprowadzonych badań, liczbę próbek dodatnich i próbek ujemnych, a wiemy, że niestety nie wszystkie laboratoria się do tego stosują. Te wyniki bardzo się rozjeżdżają, jeżeli chodzi o poszczególne rejestry. Chcemy to zintegrować w jednym rejestrze, aczkolwiek tu też napotykamy opór ze strony samych laboratoriów. No, taka sprawozdawczość niestety musi być prowadzona. My musimy wiedzieć, na jakim etapie tych badań jesteśmy.

Jeżeli chodzi o refundację badań, to początkowa wycena była dość wysoka – ponad 400 zł. Następnie wycena ta została zmieniona na podstawie rekomendacji ABM. Myślę, że ta wycena, która obowiązuje w tej chwili, jest dobra. Wiemy, że za podobne badania w wielu krajach europejskich płaci się zdecydowanie mniej. Myślę, że tutaj nie powinno być... No, każdy chciałby, żeby było więcej. Wiemy, że te badania są stosunkowo

drogie, ale to, co dostaliśmy z ABM, pokazuje, że ta wycena jest na dobrym poziomie. Wiele laboratoriów jest zdecydowanie zadowolonych z kwot, które w tej chwili otrzymują.

Jeżeli mówimy o narażeniu na kontakt z wirusem, to myślę, że na taki kontakt narażonych jest wiele grup zawodowych, które pracują z pacjentami zakażonymi, zaczynając od zwykłego zespołu, który jeździ do pacjentów w celu pobrania wymazu, czyli zespołu tzw. karetki wymazowej – bo to wymazywanie odbywa się w domu – a kończąc na osobach badających próbki w laboratorium. Te grupy są umieszczone w naszym spisie. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Proszę bardzo, Panie Prezesie.

**PREZES
KRAJOWEJ IZBY FIZJOTERAPEUTÓW
MACIEJ KRAWCZYK**

Dzień dobry państwu.
Pani Przewodnicząca! Państwo Senatorowie!
Panie Ministrze!

Ja sformułuję tylko 2 uwagi ogólne, tak żeby umożliwić wypowiedź innym. Pan prezes Niedzielski dość powierzchownie poruszył temat finansowania, ale skoro pani przewodnicząca obiecała, że będzie jeszcze oddzielne posiedzenie komisji w tej sprawie, to ja w związku z tym nie będę się do tego odnosił. Powiem tylko, że przed epidemią ponad 2 miliony Polaków czekało na rehabilitację, a obecnie ta kolejka się wydłużyła.

Chciałbym zwrócić się w tej chwili do pana ministra zdrowia. Wychodzę trochę przed szereg, mówiąc w imieniu naszych grup zawodowych, ale my reprezentujemy tutaj ponad 0,5 miliona ludzi, którzy tak naprawdę zajmują się leczeniem Polaków. Siedzący tutaj ze mną prezesi są być może zbyt eleganccy, żeby o tym powiedzieć – no, eleganccy ludzie nie mówią, że nie zostali zaproszeni na jakieś spotkanie – ale przez ponad 2 miesiące walki z wirusem w Polsce nie doszło do żadnego oficjalnego spotkania, nawet online, pomiędzy ministerstwem Zdrowia a samorządami zawodów medycznych.

Mogę zrozumieć, że Ministerstwo Zdrowia nie prowadzi regularnych spotkań z samorządami zawodowymi w czasach pokoju – w cudzysłowie oczywiście – ale proszę pamiętać, że jako samorządy zawodowe – co chciałbym przypomnieć – my istniejemy w wyniku art. 17 Konstytucji Rzeczypospolitej dla ochrony interesu publicznego. I nasze działanie jest całkowicie synergistyczne do działań władzy wykonawczej i władzy ustawodawczej w Polsce w zakresie ochrony zdrowia. Być może, gdyby do tych konsultacji doszło... Nie chcę powiedzieć, że mielibyśmy mniej zgonów, nie chcę powiedzieć, że mielibyśmy może mniej zakażeń, ale na pewno uniknęlibyśmy wielu nieprzyjemnych sytuacji, tj. np. odprowadzania przez policję pielęgniarek czy lekarzy do pracy. Moglibyśmy jako samorządy... Proszę pamiętać, że posiadamy narzędzia do tego, ażeby zobowiązać członków naszych izb do pewnego postępowania. Czasami moglibyśmy też legitymizować w jakimś sensie działania rządu dotyczące walki z koronawirusem poprzez udzielanie konsultacji. To poddaję pod rozważę, ponieważ epidemia trwa i można to jeszcze zmienić, Panie Ministrze.

Ja oczywiście miałem incydentalne rozmowy telefoniczne i z panem ministrem Kraską, i z panią minister Szczurek-Żelazko, ale to były takie rozmowy, żeby gasić pożar... I tym bardziej mnie niepokoi to, co powiedział pan prezes Niedzielski, że kontakty są np. z pracodawcami, czyli rozmawiamy o pieniądzach, a nie rozmawiamy o leczeniu. Bo leczenie to nie są tylko pieniądze, to jest przede wszystkim merytoryczne rozwiązywanie problemów i z tego wynikają pieniądze. Pieniądze są rzeczą wtórną. Konfederacje pracodawców zostały stworzone tylko i wyłącznie dla pieniędzy... dla liczenia pieniędzy. Przepraszam za uproszczenie.

Druga rzecz, jeszcze bardziej ogólna – tu zwracam się do państwa senatorów, jak również do pana ministra. Myślę, że paradoksalnie, niestety, jest tak w obecnych 2 miesiącach, że jupiter, kamery telewizyjne i mikrofony stacji radiowych są dużo częściej zwrócone w kierunku środowiska medycznego. Analitycy i komentatorzy polityczni dali trochę miejsca komentatorom zdrowia. Mamy wyjątkową sytuację w Polsce, która nie istniała do tej pory, a mianowicie wszyscy zwracamy dużo większą uwagę na zdrowie. Ta sytuacja, chora sytuacja, z którą mamy obecnie do czynienia, czyli związana z epidemią,

paradoksalnie mogłaby służyć do tego, żeby uzdrowić opiekę zdrowotną w Polsce.

I chciałbym się zwrócić do państwa o to, żebyście państwo zastanowili się, ponieważ epidemia niestety dalej trwa, żebyśmy wykorzystali tę sytuację wspólnie, ponieważ margines państwa działania – mówię w tej chwili o ministrze zdrowia, o całym ministerstwie, o doradcach, o Narodowym Funduszu Zdrowia – jest dużo większy i polityczne bariery, które mieliśmy cały czas, a żeby służbę zdrowia, opiekę zdrowotną w Polsce naprawić, w tej chwili się znacznie obniżyły. I to jest tak naprawę szansa dla nas – ta epidemia – na to, a żebyśmy uzdrowili ochronę zdrowia w Polsce i nie mieli za kilka lat znowu średniej wieku lekarzy 55 lat, pielęgniarek 56 lat itd. oraz tych wszystkich problemów, o których mówimy. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Proszę bardzo, pan przewodniczący. Proszę.

**PREZES ZARZĄDU
GŁÓWNEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA
RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH
JAROSŁAW MADOWICZ**

Dzień dobry.

Jarosław Madowicz. Jestem dyrektorem szpitala jednoimiennego w Tychach, a jednocześnie prezesem Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych.

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo Parlamentarzyści! Panie Ministrze! Panie Prezesie!

Ja powiem tylko jedno słowo dotyczące szpitala... Od strony technicznej to na pewno nie jest tak, że otrzymaliśmy tak wysokie finansowanie, jak mówił tutaj pan prezes. Ono jest o wiele niższe, a wyznaczenie szpitala na szpital jednoimienno spowodowało, że odeszło bardzo dużo osób z kadry medycznej. Ja nie wiem, jak my się podniesiemy. Odejdzie ginekologów... My w tym miesiącu będziemy zamykać ginekologię – jedyny oddział ginekologiczny w województwie śląskim o drugim stopniu referencyjności. Już rezydenci przychodzą do nas, do zarządu, i mówią,

że chcą odejść. Odeszli nam okuliści. Tak że nie wiem, jak my się z tego podniesiemy. Ale, myślę, że to na kolejnym posiedzeniu komisji, które pani przewodnicząca będzie uprzejma zwołać...

A jeśli chodzi o ratownictwo medyczne, to mam taką prośbę, taki postulat do pana ministra. Chodzi o rozważenie pewnej rzeczy. Mianowicie czy moglibyśmy wnioskować o obowiązkowe wyposażenie ambulansów w urządzenia do kompresji klatki piersiowej, Panie Ministrze? Ratownicy zgłaszają, że nie każdy ambulans w takie urządzenie jest wyposażony, a w tej szczególnej sytuacji epidemiologicznej, kiedy personel jest ubrany odpowiednio, w kombinezony, na pewno pomogłoby to w skuteczności prowadzonej akcji restytucyjnej.

I kolejna rzecz, o którą chciałbym zawnióskać. Ja już próbowałem rozmawiać o tym z ministerstwem, ale jeszcze nie ma informacji zwrotnej. Chodzi o przesunięcie czy prolongowanie okresu edukacyjnego dla medycznych grup zawodowych, szczególnie w tych przypadkach, gdzie okres rozliczeniowy jest bardzo przestrzegany. Czy w związku z tym, że obecnie nie są prowadzone żadne formy doskonalenia zawodowego – co wynika z sytuacji epidemiologicznej – można byłoby prosić, żeby ministerstwo przychyliło się do przesunięcia tego okresu? Nie wiem, o rok, o 2 lata. Do czasu powrotu do normalnej możliwości uzupełnienia kształcenia podyplomowego. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.
Jeszcze o głos prosił pan przewodniczący Wójcik. I zaraz oddam głos panu ministrowi i panu prezesowi.

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

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Ja po prostu chciałbym prosić pana ministra, żeby jednak zechciał odpowiedzieć na pytania, które zadałem. Panie Ministrze, proszę się nie gniewać, ale porównanie odpowiedzi pana prezesa i pana... To są 2 różne światy. Przy okazji

podziękowania dla pana prezesa – pańska odpowiedź w wielu kwestiach nas uspokaja. Dziękujemy za te rozwiązania.

A ja pytam dlatego, że... Tu będę bardzo stanowczy. I uprzejmie przepraszam państwa, ale użyję takiego sformułowania, którego jako pokorny żuczek używam rzadko. Tak więc, Drody Państwo, Panie Ministrze, my się jako samorządy domagamy – a nie tylko prosimy o to – żebyście państwo przekazali nam informację, w jaki sposób mamy się przygotować do wyborów. Chodzi o to, żeby zagwarantować wyborcom i członkom komisji – zresztą nie tylko obwodowych, bo i okręgowych, ale tymi akurat to już PKW się będzie zajmować – bezpieczeństwo. 30 milionów osób ma prawo wziąć udział w głosowaniu, a nawet jeżeli weźmie 50%, to będzie 15 milionów, 26 tysięcy komisji obwodowych. Jeżeli przyjąć że 3 czerwca Senat wniesie poprawki – a pewno wniesie ich sporo... Tego samego dnia, jak wiadomo, Sejm zwołał też swoje... pani marszałek zwołała posiedzenie Sejmu. Nie sądzę, żeby ono się skończyło tak szybko, by czwartego pan prezydent mógł podpisać ustawę, a piątego była jej publikacja. Ja specjalnie ten kalendarz przedstawiam, bo są tacy, którzy twierdzą, że wybory będą 21 czerwca, i tacy – że 28. To jest 16 albo 21 dni do wyborów. My nie wiemy, czy ktoś będzie kupował ten sprzęt dla całej Polski, czy mamy go kupić sami. Pomijam za jakie pieniądze. Ale przecież musi być dostępność tych artykułów, które będą niezbędne do zabezpieczenia osób biorących udział w wyborach. A więc z pełną świadomością używam słów „domagamy się”, bo my jesteśmy odpowiedzialni. Chcemy się odpowiedzialnie przygotować do tych wyborów.

Stąd, jeżeli państwo macie już jakieś propozycje, to konsultujcie je z nami, z łaski swojej, bo – drugi raz powiem, ale proszę się nie gniewać – to my jako samorządowcy od zawsze robimy wybory i wiemy, jak to wygląda w praktyce. Nikt nas np. do tej pory w ogóle nie pytał, jakie ilości danych rzeczy są potrzebne. Nie ma żadnego dialogu. A więc prosimy o ten dialog, o współpracę. I jeśli pan, Panie Ministrze, ma jakiś projekt rozporządzenia, to proszę nam go, z łaski swojej, przedstawić. Przecież my chcemy go dlatego, żeby włożyć swój wkład, żeby to rozporządzenie było lepsze.

Szkoda, że się pan nie odniósł do kwestii dotyczących komisji wspólnej, ale mam nadzieję, że państwo będziecie przestrzegali ustawy.

Co do żłobków i przedszkoli to, jak rozumiem, państwo nie chcecie nam pomóc w realizacji tego zadania i nie chcecie też pomóc rodzicom, którzy słusznie, bojąc się o bezpieczeństwo swoich dzieci, nie posyłają ich do żłobków i przedszkoli. Szkoda, bo być może warto byłoby w tę stronę pójść.

A co do grypy to dziękuję panu prof. Horbanowi. Ja myślę, że rzeczywiście trzeba by bardziej stanowczo zachęcić osoby, chociażby z personelu medycznego. Być może warto rozszerzyć rozwiązanie dotyczące częściowej refundacji szczepionki przeciwko grypie również na personel medyczny. Pracodawcy, którzy będą kupowali takie szczepionki, być może powinni mieć jakieś wsparcie. Uważam to za absolutne minimum.

Co do tego, czy mam zdjąć maseczkę, czy nie, to pan minister też mi nie odpowiedział. Już więcej razy nie będę pytał. Ale ja bardzo pana szanuję, Panie Ministrze, i moje pytanie nie jest ironiczne, jest śmiertelnie poważne. Bo my w Polsce chcemy wiedzieć. My chcemy przekazywać naszym mieszkańcom, jak mają się zachowywać. A przepis nie jest jasny, nie jest precyzyjny. Patrzyłem na pana prof. Horbana... Pan też na czas wypowiedzi obsunął tę maseczkę. I już nie wiem, jak ja mam się zachować. Mam zdjąć czy nie?

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Wiem.

A więc... I to nie jest...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

I nie mówię tylko...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

O!

(Głos z sali: O!)

Jeżeli jest dystans... To jest jakaś odpowiedź. Tak że... Ale tego tematu już nie chcę ciągnąć.

Dla nas dzisiaj najważniejsza jest kwestia dotycząca wyborów, tego, jak mamy się zachować, bo chcemy się do nich odpowiedzialnie przygotować.

Bardzo dziękuję pani przewodniczącej za udzielenie głosu.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Jeszcze pan marszałek Kolek chce dopytać?

Proszę bardzo, Panie Marszałku.

**WICEMARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO
ROMAN KOLEK**

Ja tylko jedną rzecz... Chciałbym podziękować panu prezesowi Niedzielskiemu za informację o tym, że działania Narodowego Funduszu Zdrowia poprawiające płynność finansową jednostek należy traktować jako pierwsze działanie tarczy antykryzysowej dla sektora ochrony zdrowia, ale powiedziałbym tak: nasze oczekiwania, jako odpowiedzialnych właścicieli obserwujących to wszystko, co się dzieje, ponoszone koszty działalności, jak również potencjalne przychody w przypadku rozliczenia świadczeń rozliczanych nie tylko ryczałtem, ale za wykonane usługi w odniesieniu do wielu zakresów usług, np. rehabilitacji, psychiatrii... Argumenty środowisk przekazywane od lat są ewidentne – wycena świadczeń jest totalnie za niska i w każdym z oddziałów funduszu dopasowuje się do wielkości środków wykorzystanie potencjału medycznego. W tych jednostkach bardzo często w czasie epidemii doszło do zmniejszenia liczby hospitalizacji, co jest nie do nadrobienia – wiem, co mówię. Normalnie w tych oddziałach obłożenie sięga 100%. Tam nie ma wolnych mocy przerobowych do tego, aby ten kalendarz w odpowiedni sposób nadrobić. W związku z tym jedynym rozwiązaniem jest weryfikacja podejścia także do strony finansowania świadczenia jednostkowego. I to jest niezmiernie ważne.

A my jako samorząd będziemy również wyśpiewali o taką prawdziwą tarczę antykryzysową dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce, dlatego że rozwiązania płynnościowe są bardzo potrzebne. I, tak jak mówię, dziękuję bardzo za wprowadzenie tych rozwiązań, bo one zagwarantowały, że obecnie nie było kłopotów.

Oczywiste jest też – tu państwo macie rację – że prowadzenie działalności medycznej przy zmniejszonej liczbie hospitalizacji skutkowało w wielu obszarach mniejszymi wydatkami, ale stałe koszty są, stałe płace są i te ryzyka, o których mówili wcześniej koledzy, cały czas są.

I jeszcze jedna ważna rzecz – też wynika ona z wypowiedzi pana prof. Horbana, za którą dziękuję – my nie tylko musimy mówić o rozszerzaniu grupy osób, które chcielibyśmy zachęcić do szczepienia przeciwko grypie sezonowej, ale też musimy jako kraj zabiegać o to, aby przy rozdziale szczepionki znaleźć jakieś poczesne,

dobre miejsce. Bo wszyscy producenci – biorę pod uwagę dokładnie to, co mówił pan profesor – zawsze zakładają tak: jeżeli wyszczepialność jest na niskim poziomie, to na kolejny okres nie przewiduje się gwałtownego wzrostu liczby szczepień. Musimy użyć argumentów, bo tego samego rodzaju argumenty będą miały inne kraje, w których wyszczepialność była większa. I tam ten ciąg, drenaż szczepionki dla ich krajów, będzie większy. To wymaga naprawdę bardzo poważnych działań, jeśli chodzi o politykę zdrowotną państwa. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.
Panie Ministrze, ma pan głos. Proszę bardzo.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.
Proszę państwa, ja jestem już piątą kadencję w Senacie, więc jestem przyzwyczajony do różnych ataków.

Panie Przewodniczący, przepraszam, ale może coś nie tak...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Znamy się z panem od wielu lat, więc nie będę tego komentował.

Jeżeli chodzi o przedstawicieli samorządu, to już, jak widzę, wyszli, ale...

(Głosy z sali: Nie.)

A, są. Nie wszyscy wyszli.

Wiem, że za kontakty z samorządami medycznymi odpowiedzialna jest pani minister Szczurek-Żelazko i że te kontakty na pewno się odbywały, może nie tak intensywnie jak przed COVID. I wiem, że ostatnio odbyły się wideokonferencje z wieloma samorządami medycznymi. Jestem przekonany, że w najbliższym czasie te spotkania już będą się odbywały. Ale i w czasie epidemii się spotykaliśmy, nawet w Ministerstwie Zdrowia. Widzę panią prezes izby aptekarskiej i myślę, że może to potwierdzić.

Był podnoszony problem aparatów do mazażu klatki piersiowej w zespołach ratownictwa medycznego. Rzeczywiście w tych karetkach,

które jeżdżą w tej chwili jako zespoły 2-osobowe, powinien być taki zestaw, ponieważ on zdecydowanie polepsza rokowanie pacjenta w przypadku zatrzymania akcji krążenia. Wiem, że w tej chwili w Polsce praktycznie już w połowie karettek takie zestawy jeżdżą. Myślę, że po ostatnim zwiększonym finansowaniu zespołów ratownictwa medycznego świadczeniodawcy wyposażą w taki sprzęt pozostałą liczbę karettek.

I teraz przechodzę do wypowiedzi pana przewodniczącego, jeżeli chodzi o wybory. Może się będę powtarzał, Panie Przewodniczący, bo już o tym rozmawialiśmy. Byłem na poprzednim posiedzeniu komisji samorządu terytorialnego, na którym ta ustawa była dyskutowana, na obecnych posiedzeniach już nie byłem. I wtedy wielokrotnie odpowiadałem na pytania, co państwo jako samorządowcy macie zrobić, kiedy będą te wytyczne. Panie Przewodniczący, w tej chwili nie mamy tej ustawy. Tak jak poprzednio do ustawy o głosowaniu korespondencyjnym, tak teraz do ustawy o głosowaniu mieszanym mamy już przygotowane rozporządzenia, które są uzgodnione z głównym inspektorem sanitarnym, w jaki sposób mają pracować komisje, w jaki sposób będą doręczane pakiety korespondencyjne. I z chwilą uchwalenia tej ustawy takie rozporządzenie się ukaże. Mogę panu zagwarantować, że następnego dnia po ukazaniu się tej ustawy samorządy będą widziały, w jaki sposób przeprowadzać wybory. Aczkolwiek jeszcze raz muszę potwierdzić, że jeżeli chodzi o wybory korespondencyjne, to i ta ustawa, która była poprzednio procedowana, i ta ustawa, która jest w tej chwili... Jesteśmy w zupełnie innym czasie, jeżeli chodzi o czas epidemiologiczny. Ale jeżeli chodzi o nastawienie i opinie konsultantów oraz wielu organów, które się wypowiadały i dawały opinię w sprawie tej ustawy, to te wytyczne także uległy zmianie i są zdecydowanie łagodniejsze niż w przypadku pierwszej ustawy o głosowaniu korespondencyjnym. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Jeszcze pani senator. I pan się zgłaszał.
Proszę bardzo, Pani Senator.

SENATOR
EWA MATECKA

Panie Ministrze, ja jeszcze zadałam pytanie, czy jest planowana jakaś pomoc dla samorządów w związku z otwieraniem jednostek oświatowych w niedalekiej przyszłości, uczelni.

Ale mam jeszcze inne pytanie. Proszę mi, powiedzieć ile na dzień dzisiejszy mamy testów i jaki procent stanowią testy polskich producentów, a jaki – testy producentów z Chin, Korei czy z Turcji. Biorąc pod uwagę spodziewany nawrót koronawirusa jesienią czy kiedykolwiek on nastąpi, a nastąpi, uważam, że jest bardzo ważne, żebyśmy sobie powiedzieli, jakie jest nasze przygotowanie na kolejną walkę z koronawirusem. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Proszę pana... Proszę się przedstawić.

PREZES ZARZĄDU
SZPITALA MIEJSKIEGO NR 4 W GLIWICACH
PRZEMYSŁAW GLIKLICH

Przemysław Gliklich, prezes Szpitala Miejskiego nr 4 w Gliwicach.

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Jeżeli państwo pozwolicie, to parę zdań od osoby, która jest na pierwszej linii frontu, razem ze swoimi współpracownikami... Szpital w Gliwicach jest troszeczkę innym szpitalem, ponieważ szpital posiada 2 oddzielne lokalizacje. Jedną lokalizacją funkcjonuje...

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Przepraszam bardzo, Panie Doktorze, ale, po pierwsze, ja już powiedziałam, że temat szpitali i przekształceń będzie tematem kolejnego posiedzenia komisji, po drugie, ja pana w ogóle nie zapraszałam. Jestem zaskoczona, że pan tutaj nagle wypowiada się w imieniu szpitala, bo tych szpitali jest wiele i będziemy na ten temat mieć odrębne posiedzenie komisji.

SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA

Pani Przewodnicząca, czyli mogą uczestniczyć tylko zaproszeni przez panią goście? Pan jest...

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Tak, ponieważ liczba osób była ograniczona, Panie Ministrze, i wejście tutaj było...

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: Ale to ogranicza nam ogólną opinię...)

...niestety, bardzo mocno...

(Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska: ...Pani Przewodnicząca.)

Ale nie ma problemu, Panie Ministrze, żeby ktoś wszedł, tylko niestety tak się złożyło, że wejście na posiedzenie komisji musiało być aprobowane ze względu na liczbę osób.

Dlatego pytam, kto pana tu zaprosił, bo chciałabym wiedzieć.

Poza tym temat szpitali będzie odrębnym tematem.

Zbliżamy się do końca. Salę mamy do 12.00 i dlatego pytam. Nic w tym zdrożnego.

PREZES ZARZĄDU
SZPITALA MIEJSKIEGO NR 4 W GLIWICACH
RZEMYSŁAW GLIKLICH

Pani Przewodnicząca, zostałem zaproszony przez pana ministra.

Ale ja nie chcę mówić o szpitalach jednoimiennych, chciałbym tylko się ustosunkować do tego, co tu usłyszałem. Bo szpital w Gliwicach jest bardzo dobrym przykładem współpracy samorządu z Narodowym Funduszem Zdrowia. My znaleźliśmy się na liście wojewody, która nas wskazywała jako szpital, który ma się przygotować. Razem z urzędem miasta podjęto olbrzymie działania, żeby ten szpital przygotować i żeby on działał w sposób bezpieczny. Jestem z Gliwic, gdzie, jak państwo wiecie, jest duży problem z zakażonymi górnikami. I uczestniczymy w tej walce na wszystkich frontach – jako

szpital jednoimienny, jako punkt *drive-thru* oraz jako wymazobusy.

I mam tylko 2 konkretne uwagi, Pani Przewodnicząca.

Pierwsza uwaga dla pana prezesa, jeżeli chodzi o punkty *drive-thru*: te punkty niestety nie są dobrze wykorzystane. Do nich mogą podjeżdżać tylko i wyłącznie osoby, które są na kwarantannie w dwunastym dniu i których jest bardzo mało. Czy nie można by tego rozszerzyć na osoby będące w innych dniach kwarantanny? Ponieważ bardzo dużym problemem jest dostępność wymazobusów dla rodzin górniczych. To jest, proszę mi wierzyć, bardzo trudny temat, ponieważ służby sanepidu z różnych przyczyn, ale przede wszystkim z powodu braku pracowników, nie dają rady. My jako szpital współpracujemy z sanepidem i obsługujemy 3 takie wymazobusy. I jest prośba, żeby można było robić tych wymazów więcej.

I ostatnia sprawa. Ja jestem bardzo wdzięczny panu prezesowi. Chciałbym tylko potwierdzenia, że jest możliwość wykonywania badań pacjentom, którzy są planowo przyjmowani do szpitala. Bo przy odmrażaniu gospodarki jest bardzo ważne to, żeby moi pracownicy czuli się bezpiecznie. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję.

Jeszcze pan. Proszę. I to chyba będzie ostatni głos w dyskusji.

Proszę bardzo.

DYREKTOR EUROPEJSKIEGO CENTRUM
STRATEGII I POLITYK
W OCHRONIE ZDROWIA
MACIEJ BOGUCKI

Pani Przewodnicząca, ja przede wszystkim chciałbym podziękować za możliwość zbudowania tutaj takiego forum dialogu, którego cały czas brakuje, i podziękować za wiele cennych odpowiedzi. Szczególne podziękowania z mojej strony dla pana prezesa Niedzielskiego i pana prof. Horbana za rzeczywiście dużo wnoszące odpowiedzi.

Ja chciałbym zaapelować do państwa decydentów i do mediów. Chciałbym wystąpić z jednym, prostym apelem. Państwo bardzo często z jednej strony informujecie o tym, że maseczki należy zakładać w pomieszczeniach zamkniętych, z drugiej strony używane są takie sformułowania, że jak się wychodzi z domu, wychodzi na dwór, wychodzi w pole... To powoduje, że ludzie absolutnie nie mają wiedzy o tym, że w mrówkowcu, na klatce schodowej i w windzie należy zakładać maseczki. Bardzo państwa proszę, żebyście państwo zwrócili na to uwagę w swojej komunikacji i również przekazali to mediom. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.
Będziemy pomału zamykać posiedzenie komisji.

Ja chciałabym podsumować...
(Wypowiedź poza mikrofonem)
Pan minister. Proszę. Przepraszam.

**SEKRETARZ STANU
W MINISTERSTWIE ZDROWIA
WALDEMAR KRASKA**

Ja odpowiem pani senator, bo zadała pytanie. W tej chwili mamy w magazynach jeszcze 600 tysięcy testów. Będą już niedługo – myślę, że w tym tygodniu – wyprodukowane testy polskie. One były początkowo jednogenowe i nie spełniały do końca rekomendacji Państwowego Zakładu Higieny. W tej chwili są to już testy dwugenowe. Czyli de facto będziemy w Polsce korzystać tylko i wyłącznie z testów polskich. Nie zamawiamy już następnych testów, jeżeli chodzi o testy zagraniczne.

Ja jeszcze może bym wrócił na pół sekundy do kwestii zgłaszalności, bo pan tu stwierdził, że do punktów *drive-thru* zgłasza się za mało osób. No my próbujemy w jakiś sposób dotrzeć do osób, które są na kwarantannie. Chcemy, żeby pod koniec kwarantanny każda taka osoba miała wykonany test, i wysyłamy do takich osób w jedenastej dobie SMS, gdzie mają się zgłosić, żeby ten test wykonać. Jak wiadomo, w niedzielę zgłosiło się 260 osób, a wysłaliśmy

2,5 tysiąca SMS-ów. Czyli mamy testy, mamy miejsca, gdzie możemy je pobrać, mamy sprzęt, żeby je wykonać. Wszystko zależy tylko od tego, czy się Polacy na te testy będą zgłaszali. Dziękuję.

**PREZES NARODOWEGO
FUNDUSZU ZDROWIA
ADAM NIEDZIELSKI**

Ja tylko uzupełnię, że ta sieć *drive-thru* będzie teraz wykorzystywana do testowania ludzi wybierających się do uzdrowisk.

**PRZEWODNICZĄCA
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze, podsumowując nasza dyskusję... Rzeczywiście różnorodnych pytań wpłynęło wiele, ale chciałabym prosić pana ministra o to, abym na piśmie mogła otrzymać kilka odpowiedzi na zadane pytania.

Pierwsza rzecz to jest ten pakiet seniora, który tutaj już został wywołany. Jakie decyzje były podejmowane i jakie są planowane w celu ochrony seniorów?

Druga kwestia to jest lista osób, które są szczególnie narażone. I również: jakie działania były podejmowane ze strony Ministerstwa Zdrowia w stosunku do tej grupy? Mówię tutaj głównie o pracownikach medycznych, ale również mam na myśli diagnostów. Ja osobiście mam dużą wątpliwość, czy pracownicy medyczni byli odpowiednio zaopiekowani w czasie walki z epidemią, która, co zresztą zostało powiedziane, trwa nadal. Na moje ręce wpłynęło pismo, m.in. na temat różnicowania zasiłku chorobowego wśród personelu medycznego, zasiłku, który jest zróżnicowany w zależności od formy zatrudnienia. To jest kwestia, którą my, senatorowie, podnosiliśmy. Uważamy, że w czasie epidemii to zróżnicowanie jest absolutnie nieadekwatne do pracy i do zagrożenia, jakie towarzyszy wszystkim tym pracownikom. I w związku z tym chciałabym usłyszeć od pana ministra, czy jest może przygotowywany jakiś projekt osłonowy nie dla ochrony zdrowia li tylko, np. związany

z finansowaniem, ale właśnie dla pracowników medycznych.

I ostatnia rzecz, w przypadku której również prosiłabym o pisemną odpowiedź, to jest kwestia ewentualnego rozważenia zmiany kalendarza szczepień i wprowadzenia szczepień dla

pracowników medycznych jako szczepień obowiązkowych.

Na tym zakończymy nasze dzisiejsze posiedzenie komisji.

Bardzo dziękuję wszystkim państwu za udział. Dziękuję.

(Koniec posiedzenia w dniu 1 czerwca o godzinie 11 minut 59)

Kancelaria Senatu

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy