



SENAT  
RZECZYPOSPOLITEJ  
POLSKIEJ

X kadencja

# Zapis stenograficzny

z posiedzenia  
Komisji Zdrowia (22.)

9 września 2020 r.

Porządek obrad:

1. Dostępność świadczeń zdrowotnych i prawa pacjenta w czasie epidemii COVID-19.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 35)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca  
Beata Małecka-Libera)

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Czy my możemy już zaczynać? Mamy kworum?

(Głos z sali: Te osoby są zdalnie.)

Są z nami osoby pracujące zdalnie, które będą nas obserwowały i będą mogły również zabierać głos, a także osoby, które tutaj do nas przybyły.

W takim razie rozpoczynamy posiedzenie Komisji Zdrowia.

Witam wszystkie osoby, które przybyły na nasze dzisiejsze spotkanie. Witam panie i panów senatorów, panią minister ze swoimi pracownikami, pana wiceprezesa, dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia. Widzę tutaj również przedstawicieli środowiska lekarzy rodzinnych oraz organizacji pacjenckich. Bardzo się cieszę, że panie, bo głównie panie widzę tu po prawej stronie, przyszłyście, bo to bardzo ważne, aby usłyszeć także wasz głos.

Czy jest przedstawiciel rzecznika praw pacjenta? Nie ma. Żałuję ogromnie, aczkolwiek muszę powiedzieć, że pan rzecznik przesłał na moje ręce informację, dosyć długie pismo, które wyraźnie wskazuje na różne problemy, które w ostatnich miesiącach w dostępie do świadczeń występowały i z jakimiż to pan minister się borykał przez te kilka miesięcy.

Szanowni Państwo, mam przyjemność rozpocząć posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Dzisiejszy temat to prawa pacjenta w dobie koronawirusa, a także dostępność świadczeń zdrowotnych innych niż tylko dla chorych z koronawirusem.

Jak państwo wiecie, to posiedzenie komisji miało się odbyć już kilka tygodni temu, tak było planowane, ale właśnie ze względów epidemicznych zostało przesunięte. Dlatego też dzisiaj będziemy rozmawiać o kwestii, która tak naprawdę już się wydarzyła i w dalszym ciągu ma miejsce, czyli o kłopotach w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Zaś cała strategia postępowania w czasie epidemii koronawirusa oraz kwestia szczepień będą przedmiotem debaty na posiedzeniu plenarnym w czwartek, w czasie najbliższego posiedzenia Senatu. Mówię o tym dlatego, że bardzo chciałabym się skupić na tym posiedzeniu komisji na problemach, jakie wynikły w czasie epidemii, z dostępnością leczenia. Stąd również obecność przedstawicieli organizacji pacjenckiej, która kilkakrotnie monitowała, aby takie posiedzenie zwołać. Przygotowała również konkretne raporty. Mam nadzieję, że będzie to bardzo ciekawa dyskusja.

Moja propozycja jest taka, abyśmy zaczęli od informacji pani minister w tym temacie. Może w tym czasie dotrze do nas również rzecznik praw pacjenta. Dziwi mnie to, że nie ma go na dzisiejszym naszym spotkaniu. Później oddam głos osobom, które reprezentują organizacje pacjenckie. I na podstawie tych wszystkich informacji, które tutaj otrzymamy, poprowadzimy dyskusję, będzie możliwość zarówno zabierania głosu, jak i zadawania pytań.

Tak więc zaczynamy od pani, Pani Minister. Bardzo proszę o przedstawienie, jak z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia zostały zapewnione świadczenia zdrowotne dla pacjentów, jakie były regulacje, jakie również z państwa punktu widzenia wystąpiły problemy i w jaki sposób je państwo rozwiązywaliście.

Proszę bardzo, Pani Minister.

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO**

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowny Panie Marszałku! Szanowni Państwo!

Bardzo serdecznie dziękuję za zaproszenie na dzisiejsze posiedzenie Komisji Zdrowia, na którym będziemy mogli wspólnie z panem prezesem Bernardem Waską, prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia, przedstawić państwu informacje na temat dostępności świadczeń zdrowotnych w okresie pandemii, bo trzeba pamiętać o tym, że nadal, mimo że pandemia zmienia swój charakter, jesteśmy w tym bardzo trudnym dla nas wszystkich okresie i obowiązują nas zasady, wytyczne, rygory, które mają przede wszystkim zapewnić bezpieczeństwo naszych pacjentów, ale również świadczeniodawców, pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Epidemia, z którą borykamy się od marca, postawiła przed nami ogromne wyzwania. Z tymi wyzwaniami mierzy się rząd, płatnik, jakim jest NFZ, ale przede wszystkim podmioty lecznicze, a może jeszcze bardziej pacjenci, bo oni są główną naszą troską, jeżeli chodzi o funkcjonowanie ochrony zdrowia.

Chciałabym państwu przypomnieć, tak jak pani przewodnicząca wspomniała, że minister zdrowia od samego początku podejmował działania legislacyjne, prawne, które miały wprowadzić taki stan, taki schemat organizacyjny udzielania świadczeń, aby głównie zabezpieczyć pacjentów... miały one doprowadzić do tego, aby nie doszło do niekontrolowanego rozprzestrzeniania się epidemii, która w skutkach mogła być bardzo dramatyczna. Dlatego też podjęliśmy działania mające na celu ograniczenie w przypadku niektórych rodzajów świadczeń liczby udzielanych świadczeń. Takie ograniczenia prawnie uregulowane, czyli na podstawie konkretnego aktu prawnego, jakim było rozporządzenie Rady Ministrów czy rozporządzenie ministra zdrowia... Tego typu aktami prawnymi zostało ograniczone udzielanie świadczeń w obszarze rehabilitacji leczniczej i leczenia uzdrowiskowego. Tutaj praktycznie do czerwca obowiązywał akt prawny, który znosił możliwość udzielania tego typu świadczeń w tym najtrudniejszym okresie walki z pandemią. Oczywiście kolejne regulacje wydawał prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w postaci zarządzeń,

w których zalecał zachowanie szczególnych środków ostrożności w czasie udzielania pewnego rodzaju świadczeń. Oczywiście pewne ograniczenia były też skutkiem wytycznych ministra zdrowia czy głównego inspektora sanitarnego, którzy rekomendowali odpowiedni sposób udzielania pewnych rodzajów świadczeń. To powodowało, że liczba udzielanych świadczeń ulegała zmianie.

Kolejny element, z którym tutaj my wszyscy się zderzyliśmy, a w pewnym momencie minister zdrowia podejmował działania, aby zmienić tę sytuację, to nastawienie pacjentów. W pierwszym etapie epidemii, kiedy spotykaliśmy się z takim bardzo drastycznym przekazem, głównie w mediach, o przebiegu epidemii w innych krajach Unii Europejskiej czy na świecie, wielu pacjentów podejmowało ryzykowne decyzje i nie zgłaszało się na umówione wizyty bądź próbowało odraczać wizyty ze względu na obawy związane z możliwością zakażenia się koronawirusem.

Te wszystkie kwestie spowodowały, że liczba udzielanych świadczeń w tym okresie, szczególnie w ciągu pierwszych 3 miesięcy, w przypadku niektórych rodzajów świadczeń wyraźnie zmalała. Praktycznie już od maja, od czerwca obserwujemy wzrost liczby świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców, o czym tutaj pan prezes szczegółowo państwa poinformuje. Pan prezes powie, jak wyglądało w ramach poszczególnych produktów czy też rodzajów świadczeń wykonanie kontraktów. W tej chwili mamy już dane za 7 miesięcy, niebawem będziemy mieć za 8 miesięcy, i te dane są pocieszające, bo okazuje się, że większość podmiotów leczniczych rozpoczęła pracę, można powiedzieć, w normalnym trybie, nawet przekraczając już pewne limity miesięczne.

Istotne jest to, że w okresie walki z pandemią, kiedy część podmiotów leczniczych ograniczyła liczbę udzielanych świadczeń z tych powodów, o których mówiłam, bądź też niektóre jednostki całkowicie zawiesiły ich udzielanie, przekazywane były dodatkowe środki do podmiotów leczniczych. Te środki były przekazywane w wysokości 1/12 ryczałtu. Tak że Narodowy Fundusz Zdrowia realizował to zobowiązanie, jeżeli chodzi o płatności za udzielanie tych świadczeń. Mówię o tym dlatego, że nie był to powód, brak środków finansowych nie powinien być i nie był powodem zawieszenia działalności podmiotów leczniczych.

Od kilku miesięcy wspólnie z prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia podejmujemy intensywne działania, aby przywrócić pełną możliwość udzielania świadczeń, a także zachęcić pacjentów do korzystania z tych świadczeń zdrowotnych. Mam tu na myśli przede wszystkim świadczenia z rodzaju świadczeń profilaktycznych, ponieważ były zawieszane programy profilaktyczne, które w dużej mierze nakierowane są na wstępne i szybkie rozpoznanie problemów zdrowotnych pacjentów. W sytuacji zawieszenia tych programów wczesne wykrywanie mogło być utrudnione. Dlatego sukcesywnie wracamy, staramy się stworzyć takie warunki, aby te rodzaje świadczeń mogły być udzielane.

Nie bez znaczenia jest fakt, że podmioty lecznicze zostały dodatkowo wyposażone w środki ochrony indywidualnej poprzez różne kanały dystrybucji tych środków ochrony indywidualnej, w dużej mierze realizowane przez Agencję Rezerw Materiałowych, ale też za pomocą innych środków, przekazywanych czy to przez spółki Skarbu Państwa, czy to przez inne instytucje. Zostały one zasilone po to, aby miały możliwości zabezpieczenia swoich pracowników, a także zastosowania wszelkich wytycznych i standardów, które mają zapewnić bezpieczeństwo i pacjentom, i pracownikom.

Równocześnie – myślę, że pan prezes poda te szczegóły – do każdej faktury, którą wystawia świadczeniodawca, są doliczone dodatkowe środki w wysokości 3% wartości faktury, które są przeznaczane m.in. na zapewnienie środków ochrony indywidualnej dla personelu, na zapewnienie reżimu, który powinien być przestrzegany w podmiotach leczniczych.

W tej chwili Narodowy Fundusz Zdrowia szczegółowo analizuje sytuację, jeżeli chodzi o czas oczekiwania na poszczególne rodzaje świadczeń, liczbę świadczeniobiorców, którzy aktualnie korzystają ze świadczeń udzielanych przez podmioty lecznicze, w różnych obszarach, począwszy od POZ, poprzez ambulatoryjne leczenie specjalistyczne, diagnostykę, po leczenie szpitalne, rehabilitację i inne obszary. Na bieżąco te dane są zbierane, analizowane i też stosowne decyzje w tym zakresie są podejmowane.

W trakcie tych trudnych miesięcy walki z epidemią oczywiście zdarzały się sytuacje, w których świadczeniodawcy całkowicie zawieszali udzielanie świadczeń. Z reguły było to spowodowane objęciem kwarantanną wszystkich

pracowników, którzy mieli kontakt z osobą, która pojawiła się w danej komórce organizacyjnej podmiotu leczniczego czy jednostce organizacyjnej, czy wręcz w całym podmiocie leczniczym. Ale takie zawieszenie udzielania świadczeń było czasowe. Po dokonaniu wszystkich czynności, po spełnieniu wszystkich wymogów, które zostały określone na okoliczność takiej sytuacji, te podmioty lecznicze wznawiały swoją działalność i przyjmowały pacjentów.

Duży wpływ na dostępność świadczeń miała sieć szpitali jednoimiennych. Jak państwo wiecie, w tej wstępnej strategii, która została przyjęta przez rząd, stworzono sieć szpitali jednoimiennych, 21 szpitali jednoimiennych w skali całego kraju, potem zmniejszyliśmy to do 19. Te szpitale były wyłączone z możliwości udzielania świadczeń pozostałym pacjentom. Dedykowane były tylko i wyłącznie leczeniu pacjentów z COVID-19. W związku z tym w pewnych obszarach nastąpiło ograniczenie dostępu do świadczeń. Kiedy mieliśmy już pewne doświadczenia w walce z pandemią, opieramy się też na doświadczeniach, które docierają do nas z innych krajów, na wytycznych WHO i ECDC, to wszystko pozwalało nam wymodelować strategię walki z koronawirusem.

W tej chwili zupełnie zmieniliśmy tę strategię po to, aby podejmowane działania były dopasowane do problemów, które pojawiają się w naszym kraju, a z drugiej strony po to, abyśmy mogli bardziej racjonalnie wykorzystać te zasoby, które w tej chwili funkcjonują w systemie ochrony zdrowia, abyśmy mogli je wykorzystać do udzielania świadczeń pozostałym pacjentom. W tej chwili zgodnie z tą strategią 9 szpitali wysokospecjalistycznych będzie stanowiło ten trzeci poziom leczenia pacjentów z COVID, co oznacza, że 10 szpitali, które funkcjonowały ostatnio jako jednoimienne i były zablokowane, można powiedzieć, tylko i wyłącznie na wypadek pojawienia się pacjentów z COVID, wraca do normalnych funkcji. Są to w większości szpitale wielospecjalistyczne, w związku z tym te możliwości przyjmowania, diagnozowania, leczenia pacjentów znacznie się zwiększają. Te 9 szpitali, które pozostają w strukturze szpitali przeznaczonych do walki z COVID, to są szpitale, które w ramach swojej struktury organizacyjnej będą wydzielaczkami czy jednostkami organizacyjnymi przeznaczonymi do leczenia pacjentów z COVID, ale w pozostałym zakresie będą realizowały świadczenia

dla wszystkich pacjentów, co również w sposób oczywisty poprawi dostęp do świadczeń wyspecjalizowanych. Ciężar leczenia czy przygotowania potencjału do leczenia ewentualnie pojawiających się pacjentów z COVID zostanie też przekazany do szpitali, które w swojej strukturze posiadają oddziały zakaźne. W tych oddziałach zakaźnych będą mogli być leczeni m.in. pacjenci z COVID, mówię „między innymi” z tego względu, że te oddziały zakaźne będą mogły również prowadzić, tak jak wcześniej, leczenie innych pacjentów, którzy kwalifikują się do leczenia w oddziałach zakaźnych, czyli z powodu chorób zakaźnych. Stanowią one bardzo ważny pion w walce z COVID. Z jednej strony wykorzystujemy ten potencjał, ale z drugiej strony nie blokujemy tych oddziałów tylko i wyłącznie dla pacjentów z COVID. Tak jak wspomniałam, będą one mogły udzielać świadczeń we wszystkich zakresach, które są zdefiniowane w strukturze tego podmiotu, również oddział zakaźny będzie mógł udzielać świadczeń pozostałym pacjentom.

Podstawowym filarem walki z COVID będą szpitale, pozostałe szpitale, które są w państwowej sieci szpitali. W tych szpitalach będziemy chcieli podjąć działania prowadzące do tego, aby uruchomione zostały takie miejsca, izolatki, gdzie będzie mógł przebywać pacjent podejrzany o zakażenie koronawirusem do wstępnej diagnostyki. Kiedy dojdzie do potwierdzenia wyniku dodatniego, czyli pacjent będzie chory na chorobę COVID, będzie podejmowana decyzja o tym, czy ten pacjent powinien być leczony w szpitalu, w trybie stacjonarnym, czy może przebywać w warunkach domowych. W zależności od tego ten pacjent będzie przekazywany w odpowiednie miejsce. Tak więc szpitale powiatowe nie będą zajmowały się leczeniem pacjentów z COVID, tylko będą miały wydzielone miejsca, oczywiście z zachowaniem pełnego reżimu, do których będzie trafiał pacjent z problemami zdrowotnymi sugerującymi chorobę COVID. Po diagnostyce będzie on przekazywany, jeżeli będzie wynik ujemny, do tej części, która jest ogólnodostępna dla wszystkich pacjentów do leczenia, a w przypadku zdiagnozowania choroby COVID – do leczenia w szpitalu w oddziale zakaźnym bądź w szpitalu specjalistycznym, bądź też do leczenia domowego pod kontrolą lekarzy rodzinnych.

Tak więc ta strategia pozwala uwolnić duże możliwości systemu ochrony zdrowia, który

w dużej mierze będzie wykorzystany do leczenia wszystkich innych pacjentów, którzy borykają się z problemami zdrowotnymi i być może z powodu takiej intensywnej walki z chorobą COVID, gdzie duże zasoby zarezerwowaliśmy na poczet tej walki, mogli mieć utrudniony dostęp do świadczeń zdrowotnych. Jednak, tak jak mówię, ten utrudniony dostęp czy mniejsza intensywność zgłaszania się wynikały nie tylko z braku możliwości udzielania tych świadczeń, ale także z innych powodów, leżących w różnych innych źródłach. Tak wygląda sytuacja od strony takiej formalnoprawnej.

Te działania Ministerstwa Zdrowia, które zmieniają się w trakcie pandemii, bo sama pandemia zmienia swój charakter... Wirus zmienia swoją biologię, w związku z tym my te działania dostosowujemy do potrzeb, ale równocześnie pamiętamy o tym, aby umożliwić pacjentom, którzy mają inne problemy zdrowotne, korzystanie ze świadczeń zdrowotnych. Prawdopodobnie z koronawirusem będziemy musieli się nauczyć żyć, funkcjonować i pamiętać o tym, że ten reżim sanitarny, wytyczne, wszelkiego rodzaju procedury i standardy muszą stać się codziennością w postępowaniu nie tylko w podmiotach leczniczych, ale również na co dzień w naszym życiu, bo tylko takie podejście pozwoli nam uchronić się przed ewentualnym rozwojem tej pandemii.

Pani Przewodnicząca, jeżeli pani pozwoli, to pan wiceprezes Waśko mógłby poinformować państwa o szczegółach, o tym, jak wygląda realizacja świadczeń w tym zakresie.

#### **PRZEWODNICZĄCA BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Pani Minister.

Pani wprowadziła nas ogólnie w temat, który, jak myślę, akurat wszystkim członkom Komisji Zdrowia jest bardzo dobrze znany. My oczekujemy raczej szczegółów i to konkretnych zarówno na temat dostępu do świadczeń, jak i problemów, z jakimi spotykali się pacjenci.

W czasie tych kilku miesięcy, trudnych miesięcy, nie ukrywam, dla wszystkich, najbardziej dla pacjentów, niestety prawa pacjenta zostały złamane i to wielokrotnie na różnych płaszczyznach, zarówno w sferze dostępu do świadczeń, jak w sferze dostępu do informacji. Wynika to

z wielu raportów, również z informacji, jaką mam od pana ministra, od rzecznika praw pacjenta, który jasno pisze, że na początku najważniejszy problem, jaki występował, to brak dostępności środków ochrony indywidualnej, maseczek dla personelu i pacjentów, stąd też wynikały kłopoty z przyjmowaniem pacjentów. Później okazywało się, że tych problemów było coraz więcej, bo fakt przekształcenia szpitali w szpitale covidowskie bardzo często w obrębie miasta czy pewnego regionu pozbawiał dostępu do tego typu świadczeń. Jak to się odbywało przy przekształceniach, to jest kolejny, odrębny temat, bardzo zresztą złożony, bo sam fakt przekształcenia tych szpitali pod kątem prawa rodzi wiele wątpliwości i do dzisiejszego dnia dyrektorzy prowadzący szpitale covidowskie mają z tym duży kłopot, ale dzisiaj nie chcemy o tym mówić. W każdym razie fakt jest faktem, że szpital przekształcony w szpital covidowski pozbawiał w danym regionie czy w danym mieście dostępu do świadczeń pacjentów. Często pacjenci byli z takiego szpitala po prostu wywożeni, przewożeni, z łamaniem zasad, praw pacjenta, bo bardzo często nawet nie było zgody na to, żeby takie transporty się odbywały.

Pomijając już kwestie szpitali, mówimy także o dostępie do lekarzy rodzinnych, co jest dużym problemem do dzisiaj i niestety problemem nierozwiązanym, Pani Minister, ponieważ w wielu placówkach POZ drzwi do przychodni nadal są zamknięte. I teleporady – z całym szacunkiem dla rozwoju tego, czym państwo się chwalicie, bo rzeczywiście zdawały one egzamin – jednak nie wypełniają wszystkich oczekiwań, jakie mamy wobec lekarzy rodzinnych. Tak jak powiedziałam, nie chcemy tutaj dzisiaj mówić o strategii jesiennej, bo o tym będziemy mówić jutro, ale to, na jakiej podstawie te drzwi do lekarzy rodzinnych były zamknięte, niestety budzi wiele wątpliwości. Podobnie było zresztą z dostępem do specjalistyki. O wiele łatwiej było dostać się do lekarzy w gabinetach prywatnych niż publicznych.

Tak więc ja oczekuję, gdy pan prezes będzie mówił na temat świadczeń, raczej konkretnych, informacji, na jakiej podstawie, na podstawie jakich wytycznych były zamknięte niektóre poradnie, gdzie ci pacjenci mieli uzyskać świadczenie, poradę, a także o tym, w jaki sposób mają wrócić do tych kolejek, z których zostali tak naprawdę w tej chwili wykluczeni. Ja mam

tutaj informacje, bardzo zresztą szczegółowe, na temat tego, w jaki sposób pacjent ma powrócić na listę oczekujących na świadczenia. Myślę, że pan prezes dokładnie mi to wyjaśni, ponieważ to, co tutaj przeczytałam, jest zatrważające, jest to rzecz według mnie zupełnie niewykonalna.

No i kolejna kwestia, chyba najtrudniejsza, to fakt, że pacjenci chorzy na inne przewlekłe choroby niestety bardzo często nie mieli zapewnionej odpowiednio wczesnej diagnostyki czy też dostępu do leczenia i już dzisiaj mówi się o tym, że jest o wiele więcej nierozpoznanych schorzeń, różnych schorzeń, nie tylko onkologicznych czy kardiologicznych, które zawsze wiodły prym, ale dużym wyzwaniem są także schorzenia w zakresie zdrowia psychicznego, które niewątpliwie w tym okresie zdecydowanie się zaostrzyły.

Są to bardzo ważne kwestie. Dlatego raczej oczekujemy tutaj informacji na temat tego, jak państwo w swoich analizach to widzicie, gdzie wystąpiły największe problemy i co w tej chwili należy z tym zrobić.

Panie Prezesie, proszę bardzo.

ZASTĘPCA PREZESA  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  
**BERNARD WAŚKO**

Panie Marszałku! Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Przedstawię, mam nadzieję, więcej konkretnych i informacji o charakterze ilościowym, dotyczących poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń udzielanych na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Jednak tytułem krótkiego wstępu chciałbym jeszcze wspomnieć o tym, że te ograniczenia dostępności, a zatem też liczby udzielanych świadczeń, bo my pokażemy państwu także skutki, jakie zostały zaobserwowane po kilku miesiącach, jeśli chodzi o liczbę udzielanych świadczeń, miały 3 rodzaje przyczyn.

Pierwsza przyczyna, o której pani minister wspomniała, to były te ograniczenia administracyjne, obowiązujące w odniesieniu do określonych rodzajów działalności przez określony czas. To jest to, co dotyczyło wyłączenia np. rehabilitacji i wykonywania ambulatoryjnie programów profilaktycznych. To zostało przywrócone w maju. Najpóźniej ograniczenia zostały zdjęte z lecznictwa uzdrowskiego, bo te podmioty

mogły powrócić do normalnej działalności po 15 czerwca. Oczywiście istniała też grupa szpitali jednoimiennych, była to grupa 22 szpitali, która na mocy odrębnej procedury i szczególnych poleceń została wyłączona z realizacji umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na okres polecenia. Tym szpitalom powierzono wykonywanie innych zadań, związanych z leczeniem pacjentów z COVID. To oczywiście również skutkowało tym, że te szpitale nie mogły świadczyć normalnych usług związanych z realizacją umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, ale były po temu konkretne powody i przyczyny, o których państwu wiadomo.

Następna istotna przyczyna to te ograniczenia, które leżały po stronie samych podmiotów leczniczych. Podmioty lecznicze w różny sposób reagowały na stan wprowadzenia pandemii. Niektóre zawieszały swoją działalność, bo miały taką możliwość na mocy ogólnych warunków umów, mogły poinformować o zawieszeniu działalności, zawiadamiając oczywiście niezwłocznie dyrektora oddziału na piśmie o takim stanie rzeczy. To była, można powiedzieć, inicjatywa i decyzja podmiotu. W pierwszym okresie, w kwietniu najwięcej takich zgłoszeń zaobserwowaliśmy w zakresie poradni specjalistycznych, w zakresie leczenia stomatologicznego. Oczywiście dołączyły tu te podmioty, w których była administracyjnie ograniczona działalność. Po stronie podmiotów występowały również takie przyczyny, jak częściowe ograniczenie działalności albo zmiana formy udzielania świadczeń, np. rezygnacja z wizyt osobistych i przejście wyłącznie na teleporady. Tu chciałbym podkreślić, że fundusz nigdy nie rekomendował takiego sposobu działania, wielokrotnie przypominając w komunikatach, że pacjenci muszą mieć zapewnioną możliwość wizyty osobistej, badania osobistego, wtedy kiedy w ocenie lekarza problem zdrowotny za pomocą teleporady nie może zostać rozwiązany. Ograniczenia ilościowe były też wywołane przejściowymi problemami kadrowymi, spowodowanymi np. tym, że pracownicy jakiejś komórki organizacyjnej czy podmiotu byli poddani kwarantannie czy też szli na zwolnienia lekarskie. To były oczywiście przyczyny o charakterze przejściowym.

I wreszcie trzecia grupa przyczyn, związana z lękiem pacjentów i obawami przed udzieleniem świadczenia, obawa o zapewnienie bezpieczeństwa w sytuacji udzielania świadczenia.

Dotyczyło to oczywiście przede wszystkim planowych świadczeń. Pacjenci, kierując się takim lękiem, odraczali planowe zabiegi, planowe badania, planowe wizyty. To jest trzecia grupa przyczyn.

A skutki wszystkich przyczyn razem przedstawię państwu w ujęciu ilościowym. Dane, jakie mamy w tej chwili to są dane na koniec lipca. Przedstawię je po kolei co do poszczególnych rodzajów umów.

Największy zakres mają umowy szpitalne na tzw. podstawowy system zabezpieczenia. W zakresie umów objętych ryczałtem w kwietniu nastąpił, można powiedzieć, największy dołek w ich wykonaniu, było to średnio ok. 45% w skali kraju, przy czym od maja obserwujemy stopniowy wzrost, odpowiednio 63%, 78%, a w lipcu już 85% stopnia realizacji umów, co skutkuje tym, że, biorąc pod uwagę nadwykonania w styczniu i lutym, za okres 7 miesięcy stopień realizacji w tym zakresie świadczeń wynosi ok. 80,3%. Mówię o wartości umowy dla 7 miesięcy.

Tutaj chciałbym też zwrócić uwagę na to, że to jest oczywiście wartość uśredniona. Ta wartość jest zróżnicowana w poszczególnych województwach, tzn. są województwa, które mają w oddziałach blisko 90-procentowy, osiemdziesięciokilku procentowy stopień realizacji tych umów, a są takie województwa, w których jest to nieco ponad 70%. Różnice regionalne są jeszcze bardziej widoczne, gdy popatrzymy na poszczególne podmioty, tutaj te różnice bywają jeszcze większe, a są one uwarunkowane przyczynami, które trudno nam tak punktowo w każdym przypadku zbadać i ocenić.

Przechodzę do pozostałych umów. Jeśli chodzi o chemioterapię i radioterapię – mówimy o świadczeniach onkologicznych, zwracam na to uwagę, bo to też jest problem podnoszony w debacie publicznej – to tutaj nie było takiego spadku w kwietniu, choć w niewielkim stopniu on był zaznaczony, także w miesiącach kolejnych, ale można powiedzieć, że jeśli chodzi o leczenie onkologiczne, to system, patrząc na liczbę sprawozdanych świadczeń oraz relację do zawartych umów, w czerwcu i w lipcu pracuje już normalnie. Poziom wykonania umów to jest mniej więcej 98–99% w przypadku chemioterapii, a w przypadku radioterapii to jest powyżej 100%. Największy spadek, jaki zanotowaliśmy w radioterapii, proszę państwa, to było tak naprawdę w maju i to było 97%, tak że jeśli chodzi



o leczenie radioterapią, można powiedzieć, że wpływ na tę grupę pacjentów, jeśli chodzi o COVID, wydaje się znikomy, przynajmniej w ujęciu ilościowym.

Jeszcze lepszą sytuację mamy w programach lekowych. Stopień realizacji umów w programach lekowych w lipcu podskoczył nam do 128%. W czerwcu było to 100%, a w najgorszym okresie, czyli w marcu, było to 73%, bo już od kwietnia ta realizacja była bliska 100%, jeśli chodzi o terapię w programach lekowych.

Świadczenia wysokospecjalistyczne. Tutaj podobnie, w lipcu – już 120%, w czerwcu – 111%, jeśli chodzi o stopień realizacji umów. W analizowanym okresie, czyli za okres 7 miesięcy, w tych świadczeniach jest przekroczenie, czyli 106% realizacji wartości umów. Podobnie jest w przypadku badań obrazowych, zarówno w tomografii komputerowej, jak i w rezonansie magnetycznym.

Ja za chwileczkę jeszcze podam informacje o tym, jak wygląda kwestia czasów oczekiwania i kolejek, bo to też jest ważne, żeby można było kompleksowo interpretować te dane.

Proszę państwa, jeśli chodzi o grupę zabiegów planowych objętych osobnymi umowami, są to zabiegi w zakresie wymiany stawu biodrowego oraz operacje zaćmy. Rzeczywiście te planowe zabiegi, można powiedzieć, i planowe leczenie były najbardziej wrażliwe na skutki związane z pandemią. W kwietniu było to tylko 18% realizacji umów, w maju – 50%, w czerwcu już – 93%, w lipcu – 97%, więc wyraźnie widać, że dostępność w ostatnich 2 miesiącach jest praktycznie zbliżona do stanu sprzed pandemii.

Ja chciałbym jeszcze zwrócić uwagę na drugą przyczynę, która dotyczy tej grupy zabiegów, ale też planowych zabiegów kardiochirurgicznych i innych. Otóż wprowadzone zostały pewne wytyczne, ale nie ograniczenia administracyjne, tylko wytyczne o charakterze miękkim, dotyczące zabiegów przeprowadzanych z przetoczeniami dużych ilości krwi. Endoprotezoplastyka stawu biodrowego należy do takiej grupy zabiegów. Mając sygnały ze stacji krwiodawstwa o tym, że w stacjach krwiodawstwa znacznie spadła liczba krwiodawców i mniej jest oddawanej krwi, a w związku z tym kurczą się zapasy, zareagowaliśmy na to w ten sposób, że skierowaliśmy w komunikacie wytyczne do świadczeniodawców, określając grupę, o ile dobrze pamiętam, 9 albo 10 rodzajów zabiegów, w przypadku których

zużycie krwi jest największe, aby odroczyć zabiegi planowane, tam gdzie odroczenie nie wywołuje jakichś negatywnych skutków dla pacjenta, a przeprowadzać tylko zabiegi w trybie pilnym. Te problemy z zapasami krwi nieco się zmniejszyły, ale teraz, jak państwo wiecie, ostatnio znowu są sygnały o tym, że zapasy krwi się kurczą. Stąd działania, które z wiadomych powodów mają na celu ochronę zasobów krwi dla tych osób, którym będą one służyły do ratowania życia, tak aby w nagłych przypadkach nie zabrakło tej krwi dla osób najbardziej potrzebujących. To była kolejna przyczyna, dla której stopień realizacji planowych zabiegów endoprotezoplastyki był mniejszy. W kwietniu to było 18%, w maju – średnio 50%, ale już w czerwcu – 93% i w lipcu – 97%.

W przypadku operacji zaćmy problem krwi oczywiście nie występuje, ale planowe zabiegi w kwietniu to było jedynie 6% wszystkich wykonywanych, w maju – 34%, w czerwcu – 68% i to wraca do poziomu mniej więcej 70% realizacji umów z minionych okresów.

Jeśli chodzi o opiekę psychiatryczną, można powiedzieć, że ten rodzaj umów był stosunkowo najmniej wrażliwy na COVID, ponieważ spadki w realizacji umów w najgorszym okresie, czyli w kwietniu, sprawiały, że wykonanie sięgało ok. 80%. W lipcu było to już ok. 98%, nieco mniej, bo ok. 90%, było w czerwcu. Tak więc można powiedzieć, że dostęp do opieki psychiatrycznej też został już przywrócony, tak to wygląda, jeśli chodzi o ten rodzaj świadczeń.

Rehabilitacja, jak państwo pamiętacie, została zamknięta na okres prawie 2 miesięcy, jeśli chodzi o świadczenia ambulatoryjne, ale świadczenia szpitalne cały czas były wykonywane. Można powiedzieć, że ten segment ambulatoryjny świadczeń rehabilitacyjnych bardzo szybko wrócił do normy, bo po przywróceniu działalności realizowane jest mniej więcej 110–120% wartości miesięcznych kontraktów. To są dane za czerwiec i lipiec. Tak więc tutaj bardzo szybko odrabiane są te zaległości w wykonaniu. Jeśli zaś chodzi o rehabilitację stacjonarną, czyli w umowach szpitalnych, to tam było największe ograniczenie, które wystąpiło – już państwu mówię – w kwietniu. Wtedy było to 55% realizacji umów, podobnie w maju. Ale w czerwcu ta rehabilitacja szpitalna osiągnęła już 80% realizacji, a w lipcu było to 90%.

No i wspomniane tu już wcześniej leczenie stomatologiczne, które również podlegało

pewnym ograniczeniu. Tutaj akurat stało się tak, że bardzo duża liczba podmiotów niejako odolnie, sama zawiesiła swoją działalność i zgłosiła przerwę w wykonywaniu działalności. Stąd takie spadki w realizacji umów. Na początku było to 19%, w maju było to już 54%, w czerwcu – 85% i w lipcu – 97%, czyli na podstawie danych za lipiec można powiedzieć, że w tym sektorze świadczeń zdrowotnych udzielanie świadczeń też praktycznie zostało przywrócone do poziomu sprzed pandemii.

Podsumowując, trzeba powiedzieć, że w 3 rodzajach świadczeń, gdy patrzymy na ilościowe ograniczenie wykonania w stosunku do zawartych umów, świadczeniodawcy mogą mieć problem niejako z odrobieniem zaległości, jeśli tak to ujmemy, do końca okresu rozliczeniowego, którym jest rok kalendarzowy, czyli do 31 grudnia. W związku z tym w zakresie ryczałtu PSZ, rehabilitacji stacjonarnej oraz leczenia stomatologicznego rozważane jest wydłużenie okresu rozliczeniowego, aby świadczeniodawcy mogli te świadczenia wykonać i zrealizować umowy.

Nie przewidujemy, Drodzy Państwo, przynajmniej na dzień dzisiejszy, jakiejś formy abolicji w nierealizowaniu umów i możliwości zapłaty za niewykonane w związku z tym świadczenia, ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia stoi na stanowisku, że byłoby to działanie na szkodę ubezpieczonych i powodowałoby ograniczenie dostępu do świadczeń. Pewne mechanizmy, które były stosowane w sektorze ochrony zdrowia, związane z zapewnieniem płynności, z zapewnieniem ciągłości działalności, ochroną miejsc pracy, również dla przedsiębiorców, którzy w tym sektorze działali, były związane z przejściowym okresem wypłaty tej 1/12 zaliczkowej wartości kontraktu. Przepisy dotyczące możliwości zaliczkowego płacenia przestały obowiązywać z dniem 4 września. My przypomnieliśmy świadczeniodawcom, że nie ma już podstawy do takiego rozliczania. W naszym przekonaniu to, że od 5 września będziemy rozliczać świadczeniodawców wyłącznie z liczby zrealizowanych świadczeń na podstawie sprawozdanych i wykonanych świadczeń, również przyczyni się do poprawy ich dostępności, ale będziemy mogli to zaobserwować, jak myślę, najwcześniej w połowie października, kiedy otrzymamy dane sprawozdawcze za wrzesień. Według nas jest to istotny mechanizm, dlatego że, jak zaobserwowaliśmy, te przepisy w chwili

obecnej przestały pełnić funkcję taką, jaką pełniły na początku pandemii, czyli przestały, jak się wydaje, pełnić funkcję służącą ochronie miejsc pracy, a w pewnym stopniu być może demotywowowały świadczeniodawców do wykonania świadczeń zdrowotnych.

Chciałbym również poinformować, jak wygląda monitorowanie dostępności za pomocą oceny stanu kolejek. W związku z tym, że na okres pandemii w marcu została zawieszona obowiązkowa sprawozdawczość, jeśli chodzi o liczbę oczekujących w kolejce, i podobnie jak w przypadku tej 1/12 te przepisy wygasły 4 września, w ubiegłym tygodniu przypomnieliśmy świadczeniodawcom o tym, że ten obowiązek został przywrócony i tak naprawdę on istnieje od poniedziałku. Szanowni Państwo, jest jeszcze za wcześnie, żeby ocenić skutki, przedstawić, jak wygląda rzeczywisty stan dostępności mierzony kolejkami, krótko mówiąc, czy one są w tej chwili większe niż były przed pandemią, czy są mniejsze, czy są takie same, dlatego że mamy dopiero третią dobę, kiedy tak naprawdę ten obowiązek sprawozdawczy został przywrócony, i kompletność sprawozdawczości jest w tej chwili znikoma. Świadczeniodawcy jeszcze nie sprawozdają nam tego w takim stopniu, żeby można było zaprezentować wnioski wynikające z tych danych. Ale niezwłocznie, gdy tylko te dane będziemy mieli – oczywiście będziemy też interweniować, żeby takie dane przekazywali ci, którzy ich nie przekazują – zaprezentujemy państwu obiektywne informacje dotyczące liczby osób oczekujących na poszczególne rodzajach świadczeń.

Chciałbym też jeszcze wspomnieć, bo pojawił się wątek POZ, że w okresie epidemii do 27 lipca, również na mocy przepisów związanych z COVID, została zawieszona możliwość przeprowadzania kontroli u świadczeniodawców. Ta możliwość praktycznie istnieje ponownie od sierpnia. W pierwszej kolejności czynności kontrolne zostały skierowane w stronę praktyk lekarzy POZ. Od mniej więcej 2 tygodni trwa taka celowana, koordynowana kontrola w całej Polsce, jeśli chodzi o badanie dostępności w zakresie praktyk lekarzy POZ. Badane są zarówno w ogóle możliwość dodzwonienia się do praktyki pod podany do wiadomości publicznej numer i możliwość rejestracji, jak i badane jest to, czy jest to możliwość umówienia się wyłącznie na teleporadę, czy też pracownicy funduszu mają możliwość...

Oczywiście jest to w robione formie takiego badania „tajemniczy pacjent”, to znaczy, że dopiero na końcu rozmowy telefonicznej pracownicy funduszu informują, że były to czynności sprawdzające, dotyczące badania dostępności. Ta kontrola jest w toku. Ja jeszcze nie mogę państwu przedstawić zbiorczych danych, jak to wygląda, ale będziemy mieli obraz sytuacji na podstawie dużej liczby koordynowanych działań, które są przeprowadzane w tej chwili w całym kraju.

Również zwiększeniu wiedzy na temat tego, jak funkcjonuje podstawowa opieka zdrowotna, służyło wydane przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 26 sierpnia zarządzenie o obowiązkowej sprawozdawczości lekarzy POZ od 1 września, dotyczące wykonanych teleporad oraz wizyt osobistych w gabinecie bądź wizyt domowych. Do tej pory nie było takiego obowiązku. Wprowadziliśmy to również po to, żeby mieć rzetelną i obiektywną wiedzę o tym, w jakiej skali w poszczególnych praktykach lekarzy POZ te porady są udzielane zdalnie, a w jakiej skali są udzielane osobiście. Jak państwo wiecie, nałożenie tego obowiązku już spotkało się z protestami części środowiska lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ale na razie ono obowiązuje. Zaczekamy. Tak naprawdę w październiku zobaczymy, jaka część podmiotów sprawozdaje nam te dane, jaka nam nie sprawozdaje i co wynika z otrzymanej sprawozdawczości.

Tak że, jeśli można, taka byłaby w pewnym skrócie informacja zarówno o charakterze ilościowym, jak i o różnych działaniach, które zostały podjęte w ostatnich tygodniach. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Prezesie, za wyczerpującą informację, jeżeli chodzi o wszystkie szczegóły związane z ilościowymi danymi obrazującymi ograniczenie udzielanych świadczeń.

Nic pan nie powiedział, Panie Prezesie, o AOS, a to też jest dosyć duży problem. Przy okazji mam pytanie, bo oprócz takich bardzo szerokich wątpliwości merytorycznych wiele wątpliwości również w odniesieniu do szczegółów mają zarówno świadczeniodawcy, jak i pacjenci. I mam takie szczegółowe pytanie. Otóż do AOS, do placówek dotarła informacja

przedstawiona przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a mianowicie, otrzymali oni aneksy, które mają zmniejszyć wartość kontraktu na rok 2020 o niewykonanie z pierwszego półrocza. I to rodzi wątpliwość, ponieważ zapowiedź była taka, że rozliczenie będzie możliwe do czerwca 2021 r. Stąd pytanie: czy jeżeli świadczeniodawcy podpiszą te aneksy, to całe niewykonanie z pierwszego półrocza będzie musiało być rozliczone w tym roku i czy te pieniądze rzeczywiście zostaną pomniejszone?

**ZASTĘPCA PREZESA  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  
BERNARD WAŚKO**

Już odpowiadam na to pytanie. Otóż w umowach, które określały kwotę zobowiązania, w tym liczbę świadczeń, dyrektorzy oddziałów, widząc, że jest duży stopień niewykonania, mają zablokowane pewne środki finansowe. Ażeby móc przeznaczyć je na inne pozycje w planie finansowym, muszą w pierwszej kolejności analizować te rezerwy, co do których wydaje się, że w tym roku i w tym planie finansowym, w planie na ten rok, bo do 31 grudnia, nie zostaną wykonane. Ale to oznacza, że nastąpi tylko realokacja do 31 grudnia środków uwolnionych z tej części aneksów i przekazywanych na sfinansowanie innej części świadczeń. Tymczasem, Drodzy Państwo, zgodnie z tym, jak to było w latach ubiegłych, mniej więcej od 2 lat my płacimy za wszelkie nadwykonania w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Jeżeli więc takowe się pojawią, to one z kolei będą aneksami zwiększającymi zapłacone, oczywiście w ramach zwiększonych również planów finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia. Tak że to jest działanie o charakterze przejściowym i bardziej dostosowawczym niż ograniczającym.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze. Dziękuję bardzo.

W takim razie chciałabym oddać głos stronie pacjentów. Wiem, że panie macie przygotowane raporty i pewnie będziecie się również odnosiły do tego, co zostało powiedziane przez panią minister i pana prezesa.

Bardzo proszę, może pani pierwsza. Proszę się przedstawiać. Dobrze?

**PREZES OGÓLNOPOLSKIEJ FEDERACJI  
ONKOLOGICZNEJ  
DOROTA KORYCIŃSKA**

Dzień dobry państwu.

Nazywam się Dorota Korycińska. Jestem prezesem Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej.

Chciałabym się odnieść do słów, które powiedziała pani minister, również do wypowiedzi pana prezesa, i troszeczkę szerzej może przedstawić pewne problemy, które wystąpiły ze strony pacjenckiej.

Otóż, co chcę powiedzieć na samym początku? Szanowni Państwo, coraz częściej powtarzane są takie słowa, że sytuacja w onkologii, która rzeczywiście w tej chwili jest dramatyczna, fatalna, wynika z tego, że pacjenci się boją. Ja stanowczo protestuję przeciwko obciążaniu pacjentów tą sytuacją, jaka jest, i tłumaczeniu tego tylko i wyłącznie lękiem. Oczywiście ten lęk jest, ale nie jest to jedyna przyczyna. Warto się zastanowić, co się składa na ten lęk, co spowodowało ten lęk pacjencki oraz co zrobiono i co można zrobić, żeby tego lęku nie było, żeby zachęcić pacjentów, którzy rzekomo tylko się boją i dlatego nie trafiają w odpowiednim czasie do szpitali, do tego, aby do tych szpitali trafili. Nie zgadzamy się na obciążanie pacjentów winą za tę fatalną sytuację, jaka jest. Nie dotyczy to tylko pacjentów onkologicznych, bo generalnie jest taka tendencja, żeby mówić, że wszystko jest winą pacjentów.

Otóż, proszę państwa, na początku epidemii nastąpił ogromny chaos informacyjny i pacjenci nie wiedzieli, co mają ze sobą zrobić, część szpitali została zamieniona na szpitale jednoimienne, a pacjenci nie otrzymali informacji, co dalej zrobić, gdzie mają się podziąć, czy będą mieli leczenie, jak mają postąpić w tej sytuacji. Podobne sytuacje miały miejsce również w tych przypadkach, w których na oddziałach onkologicznych diagnozowano COVID albo było takie podejrzenie. Pacjenci pozostawali bez informacji, co można zrobić. W naszym odczuciu, po analizie tamtego stanu z marca i z kwietnia, główną przyczyną wszelkich trudności był brak informacji. Niestety ta polityka informacyjna, również sprzeczne informacje, o czym dobrze

wiemy, wpłynęły bardzo silnie na to, że pacjenci na leczenie nie trafiali.

Proszę jeszcze pamiętać o takiej rzeczy, jak nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych. COVID również miał na to wpływ. Otóż nie wszyscy pacjenci mieszkają w Warszawie, w Poznaniu, we Wrocławiu, w dużych miastach. Są też tacy, którzy mieszkają w miejscowościach znacznie oddalonych od dużych ośrodków medycznych, a w czasie epidemii COVID całkowicie zlikwidowano prywatne i publiczne połączenia komunikacyjne. I są ludzie, którzy po prostu nie mają jak dojechać do szpitala, nie mają za co i nie mają czym, więc nie możemy mówić tylko i wyłącznie o lęku. Pani minister powiedziała, że pacjenci podejmowali ryzykowne decyzje o niezgłaszaniu się w celu udzielenia świadczeń, ale jednocześnie powiedziała pani, że zawieszono udzielanie wielu świadczeń. W tej wypowiedzi jest sprzeczność. To nie jest tak, że pacjenci nie podejmowali świadczeń, tylko to jest również taki problem, że tych świadczeń nie mieli gdzie podejmować.

Chciałabym państwu przeczytać, co pacjenci myślą na temat mówienia o tym, że pacjent się boi. Przeczytam wpis jednej kobiety, która tak skomentowała głośną wypowiedź jednej z osób, już nie pamiętam kogo: „To nie jest kwestia strachu pacjenta przed COVID, tylko dostępności leczenia i diagnostyki. Dla przykładu w marcu i kwietniu w WCO zlecenia na badania otrzymywały tylko osoby bardzo pilnie definiowane, tak według wiedzy lekarza. Moja mama w tym okresie została odesłana po tym, jak poprosiła o badania, gdyż podejrzewała przerzut. Poproszono ją o ponowne przyjscie w czerwcu”. Ta pani pisze o marcu i kwietniu. „Kilka dni później po prywatnych konsultacjach onkologicznych została przyjęta do innego szpitala, gdzie badania wykonano i okazało się, że ma już liczne przerzuty. Nikt podczas leczenia w WCO, ani wcześniej, ani podczas wizyty w kwietniu, nie zlecił badań kontrolnych, mimo zgłaszanych objawów i zakończonej chemioterapii i radioterapii. Przez system, gdzie nie ma lekarza prowadzącego, nikt nie czuje się odpowiedzialny za wysłanie na badania kontrolne. Każdy zrzuca ten obowiązek na innego lekarza, chemioterapeuta na radiologa i na odwrót. Dlatego jak czytam, że to pacjenci boją się zgłaszać do specjalistycznych placówek onkologicznych przez COVID, to nie wierzę własnym oczom”.

Proszę państwa, byłoby dobrze, gdybyśmy wszyscy przyjęli taką informację, że to nie jest tylko i wyłącznie lęk pacjentów, a ten lęk pacjentów jest spowodowany szeregiem czynników. Chciałabym tylko państwu przypomnieć, że w marcu mówiono wszystkim, żeby zaniechać niepotrzebnych wizyt i je znacznie ograniczyć ze względu na niebezpieczeństwo zarażenia się. Również w marcu, chyba 16 marca prezes funduszu zdrowia wydał rozporządzenie, na mocy którego placówki medyczne miały obowiązek znacznie ograniczyć wiele wykonywanych świadczeń. W związku z tym pacjenci zachowali się tak, jak od nich oczekiwano. Proszę dzisiaj się nie dziwić, że pacjenci się nie pojawili. To nie był tylko lęk. To było dokładnie takie zachowanie, jakie było w tamtym czasie sugerowane.

I chciałabym zauważyć jeszcze jedną rzecz. Społeczeństwo polskie okazało się bardzo zdyscyplinowane i rzeczywiście po tych licznych apelach pacjenci nie pojawiali się w placówkach medycznych. Tamta akcja, bardzo duża akcja do tego doprowadziła. Wydaje mi się, że można to dzisiaj odwrócić i zrobić wszystko, zorganizować podobnie ogromną akcję, żeby pacjenci wrócili do tych placówek medycznych.

I chciałabym powiedzieć jeszcze jedno, jeżeli chodzi o pacjentów onkologicznych, bo temat jest oczywiście bardzo szeroki i w nieskończoność można mówić o tym, co się wydarzyło w ciągu tych ostatnich miesięcy. Ogólnopolska Federacja Onkologiczna, widząc narastające problemy, również na podstawie bezpośrednich kontaktów z pacjentami, prosiła, apelowała. Już chyba w maju albo w czerwcu, przewidując to, co się wydarzy, czego teraz doświadczamy – i niestety będziemy doświadczali tych tragedii ludzkich w następnych miesiącach i latach – apelowaliśmy o Tarczę dla onkologii. Nie doczekaliśmy się. W związku z tym sami podjęliśmy inicjatywę i prosiliśmy o spotkania w Ministerstwie Zdrowia, co nam się udało. Rozmawialiśmy na temat rozwiązań, prostych naszym zdaniem, chociaż minimalnych, takich, żeby ci pacjenci poczuli się bezpieczniej i żeby pomóc im wrócić do leczenia. Spotkaliśmy się dwukrotnie i niestety nie mamy dobrych informacji, tzn. nasze apele, nasze propozycje, zdaje się, zderzyły się ze ścianą. Czego my oczekiwaliśmy? Czytelnego i sprawnie działającego systemu informacji dla pacjentów. Oczekiwaliśmy, że Ministerstwo Zdrowia będzie koordynatorem przekazywania informacji dla

pacjentów w tym sensie, że np. jeżeli jest szpital zamieniany na jednoimienny, to będzie informacja, gdzie pacjenci mają się udać. Prosta rzecz; w marcu i kwietniu był chaos. A jeżeli na oddziale zostanie wykryty COVID, to na stronie urzędu centralnego będzie informacja: w szpitalu w miejscowości X jest COVID, pacjentów prosimy o zgłaszanie się do szpitala w miejscowości Y – najbliższej. Dowiedzieliśmy się, Szanowni Państwo, że nie jest to możliwe, ponieważ Ministerstwo Zdrowia nie ma wiedzy o wszystkich placówkach onkologicznych. Ja mam tutaj apel do pana prezesa funduszu zdrowia. Może taki system informacji – prosty, czytelny dla pacjentów – uda się opracować w ramach funduszu zdrowia. No, nie mieści się w głowie, że w tak dużym kraju można nie mieć informacji o wszystkich placówkach onkologicznych w kraju. Być może można to zrobić na poziomie również wojewódzkim. Chcemy, żeby była bieżąca aktualizacja ośrodków przejmujących pacjentów ze szpitali jednoimiennych i tych chwilowo zamkniętych z powodu COVID. Chodzi o to, żeby pacjenci mieli taką prostą informację.

Oczekiwaliśmy również czytelnej informacji dla pacjentów, zapewnienia, że placówki medyczne są zabezpieczone w środki ochrony osobistej, i konkretnego rozporządzenia, które reguluje źródło finansowania zabezpieczenia w środki ochrony osobistej. To, co działo się na początku, te dramatyczne apele szpitali o to, żeby ludzie robili składki, również wpłynęło na silny brak poczucia bezpieczeństwa pacjentów. Oni teraz tak naprawdę nie wiedzą, czy jest dobrze, czy nie jest.

Oczekiwaliśmy również, żeby był systematyczny monitoring diagnostyki i leczenia onkologicznego i żeby była utworzona szybka ścieżka dla pilnych pacjentów, czyli dla tych, którzy nie dostali się do ośrodków medycznych. Tak jak w tym wpisie kobiety, która opisała drogę swojej mamy... Chodzi o to, żeby dla tych pacjentów można było coś zrobić, tak żeby jak najszybciej trafili na leczenie.

Prosiłabym również... I tutaj mam prośbę do pana prezesa funduszu zdrowia, żeby odblokować portal: [terminyleczenia.nfz.gov.pl](http://terminyleczenia.nfz.gov.pl). Tu nie chodzi tylko to, żeby była ta informacja, dostęp do monitoringu kolejek. To było w tym okresie jedyne źródło informacji dla pacjentów, gdzie mogą się zgłosić na badania. Pozbawieni tej możliwości zostali pozostawieni całkowicie sami

sobie. Wykonywali dziesiątki, setki połączeń telefonicznych dziennie, żeby się dowiedzieć, gdzie mogą zrobić zwyczajne badanie.

Myślę, mam nadzieję, że ten nasz apel, by przestać mówić o tym, że pacjenci się nie zgłaszają, bo się boją, zostanie przez państwa wysłuchany, że trochę zmienimy tę narrację i rozpoczniemy dyskusję na ten temat tego, co zrobić, żeby przekonać pacjentów... Bo samo stwierdzenie faktów i szukanie winnych chyba nie ma w tej chwili sensu. Trzeba znaleźć rozwiązania. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję pani bardzo.

Rzeczywiście chyba wszyscy odczuliśmy brak informacji i rzetelnego dialogu – nie tylko z pacjentami, ale także z całym środowiskiem medycznym. To wielokrotnie padało w różnych dyskusjach, że te przekazy były sprzeczne. Niestety to bardzo utrudniało... Przez ten brak informacji, przez brak rozmów doszło do sytuacji takiej, że pacjenci... No, w pierwszym okresie, tak jak pani powiedziała, zgodnie z wytycznymi się zachowali.

Ja chciałabym tutaj uściślić kwestię powrotu pacjentów na listę oczekujących. Otóż z odpowiedzi, jakie ja otrzymałam od pani minister zdrowia, od pana ministra zdrowia... Wyjaśnienie kwestii powrotu na listę jest oto takie. Należy złożyć ponowny wniosek o przywrócenie na listę oczekujących, który to wniosek powinien być zgłoszony do świadczeniodawcy nie później niż w terminie 14 dni od zakończenia okresu epidemii. W ten sposób pacjent ma potwierdzić, że nadal jest zainteresowany uzyskaniem świadczenia. Czy tak, Pani Minister, ma wyglądać powrót pacjentów do leczenia w AOS? Jak podejrzewam, chodzi tutaj także o świadczenia szpitalne, o wszystkie świadczenia planowe, które zgodnie z wytycznymi państwa zostały wstrzymane. 15 marca został wydany komunikat przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który czasowo, aby zminimalizować ryzyko infekcji COVID... To jest komunikat o czasowym zawieszeniu udzielaniu świadczeń, planowych pobyków w szpitalach, a także diagnostyki. I teraz pytanie, jak ten pacjent ma wrócić do tej kolejki. Czy rzeczywiście potrzebny jest kolejny

wniosek? Jak dla mnie jest to po prostu awykonalne, żeby 14 dni od zakończenia epidemii... My cały czas jesteśmy w czasie epidemii. Jak to wygląda, Pani Minister?

Za chwilę udzielę pani głosu, ale jeszcze chciałabym wysłuchać strony pacjentów.

Proszę bardzo, która z pań chciałaby zabrać głos?

Proszę.

**WICEPREZES ZARZĄDU  
FUNDACJI ONKOLOGICZNEJ „ALIVIA”  
AGATA POLIŃSKA**

Dzień dobry. Ja się nazywam Agata Polińska. Reprezentuję fundację Alivia i pacjentów onkologicznych. Bardzo dziękuję pani przewodniczącej za zwołanie tego posiedzenia komisji. Jest to rzeczywiście ważne spotkanie.

Pani Minister, Panie Prezesie, chciałabym zacząć moją wypowiedź od tego, że wydanie wytycznych, rozporządzeń i zaplanowanie pewnej strategii nie oznacza jeszcze wdrożenia tych rozwiązań na poziomie placówek. Zarządzanie jest nie tylko wydawaniem poleceń, ale również sprawdzaniem, na ile te polecenia są faktycznie realizowane. Raport, który możecie państwo sobie pobrać, jeżeli ktoś nie ma... Główny wniosek z tego raportu jest taki, że ministerstwo wydaje rozporządzenia, sanepid wytyczne itd., ale niestety nie ma żadnych narzędzi ani danych, które pozwalałyby sprawdzić, na ile to, co jest zaplanowane, jest w ogóle realizowane. Myślę, że to jest problem dotyczący istnienia rzeczywistości równoległych. Z państwa perspektywy to wszystko wygląda świetnie, natomiast z perspektywy pacjenta to wygląda tak, jak opisaliśmy to w tym naszym raporcie.

Szanowni Państwo, przepytaliśmy 500 pacjentów o ich doświadczenia w trakcie epidemii w ośrodkach onkologicznych. Dane dotyczące odpowiedzi możecie państwo znaleźć w tym raporcie. Pani minister mówiła, że były dostarczane środki ochrony osobistej. W dniu ogłoszenia bodajże stanu epidemii napisałam do ministra zdrowia, pana Szumowskiego, list z prośbą o uwzględnienie specyficznej sytuacji pacjentów onkologicznych – ich obniżonej odporności, większej podatności na zakażenia, słabego stanu zdrowia ogólnego – i z prośbą o zabezpieczenie w pierwszej kolejności szpitali onkologicznych,

oprócz szpitali jednoimiennych. Przez 2 tygodnie nie było żadnej reakcji, więc po 3 tygodniach napisałam kolejne pismo, prosząc o to, żeby te szpitale zostały zabezpieczone i żeby była możliwość przeprowadzania tam testów wśród personelu na obecność wirusa. Kolejne onkologie były, że tak powiem, wysadzone w powietrze... Doniesienia medialne były bardzo alarmujące, kolejne wielkie centra onkologii były zamykane, a pacjenci zostawali z niczym.

Ja przeczytam jeden cytat... Tych cytatów tutaj jest 5 stron. Proszę się z nimi uważnie zapoznać. To jest właśnie obraz onkologii z punktu widzenia pacjenta. Myślę, że te cytaty są najcenniejszym elementem tego raportu, bo one pokazują, jak ten system, jak te państwa wytyczne działają w praktyce. A działają tak.

„W samym centrum onkologii nie było źle, natomiast operacja złośliwego guza trzustki ucieka w odległy termin z powodu niemożności przeprowadzenia zabiegu w innym szpitalu, który ma być przygotowanym do operacji usunięcia guza. Skierowanie na cito posiadam od lutego. Szpital na ulicy X” – ulica do wiadomości fundacji; takie dane były nam podawane, myśmy je zanonimizowali – „anulował mi termin, gdy stał się szpitalem jednoimiennym. Inne nie chcą zapisać, pomimo że skierowanie jest na cito. Skierowanie leży w domu, a rak nie czeka. Żeby choć eutanazję zalegalizowali”.

„Brat miał wizytę u onkologa w Kielcach w ostatnich dniach lutego i dostał skierowanie na usunięcie przerzutu czerniaka z zaznaczeniem „pilne” i trzema wykrzyknikami. Miał czekać na telefon. Do dziś zero informacji, żadnego telefonu, wyjaśnienia. Nowotwór i strach, i depresja. To są zabiegi czy operacje ratujące życie? Czy nie powinny być realizowane niezależnie od epidemii?”.

Tych cytatów jest jeszcze bardzo wiele. Są też dane procentowe, które mówią o tym, że mniej więcej 36% chorych potwierdziło, iż ich leczenie było odraczane lub odwoływane ze względu na epidemię koronawirusa. Część personelu, który przepytaliśmy anonimowo, potwierdziła nam, że były odwoływane u pacjentów procedury, których z medycznego punktu widzenia nie należało przekładać. 29% personelu medycznego poinformowało, że nie może skorzystać z testów wykrywających SARS-CoV-2. 11% chorych i 37% personelu potwierdziło, że lekarze i pielęgniarki nie mieli odpowiednich środków ochronnych.

30% chorych zgłosiło, że w placówkach nie dało się zachować 2 m odstępu od innych pacjentów. 36% ośrodków było trwale lub częściowo zamknięte ze względu na wystąpienie zakażeń wirusem SARS-CoV-2. 26 placówek nie posiadało planu zapewnienia ciągłości leczenia na wypadek konieczności zamknięcia. 40% personelu zgłosiło, że ograniczono im możliwość wypowiedzi na temat działania placówki w czasie epidemii. 36% pacjentów przyznało, że nie czuło się bezpiecznie pod kątem zabezpieczenia przed możliwością zarażeniem wirusem w ośrodku. Z czego to wynikało? Np. z tego, że zaobserwowali, iż personel nie ma środków ochronnych. Mamy 11% takich zgłoszeń. Kolejne 4%, że ma tylko częściowo...

Szanowni Państwo, pan prezes mówi, że w radioterapii i chemioterapii zostało wykonanych mniej więcej tyle samo świadczeń. Jest to dosyć zaskakujące, bo mamy informacje, że kart DiLO zostało wydanych w tym okresie stanowczo mniej – 18,5 tysiąca mniej. Pytanie, Panie Prezesie, jakie były nadwykonania w tym obszarze w zeszłym roku. Plan jest planem, a realna liczba chorych zazwyczaj jest większa i zazwyczaj te plany są nadwykonywane, a nawet jeżeli nie, to... Jeżeli to jest porównanie do zeszłego roku, to od zeszłego roku powinniśmy mieć więcej tych pacjentów, bo co roku rośnie, przyrasta liczba chorych, i to dosyć intensywnie przyrasta.

Co ciekawe – może wspomnę o tym, może warto – Krajowa Sieć Onkologiczna, która miała zapewnić koordynację opieki, lepszą opiekę nad pacjentem, zabezpieczenie ciągłości leczenia itd... Wyniki, które uzyskaliśmy od pacjentów leczonych w ośrodkach włączonych do Krajowej Sieci Onkologicznej, okazały się nieznacznie, ale gorzej od wyników uzyskanych od pacjentów leczonych w placówkach poza siecią. To pokazuje, że założenia nie zawsze są realizowane w praktyce. Dopóki tego nie zaczniemy sprawdzać, dopóty będziemy żyli w świecie teorii, a nie w rzeczywistym świecie.

Moje pytanie jest takie. Jak to się stało, że jest mniej kart DiLO, a świadczenia zostały wykonane w tym samym zakresie? Czy to przypadkiem nie jest tak, że są raportowane jakieś świadczenia, które nie zostały wykonane? Wiemy, że były przypadki, że placówki nie przyjmowały pacjentów, a jednocześnie nie raportowały do NFZ o tym, że są zamknięte. Mówiły to pacjentom, a dla NFZ były placówkami otwartymi. Pytanie,

czy państwo jesteście w stanie to weryfikować, kontrolować i nad tym zapanować.

I kolejna, szalenie ważna rzecz, o której tutaj moja poprzedniczka wspomniała, czyli koordynacja leczenia. W tej chwili jest tak, że pacjent, który jest leczony i nagle ten szpital zostaje oparty przez wirus, zostaje kompletnie z niczym – on nie wie, gdzie ma pójść, jest odsyłany, nikt go nie chce przyjąć. Mieliliśmy ostatnio dyskusję na temat jeżdżącego pomiędzy szpitalami pacjenta z krwawieniem z odbytu. Wszyscy, dokładnie wszyscy go odsyłali. Czy macie państwo pomysł na koordynację tego leczenia? Najwyraźniej ta koordynacja w onkologii została, w tym najtrudniejszym momencie, zrzucona na barki pacjentów. Mamy na to nawet dowody w postaci opinii konsultantów wojewódzkich, którzy raportowali do konsultanta krajowego... Jeden z konsultantów napisał w swoim raporcie, że on jest zaskoczony tym, iż pacjenci ze szpitala przemianowanego na jednoimienny trafili do miejscowości Y, bo oni się spodziewali, że będą jednak w miejscowości X. Jeżeli konsultant jest zaskoczony, to znaczy, że oni tego w ogóle nie koordynują. A to znaczy, że tej koordynacji nie ma i w zasadzie wszyscy się zastanawiają, gdzie ci pacjenci trafiają, jak oni sobie poradzą. Chyba nie tego oczekujemy jako płatnicy od systemu. My, zapisawszy się wcześniej na pewne procedury, mający prawo do tych procedur, jesteśmy nagle wyrzucani z placówki i zostajemy z niczym.

Dodatkowo chciałabym poruszyć problem dotyczący POZ, a mianowicie to, że zostało mniej kart DiLO wystawionych. To jest pewnie efekt także tego, że w ramach POZ ciężko było się dostać na wizytę osobistą. Teraz szczęśliwie, dzięki spotkaniu z nami ministra Cieszyńskiego tuż przed wydaniem rozporządzenia, w tym rozporządzeniu został zawarty zapis, że pacjent w trakcie teleporady może zażyczyć sobie wizyty osobistej i powinno być to respektowane, uwzględnione. To, co jest potrzebne społeczeństwu, proszę państwa, to jest informacja na ten temat. Nikt nie ma błędnego pojęcia, że ma prawo zdecydowania o tym, że taka fizyczna wizyta ma się jednak odbyć. Pacjenci są jakby zdominowani przez lekarzy, zdominowani przez recepcję. Oni zresztą bardzo często się nie będą buntować i nie będą walczyć o swoje prawa, bo się czują przez te placówki sterroryzowani – myślą, że jeżeli zaczną się teraz czegoś domagać, to oni potem po prostu utrudnią im będą leczenie. Pacjent

nigdy, że tak powiem, nie postawi się sam. Ale on musi mieć informację, do czego ma prawo.

Pani Minister, jeżeli to, co pani przewodnicząca tutaj powiedziała o powrotach na listy, jest prawdą, to ja zapewniam, że żaden pacjent nie złoży żadnego wniosku, bo on się nawet nie orientuje, kiedy się kończy ten czas... Tam było „czas epidemii”, tak? Myślicie państwo, że wszyscy siedzą i śledzą te rozporządzenia, to, co tam w nich jest napisane, i wiedzą, kiedy to, a kiedy tamto? Nie, ludzie żyją swoim życiem. Jeżeli szpital bądź jakaś placówka wyrzuciła kogoś z kolejki, to obowiązkiem szpitala lub tej placówki powinno być zadzwonienie do tego pacjenta i zapytanie go, czy on już zrealizował to świadczenie, a jeżeli nie, to upewnienie się, czy on w dalszym ciągu chce w tej placówce to świadczenie zrealizować. Ja po prostu jestem zaskoczona tym, że to pacjent ma wychodzić z inicjatywą. To nie pacjent się wycofał z tej placówki – to placówka przestała przyjmować. Tak więc to na barkach placówki powinien spoczywać obowiązek przywrócenia tego pacjenta do... Skąd on ma wiedzieć, że ta placówka już działa? Skąd on ma wiedzieć, że, nie wiem, 2 dni temu znowu nie nastąpiło tam zakażenie wirusem? Jak on ma... On ma siedzieć i monitorować cały czas, co się dzieje w placówce?

Jeżeli chodzi o kolejki, to my, proszę państwa, mamy takie dane. Przykro nam, że jesteśmy jedynymi, którzy je mają. Myśmy monitorowali dostęp do diagnostyki obrazowej, wysokokosztowej diagnostyki. Mam na myśli rezonans magnetyczny, tomografię komputerową, PET/CT. Są to bardzo istotne badania w onkologii. My prowadzimy projekt „Kolejkoskop”, który nie stanął w momencie epidemii – cały czas monitorowaliśmy, ile placówek... Joanna, powiedz...

*(Manager ds. Programów Pomocowych w Fundacji Onkologicznej „Alivia” Joanna Frątczak-Kazana: 640...)*

640, z czego 150 zamknęło przyjmowanie... Dobrze pamiętam?

*(Manager ds. Programów Pomocowych w Fundacji Onkologicznej „Alivia” Joanna Frątczak-Kazana: W maju ok. 20% było wciąż zamkniętych. W tej chwili w zasadzie prawie wszystkie placówki są czynne i przyjmują zgłoszenia pacjentów.)*

Bardzo niepokojącym zjawiskiem jest to, że wydłużył się czas oczekiwania dla pacjentów z kartą DiLO. Jest mniej wystawionych kart



DiLO o 18,5 tysiąca, a jednocześnie wydłużają się terminy diagnostyki dla tych pacjentów. To też jest zjawisko dla nas trudne do zrozumienia.

Czy coś jeszcze...

*(Manager ds. Programów Pomocowych w Fundacji Onkologicznej „Alivia” Joanna Frątczak-Kazana: Wydaje się, że to chyba wszystko.)*

Te kolejki, terminy tomografii w przypadku pacjentów z kartą DiLO się wydłużyły o 2 dni, natomiast rezonansu magnetycznego – o 5 dni. Mamy to zmierzone.

A, jeszcze coś. Od niedawna sprawdzamy również to, ile się czeka na wynik. W pakiecie onkologicznym czas oczekiwania w niektórych województwach na badanie plus na wynik tego badania łącznie wynosi powyżej 30 dni, a sięga czasami 40 dni. Tak?

**MANAGER  
DS. PROGRAMÓW POMOCOWYCH  
W FUNDACJI ONKOLOGICZNEJ „ALIVIA”  
JOANNA FRĄTCZAK-KAZANA**

Tak, często to jest powyżej miesiąca. My zastosowaliśmy takie przedziały: do 7 dni; 7–14 dni; 14–21 dni; więcej. Obserwujemy takie niepokojące zjawisko, że ten czas jest bardzo długi, często dłuższy niż czas oczekiwania na zapisanie się na badanie.

Ja jeszcze może tylko dodam do tego, co zostało przed chwilą powiedziane, że w ramach naszego projektu „Kolejkoskop” myśmy informowali pacjentów od pierwszych dni o tym, które placówki są zamknięte, nieczynne, gdzie diagnostyka obrazowa nie może się odbyć. To następowało lawinowo, myśmy obserwowali bardzo duży, znaczny wzrost liczby pacjentów, którzy odwiedzali tę stronę. Oni zwyczajnie poszukiwali tych informacji. Dlatego też na przyszłość istotne byłoby, gdyby na portalu kolejkowym NFZ pojawiały się takie informacje, nie tylko dotyczące badań obrazowych, ale również dotyczące dostępu do placówek. Dziękuję.

**WICEPREZES ZARZĄDU  
FUNDACJI ONKOLOGICZNEJ „ALIVIA”  
AGATA POLIŃSKA**

Na koniec chciałabym przeczytać pewne ogłoszenie z placówki. „Drodzy Pacjenci, z uwagi na brak personelu lekarskiego nie wypisujemy

zaświadczeń o stanie zdrowia do odwołania. Nie dysponujemy wolną chwilą lub międzyczasem. Kilkanaście minut potrzebne na wypisanie zaświadczenia wolimy przeznaczyć na przyjęcie jednego pacjenta w poradni onkologicznej. Zgodnie z naszą wiedzą i tak nie odbywają się zebrania komisji lekarskich w ZUS i zespołach do spraw orzekania o niepełnosprawności”. To nie jest prawdą. I dalej: „Powyższe zaświadczenie może wypełnić lekarz rodzinny”. To też nie jest prawdą. I dalej: „Lekarz onkolog może ewentualnie wystawić krótkie zaświadczenie podczas wizyty związanej z chemioterapią. Lekarze oddziału onkologii”.

Te zaświadczenia, Szanowni Państwo, są niezbędne do uzyskania renty, zasiłku rehabilitacyjnego – do tego, żeby pacjent nie został bez środków do życia. Jeżeli problemy zarządcze placówki są przekładane na chorych starszych ludzi – i to oni w dobie epidemii mają się błąkać po innych lekarzach, do których w ogóle trudno osobiście się dostać, poza tym ci lekarze nie mają ich danych, nie mają dokumentacji medycznej, więc nie wypiszą tego zaświadczenia – to ten system, proszę państwa, stoi na głowie. To nie rolą pacjenta jest rozwiązywanie problemów zarządczych placówek. Dobrze by było, gdybyśmy doszli do takiego etapu, w którym pacjent będzie mógł wyrazić swoją satysfakcję z tego, jak został obsłużony. Może wtedy będziecie państwo mieli większy poziom kontroli nad tym, co w konkretnej placówce się dzieje i jak ona obsługuje swoich pacjentów, na ile pacjenci ci odnoszą z tego korzyści i na ile się czują przez tę placówkę zaopiekowani. A jest to możliwe, z pewnością jest to możliwe. Skąd to wiemy? Również z naszego raportu. Część odpowiedzi była bardzo pozytywna, mamy całą stronę bardzo pozytywnych, korzystnych dla placówek opinii, wyrazów wdzięczności od pacjentów. Tak więc jest to możliwe, tylko żeby to było możliwe wszędzie, to musi być nad tym większy nadzór. Rolą Ministerstwa Zdrowia i płatnika jest mieć wiedzę o tym, co się w tych placówkach dzieje. Na razie państwo tej wiedzy macie zręby, bym powiedziała. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Oprócz satysfakcji bardzo ważne są jeszcze odległe skutki... O tym jeszcze nie mówiliśmy.

(Wiceprezes Zarządu Fundacji Onkologicznej „Alivia” Agata Polińska: Oczywiście. Ale, jak mówię, jest to możliwe.)

Myślę, że brak wczesnej diagnostyki niestety bardzo mocno przełoży się na to, w jakim okresie zaawansowania choroby pacjent trafi później do lekarza i na dalsze jego leczenie.

Chciałabym jeszcze poprosić o głos panią, bo wiem, że się zgłaszała. I z niecierpliwością czekam na państwa wypowiedzi. Myślę, że bardzo ważny będzie głos lekarzy w tej dyskusji. Chciałabym prosić o skrótove wypowiedzi, bo chcemy jeszcze wysłuchać pani minister na koniec.

Proszę bardzo.

**PREZES ZARZĄDU  
OGÓLNOPOLSKIEGO STOWARZYSZENIA  
PACJENTÓW ZE SCHORZENIAMI SERCA  
I NACZYŃ „ECOSERCE”**

**AGNIESZKA WOŁCZENKO**

Witam państwa serdecznie. Bardzo dziękuję pani przewodniczącej.

Ja się nazywam Agnieszka Wołczenko. Jestem prezesem Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń „Eco-Serce”. Reprezentuję również Porozumienie Organizacji Kardiologicznych, w skład którego wchodzi 10 organizacji z terenu całego naszego kraju.

Po tym, co tutaj moje koleżanki mówiły, zarówno Dorota, jak i Agata... W zasadzie bardzo podobnie wygląda sytuacja w kardiologii. Z taką małą różnicą, że pacjent kardiologiczny w bardzo wielu przypadkach nie ma czasu na czekanie. Przez ten okres od momentu ogłoszenia stanu epidemii mieliśmy bardzo dużo zgłoszeń, bardzo dużo informacji, zresztą do tej pory takie do nas spływają, że pacjenci z podejrzeniem zawału, z objawami duszności czekają po kilkanaście albo nawet i po trzydzieści kilka godzin na SOR na wynik badania COVID. Taką sytuację mieliśmy bodajże w maju, w końcu maja, na początku czerwca, i to nie gdzieś na peryferiach naszego kraju, ale w stolicy, w wielospecjalistycznym szpitalu. Dla mnie i dla nas pacjentów jest to niedopuszczalne. Priorytetem jest zdrowie i życie pacjenta. Z mojej wiedzy i z tego, co państwo jako ministerstwo zapewnacie, wynika, że w stanie zagrożenia życia każdy pacjent powinien zostać odpowiednio potraktowany.

W przypadku pacjenta kardiologicznego z zawałem powinien odbyć się zabieg na hemodynamice... I tak powinno być. W większości przypadków tak jest, natomiast zdarzają się – ja nie generalizuję, żeby była jasność – niestety takie sytuacje... Ja o tym chcę powiedzieć, ponieważ nawet jeden przypadek tego typu nie powinien mieć miejsca. Do dnia dzisiejszego takie sytuacje są.

Nasi pacjenci mają również problemy w POZ. Tutaj nawiążę do tego, co mówiła i pani minister, i pan prezes, i moje poprzedniczki. W POZ do dnia dzisiejszego nie można doczekać się ani doprosić skierowania na konsultację specjalistyczną czy na diagnostykę. Diagnostyka niestety leży... Był moment, taki najbardziej chyba obciążający, od marca do maja, kiedy na terenie stolicy, nie gdzie indziej, nie można było w ciągu 14 dni nigdzie wykonać EKG. Nigdzie – ani prywatnie, ani w publicznej służbie zdrowia. Efekt jest taki, że pacjent trzydziestoparoletni, który w końcu trafił na SOR, niestety w tej chwili ma uszkodzony mięsień sercowy, miał mikrowylew i ma uszkodzone nerki, ponieważ nie mógł się tego badania doprosić. Ja w tym upatruję powodu... Z całym szacunkiem do wszelkich działań ministerstwa, które zostały podjęte, ale nam pacjentom brakuje jednej rzeczy – jasnej, rzeczowej ścieżki działania. W onkologii jest taka ścieżka pacjenta, wypracowywana od wielu lat. Tak że duży szacunek za to, że organizacje z zakresu onkologii bardzo mocno starają się troszczyć o tego pacjenta. Ja mam wrażenie, że pacjent kardiologiczny przez ostatni okres jest pomijany, a przecież to są ludzie, to są pacjenci, o których życiu czasami decydują minuty. To jest bardzo istotne.

Pani przewodnicząca powiedziała, że my dopiero za jakiś czas zorientujemy się, jakie będą skutki. Tak, w kardiologii jest to bomba z opóźnionym zapłonem, niestety. Odwołane zostały planowe zabiegi. Owszem, to, co było absolutną koniecznością, czyli, powiedzmy, wymiana rozrusznika, ablacja... Zabiegi ratujące życie, powiedzmy, w dziewięćdziesięciu paru procentach były realizowane. Niemniej zdarzały się takie sytuacje, że pacjenci nie doczekali... A czasami z powodów decyzyjnych, kompetencyjnych w danej jednostce stan zdrowia pacjentów, jeśli przeżywali, wyklucza w tej chwili ich całkowicie np. z życia zawodowego. Ja nie mówię, powiedzmy, z pretensją do specjalistów – to systemowo

nie jest poukładane. Nie ma jednolitych wytycznych, jasnych, przejrzystych dla pacjenta, ale również dla samej służby zdrowia.

Proszę państwa w którymś momencie nastąpił chaos organizacyjny. Niestety tak się stało. Pacjent z powodu strachu przed pandemią, możliwością zakażenia się, próbował przecze-kać zawał, bał się zadzwonić po pomoc. A jak już zadzwonił po tę pomoc, to był odsyłany od Iwana do pogana. Sanepid nie potrafił odpowiedzieć, gdzie ten pacjent się ma zgłosić. Pogotowie najpierw kierowało do lekarza rodzinnego lub do nocnej i świątecznej opieki. Do dnia dzisiejszego zdarzają się sytuacje, że pacjenta np. z dusznością, taką typową dusznością, czyli pacjenta mającego niewydolność serca, kierują do szpitala jednoimiennego. Pacjent mówi, re-lacjonuje przez telefon, że jest pacjentem kar-diológicznym, że takie objawy już miewał, bo ma niewydolność serca, a mimo tego, że w wy-wiadzie nie ma informacji o kontakcie z osobą zakażoną ani, powiedzmy, o możliwości zaka-żenia się, jest kierowany właśnie do szpitala jednoimiennego. Powiem w ten sposób. Uwa-żam – to jest zdanie naszych wszystkich orga-nizacji – że dobrze by było, żeby... To jest taki czas, w którym trzeba by wspólnie wypracować jakąś ścieżkę działania, tak żeby to wszystko było naprawdę dobrze skoordynowane. To nie-stety kosztuje życie innych ludzi, niestety, kosztuje życie innych ludzi.

Ja mam codziennie po kilka, kilkanaście te-lefonów od pacjentów z całego kraju. Są rejony, w których w miarę dobrze to funkcjonuje i nie ma, że tak powiem, jakichś dużych problemów, ale są i takie rejony w kraju, w których pacjent kardiologiczny nie jest w stanie nawet doprosić się u lekarza POZ recepty w związku z kontynu-acją leków, albo, jeśli już dostaje taką receptę... Ja mówię o konkretnych przypadkach. Proszę mnie dobrze zrozumieć – to nie jest generalizowanie. Ale takie sytuacje nie powinny w ogóle mieć miejsca. Jeśli pacjent czeka 5 dni na wypi-sanie leków, które przyjmuje od długiego czasu... Ja wiem, że może tutaj zawinił czynnik ludzki, może ktoś po prostu, nie wiem, zapomniał, przeoczył, zbagatelizował... Nieistotne. Ale ci lu-dzie próbują szukać pomocy, stąd my mamy ta-kie informacje i takie telefony.

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Pani Prezes, proszę konkludować. Dobrze? Niestety dostępność sali jest ograniczona.)

Już. Powiem tak. Jeśli chodzi o teleporady, to my jesteśmy oczywiście obiema rękami za, bo to jest naprawdę bardzo dobre wyjście, tak jak te-lerehabilitacja, ale w przypadku pacjentów kar-diológicznych nie może być mowy o telepora-dzie, tzn. o prowadzeniu pacjenta przez lekarza, który nie ma możliwości bezpośredniego kon-taktu z tym pacjentem, nie ma możliwości zro-bienia chociażby tego podstawowego badania, EKG. Takie sytuacje kończą się potem niestety obarczaniem pogotowia, zajmowaniem kolejek na SOR itd., itd.

Dużo jest takich tematów. Wiem, że nie mamy dzisiaj czasu. Przykładów jest mnóstwo. Ja postulowałabym, żeby spotkać się z Minister-stwem Zdrowia, z NFZ, z naszymi parlamenta-rzystami, z organizacjami i spróbować wypraco-wać taką ścieżkę, nawet w ramach istniejącego budżetu... Chodzi o to, żeby spojrzeć na to okiem nas, pacjentów. My widzimy pewne drobne możliwości zmiany w tych ścieżkach, które by spowodowały, że pacjent miałby poczucie bez-pieczności – sytuacja byłaby dla niego jasna, klarowna. To przy okazji, że tak powiem, rzu-towałoby potem na płatnika, bo środki byłyby, myślę, bardziej rozsądnie czy celowo wydawane. No, nie będę się wypowiadać w tematach finan-sowych.

Pani minister mówiła, że to dobrze, że za-czynają wracać programy profilaktyczne. Tak, zgodzę się, tylko niestety mamy takie doświadczenia a nie inne, że program wczesnego wy-krywania chorób serca, który powinien być realizowany przez POZ, nie jest realizowany. Nie jest i to jest bardzo przykre, ponieważ jest to ten moment, w którym można by było wyła-pać na wczesnym etapie, między, powiedzmy, czterdziestym a pięćdziesiątym piątym rokiem życia, wszelkie zmiany i można by było zapo-biec... Chodzi o to, żeby nie dopuszczać do ta-kich sytuacji, które są nieodwracalne, tak żebyśmy sami nie tworzyli chorego społeczeństwa. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pani Prezes, o braku profilaktyki i wczesnej diagnostyki już tutaj wspominaliśmy. Rozu-miem, że chodzi pani także o prace nad Narodo-wym programem zdrowego serca...

(Prezes Zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń „EcoSerce” Agnieszka Wołczenko: Tak.)

...który były zapowiadany przez ministerstwo. Wiem, że były zespoły powołane... Jest to moment, w którym warto zapytać, na jakim etapie jest ten narodowy program. Dziękuję bardzo.

(Prezes Zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń „EcoSerce” Agnieszka Wołczenko: Dziękuję.)

Proszę bardzo. Proszę do mikrofonu i proszę się przedstawić.

**RZECZNIK POLSKIEJ KOALICJI  
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH  
ALEKSANDRA RUDNICKA**

Aleksandra Rudnicka, rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych.

Ja z wielkim zainteresowaniem wysłuchałam wypowiedzi moich koleżanek i pochwalam wielką pracę, którą wykonały. Byłabym zainteresowana informacją, z jakiego okresu są te wyniki, bo jest szalenie ważne, w jakim okresie to badanie było przeprowadzone.

I polemizowałyby z takim kategoriycznym stwierdzeniem, iż pacjenci się nie bali... Bali się. Ja odbieram codziennie co najmniej kilka telefonów, teraz już mniej... Teraz się boją następnej fali koronawirusa. Przekaz medialny był taki: w szpitalach jest strasznie, zaraz się zarazicie tym koronawirusem, nie należy tam iść. Przekaz był również taki, że to koronawirus jest najważniejszy, a inne choroby schodzą na dalszy plan. I pacjenci ten przekaz przyjęli. My w tych rozmowach – pacjenci do nas dzwoniли – tłumaczyliśmy im, że są placówki, które normalnie działają, głównie centra onkologii, ale i pomagaliśmy załatwiać im konkretne wizyty. Tak więc, po pierwsze, ten przekaz był niedobry.

Druga rzecz. Ja często mówię, że w naszej onkologii są takie cztery „K”, które ciągle nie działają: koordynacja, komunikacja, kadry i kasa. Ja nie mówię, że one w ogóle nie działają, tylko że nie działają idealnie. I rzeczywiście nie zadziałała tutaj koordynacja. Zabrakło tego, o co my ciągle prosimy, czyli koordynatorów. Gdyby pacjent miał swojego koordynatora, toby nie było takich sytuacji.

Kolejna rzecz, która jest...

(Głos z sali: Komunikacja...)

No, komunikacji niestety...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Słucham?

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Panie, nie toczcie między sobą dyskusji, bo...)

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Kolejna rzecz to jest właśnie komunikacja. System komunikacji nie jest do końca wypracowany.

Kadry. Sami wiemy, że kadr ciągle brakuje, zwłaszcza kadry pielęgniarskiej. Jak wiemy, duża część tych kadr to kobiety, a kobiety szły na zwolnienia. Poza tym, co jest całkowicie zrozumiałe, zabroniono pracować w kilku placówkach, tak żeby nie przenosić wirusa. To było zupełnie zrozumiałe.

No i kasa. Ale tu w zupełnie odwrotną stronę niż tutaj mówił pan prezes... Centrum onkologii w Warszawie przejęło bardzo dużo zabiegów i ma bardzo dużo nadwykonań. Oni mówią, że im po prostu nie ma kto za to zapłacić i są już zadłużeni. Tak więc jest bardzo, bardzo różnie w tym zakresie.

Ja chciałabym jeszcze zwrócić uwagę na takie mniej znane, powiedzmy, tereny działania, które wymagały kontaktów, międzynarodowej współpracy. Tutaj patrzę na panią profesor... No, bez tej współpracy takie rzeczy jak przeszczepienia allo – nie mogłyby się odbywać zupełnie, a one jednak mimo trudności, mimo blokady granic, funkcjonowały. Były nawet wykonywane takie zabiegi jak zabiegi CAR-T, także dzięki pomocy organizacji. Fundacja DKMS się bardzo włączyła w to, żeby ta krew...

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Przepraszam, ja wejść pani w zdanie, ponieważ ta dyskusja zaczyna być zdominowana przez onkologię...

(Rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Aleksandra Rudnicka: Ja wiem...)

...a my nie chcemy rozmawiać tylko i wyłącznie o onkologii, bo problemów jest wiele w różnych dziedzinach – i w kardiologii, i w psychiatrii, i w stomatologii. Jeżeli ma pani coś nowego do dodania, to proszę to powiedzieć. To, co dotychczas zostało już powiedziane... My już słyszeliśmy o problemie związanym z łąkiem

pacjentów itd. Jeżeli jest jakiś nowy temat, to tak, jeżeli nie, to proszę zakończyć.

**RZECZNIK POLSKIEJ KOALICJI  
PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH  
ALEKSANDRA RUDNICKA**

Proszę bardzo, sprawy systemowe, o których pani sama mówiła, czyli bardzo złe funkcjonowanie AOS, brak dostępu do badań specjalistycznych w przypadku pacjentów czy onkologicznych, czy kardiologicznych. Poradnie w pewnym momencie zawiesiły swoją działalność.

I jeszcze kwestia dotycząca hospicjów. Zależy to od organizacji pracy... Są hospicja domowe – część osób woli zostawić chorych w hospicjach domowych, bo może się z nimi pożegnać. Są hospicja stacjonarne, w których też tak zorganizowano pracę, że to jest możliwe, mimo że jest tak ostry reżim. Tak że przydałyby się jakieś zalecenia co do pracy hospicjów, żeby to można było tak zorganizować, by była możliwość pożegnania się ze swoim bliskim.

W takich sprawach systemowych... Wiem, że np. NFZ to robi. A chodzi o to, żeby na bieżąco poprawiać i zmieniać zalecenia dotyczące funkcjonowania placówek i zalecenia dla chorych. To też się zmienia, też się zmienia pewne rzeczy...

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dobrze. Jak rozumiem, chodzi pani o rozwiązanie systemowe i o standardy, które mają obowiązywać...

*(Rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych Aleksandra Rudnicka: Tak.)*

...we wszystkich placówkach jednakowo. Jak rozumiem, takich standardów pani oczekuje. Dobrze. Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, pani doktor Janicka.

**PREZES POROZUMIENIA  
PRACODAWCÓW OCHRONY ZDROWIA  
BOŻENA JANICKA**

Dziękuję bardzo.

Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, lekarz rodzinny, podstawowa opieka zdrowotna i pediatria.

Pani Przewodnicząca, tak się zastanawiam, po tej fali żalów, w którą stronę ja mam podsumować sytuację, jeśli chodzi o podstawową opiekę zdrowotną, bo, jak rozumiem, o to chodzi. Ja akurat jestem daleka od uogólniania albo patrzenia na ochronę zdrowia tylko z pozycji Warszawy. My nie jesteśmy z Warszawy, od lat działamy zupełnie inaczej. Na podstawową opiekę zdrowotną, tak jak na cały system opieki zdrowotnej, epidemia spadła jak grom. Problemy, które były u nas, były takie same jak wszędzie – z kadrami, z możliwościami, z zabezpieczeniami. I z jeszcze jedną rzeczą – z zamykanymi wszędzie dookoła placówkami. Niezależnie do tego, ile złego się powie w tej chwili, ja bardzo dziękuję moim kolegom, że przejęli mnóstwo spraw tych placówek, które nie były... Ile ja sama napisałam zwolnień onkologicznych, wypisałam leków onkologicznych, skierowań na badania onkologiczne... Bo tam nie dało rady, ja to rozumiałam. Tam poszły wytyczne... I nie dotyczyło to tylko onkologii. Podstawowa opieka zderzyła się nie tylko z tymi problemami, o których była mowa – obawa pacjentów, środki ochrony – ale również z dodatkową pracą związaną z tym, że system w wielu obszarach przestał istnieć.

I druga rzecz, edukacja pacjentów. Powiem, że jestem dumna z Polaków za to, że w tym pierwszym okresie, w czasie wiosennym, naprawdę zastosowali się do wielu, wielu zaleceń. Z wielkim, ogromnym bólem, ale przyjęli tzw. zamknięte drzwi... I tu chcę od razu powiedzieć, że absolutnie nie będę broniła tych 5%, 10% – nie wiem, Panie Prezesie – 6% czy 2% kolegów i koleżanek, którzy może nie pracowali do końca uczciwie. Chodzi o to, że przyjmowali tylko w ramach teleporad. Zdecydowana większość – ja pracuję w tym zawodzie ponad 30 lat – to są ludzie, którzy są z tymi pacjentami swoimi żżyci. Ja nie wyobrażam sobie, że nie wpuszczę pacjenta do gabinetu, po teleporadzie, kiedy uznam, że jest taka potrzeba. Ale nie wpuszczę go do poczekalni, żeby sobie posiedział i poopowiadał plotki. To się już skończyło.

Dzisiaj teleporada staje się podstawą, jest przede wszystkim narzędziem do rozpoznania potrzeby zdrowotnej pacjenta. To jest podstawa, to jest zdiagnozowanie, w którą stronę ma iść dalsze działanie. I nie ma takiej możliwości, żeby pacjent nie otrzymał świadczenia osobiście, jeżeli tego potrzebuje. Nie wyobrażam sobie braku możliwości wykonania EKG przez ileś tam

podmiotów. U nas w POZ każdy pacjent, nawet w każdej chwili, zgodnie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia, ma robione EKG. I je wykonujemy u pacjentów, którzy tego potrzebują. Nie wyobrażam sobie odmówienia, kiedy boli brzuch... Ja tę rękę na tym brzuchu muszę położyć. To były sprawy, które trzeba było dopracować.

Oczywiście spadło to na nas wszystkich, musieliśmy mnóstwo procedur wypracowywać sami – procedurę otwarcia, procedurę wyjścia. I na dzisiaj wypracowaliśmy pewne standardy, jeżeli chodzi o teleporadę, o powtarzanie leków. Nie wiem, czy 3 dni lub 4 dni przed końcem leków to jest właściwy czas, żeby w epidemii zostawiać informację o potrzebach zdrowotnych typu: leki przewlekłe... Należało zabezpieczyć się znacznie wcześniej. I o to apelujemy, przynajmniej 10-dniowy okres... Drugi rzut to jest apteka, ale nie zawsze wszystko apteki miały. POZ się musiał też z tym zderzać, bo wielu leków brakowało. Stosowanie zamienników... I to spadało na nas, bo nie było możliwości, dostępu do...

Jeżeli chodzi o POZ, Pani Przewodnicząca, Szanowna Pani Poseł, Drodzy Państwo, to nasze potrzeby i problemy się nie zmieniły. Kadra jest w wielu powiatach senioralna. Ja mam już teraz powiaty senioralne, tzn. że jest jeden, dwóch czy trzech, którzy nie są w wieku emerytalnym. Dramat tych ludzi i problem... I oczywiście, tak jak tu było już mówione, wielki strach tych ludzi z wielochorobowością. Dlatego też te pozornie zamknięte drzwi... Ja się z tym mówieniem o zamkniętych drzwiach w POZ nie zgadzam i nigdy się nie zgodzę. One są po prostu otwarte inaczej – inaczej po to, żeby nie kumulować w poczekalni pacjentów, którzy sami dla siebie są zagrożeniem, jak również móc przygotować personel na każde wejście pacjenta.

Kadra senioralna niezależnie od wszystkiego wiosną stanęła do wszystkich swoich obowiązków. Szerzyliśmy zasadę DDM, czyli: dystans – dezynfekcja – maseczka. Co najważniejsze, to zaskutkowało na wiosnę zdecydowanie późniejszymi... Wygasiliśmy w ten sposób grypę, wygasiliśmy wiele infekcji wczesnowiosennych, ba, spadła nawet umieralność Polaków w tym okresie. To pokazało, jak stosowanie DDM dało wielką szansę wielu pacjentom, kardiologicznym i innym, którzy uniknęli zakażeń, nie tylko covidowych, i nie przeszli na tę drugą stronę.

Jakie są nasze problemy? Ciągłe gdzieś słyszę, że przyjmują tylko telefonicznie, że w ogóle nie przyjmują... Ja zdecydowanie jestem za uregulowaniem kwestii teleporady. To zresztą było naszym postulatem. Tak, będziemy od września sprawozdawać osobno porady, które są udzielane na zasadzie tele-, i osobno te, które są w gabinetach. Chcemy pokazać, tak jak kiedyś pokazaliśmy w sprawozdawczości, że POZ pracuje, cały czas pracuje.

Jeżeli chodzi o statystyki, to najświeższych nie mam, ale mogę powiedzieć na przykładzie mojej własnej praktyki – to jest ponad 8 tysięcy pacjentów – że mieliśmy spadek w drugiej połowie marca i kwietniu, a od maja już zaczęliśmy naprawdę wyrabiać i iść pod górkę. Miesiąc sierpień zakończyłam gorszym wynikiem niż sierpień w zeszłym roku. Dlaczego? Dlatego że nałożyliśmy na siebie jeszcze inne obowiązki – postawiliśmy sobie za cel wyszczepienie dzieci i młodzieży, nadrobienie tych wszystkich zaległości do końca roku, nie zostawiając tego na koniec roku. Ba, przejeśliśmy też inne obowiązki.

Tak że jeżeli chodzi o POZ, to my na dzień dzisiejszy pracujemy. Myślę, że ta inaczej otwarta placówka uchroniła pacjentów jeszcze przed jedną rzeczą. Co rusz państwo słyszeliście w mediach, że tu jest zamknięty oddział, tam jest zamknięty szpital, trzeba przewozić pacjentów itd. Ja na szczęście mogę powiedzieć, że w obszarach, które nadzoruję, naprawdę pojedynczy lekarze... Pojedyncze placówki były zamykane. W POZ... I to jest nasza obawa, jeśli chodzi o jesień, ale, jak rozumiem, Pani Przewodnicząca, o tym jutro. Jeżeli rozszerzymy, wpuścimy wszystko, to w tym momencie problem zamkniętej placówki POZ... Co będzie, jeżeli ja moje 8 tysięcy pacjentów – niektórych z podejrzeniem COVID, z chorobami serca czy onkologicznych, ale i z mnóstwem innych chorób – będę musiała pozostawić na 2 tygodnie, a może i na dłużej? Dlatego tu wypracowane metody powinny pozostać... I nasz głos jest w tę stronę, że my jak najbardziej...

I rzecz najistotniejsza. POZ nie może być obarczany obowiązkami co do szerokiego zakresu informacji, jeżeli chodzi o czynności administracyjne. My zaświadczenia zusowskie wypisywaliśmy za wszystkich, jeżeli pacjent... Bo, jak ja często powtarzam, to są nasi pacjenci, ja z moimi żyję ponad 30 lat. Dlatego myślę, że jako POZ stanęliśmy do walki z COVID, ale i o życie naszych pacjentów. I wszędzie staraliśmy się pomóc.

Liczba porad... Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia najlepiej wie, jak to wygląda. Nie mogę oczywiście pominąć roli naszych pielęgniarek, rejestratorek, położnych czy kwestii zabiegów wykonywanych w domu. To też trzeba podkreślić. Nie tylko pacjenci onkologiczni... Iniekcje, opatrunki... Moje pielęgniarki, zresztą wszystkie pielęgniarki, działały w terenie i działają do dzisiaj – niezależnie od tego, czy inne punktu są zamknięte. Dlatego też POZ stał się ostoją, to tu pacjenci przychodzili i przychodzą nadal z bardzo wieloma sprawami. I myślę, że tak na razie zostanie. Oby nam tylko kadry przybyło, bo to jest zabezpieczenie, jeżeli chodzi o procedury... Pozostaję do dyspozycji, Pani Przewodnicząca. Tak funkcjonuje dzisiaj podstawowa opieka zdrowotna – jest otwarta inaczej. Dziękuję.

#### PRZEWODNICZĄCA

#### BEATA MAŁECKA-LIBERA

Dziękuję bardzo, Pani Prezes.

Prawda zapewne jest gdzieś pośrodku, bo były takie POZ, które niestety były zamknięte, były też i takie, gdzie teleporady rodziły wątpliwości. Dokładnie wiemy, że nie można opierać się tylko i wyłącznie na teleporadach. Oprócz teleporady musi być badanie fizykalne, należy tego pacjenta zobaczyć.

Gdybyśmy tutaj mieli przedstawiciela szpitali i SOR-ów, to pewnie usłyszelibyśmy, jak...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

A, mamy, zaraz pewnie pan senator będzie pytał...

...Jak wiele osób trafiało na SOR właśnie z tego powodu, że boli brzuch, boli głowa, a w przychodni zamknięte drzwi. A jak nie wiem, gdzie mam pójść, to prosta droga wiedzie do szpitala. Nie chodzi tutaj, Pani Doktor, o to, żeby przerzucać odpowiedzialność, szukać winnych. Tu jasno jest wskazane, że system po prostu nie zadziałał. Epidemia pokazała wszystkie wąskie gardła, wszystkie wąskie gardła – nie tylko dotyczące dostępności, ale i braku kadr, co potwierdzam, i wielu innych czynników, które wpływają na prawidłowe funkcjonowanie tego systemu. To jest wyzwanie dla ministerstwa i m.in. o tym będziemy mówić jutro.

Wiem, że senatorowie chcą zadać pytania. Bardzo proszę. A potem podsumowanie. Mamy jeszcze pół godziny.

Bardzo proszę o pytania. Po kolei: pani senator Chybicka, pan senator Wojciech Konieczny i zdalnie pani senator Agnieszka Gorgoń-Komor. 3 pytania. Proszę bardzo.

*(Senator Agnieszka Gorgoń-Komor: Niezdale...)*

Przepraszam bardzo, nie zauważyłam pani senator. Oczywiście.

#### SENATOR

#### ALICJA CHYBICKA

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Ja muszę powiedzieć, że z przerażeniem wysłuchałam właściwie wszystkiego, od A do Z – i tego, co powiedziała pani minister, i tego, co mówił pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Mam pytanie. Przedstawił pan dane, odsetki, jeśli chodzi o wykonywane świadczenia. To jest przerażające, że te odsetki nie przekroczyły w żadnym miesiącu – czy dobrze mówię? – 100%. Jak pan powiedział, góra to było 85%, lipiec. Co to znaczy? Ja mogę powiedzieć na przykładzie placówki, którą mam zaszczyt kierować. Żeby nadrobić to, co było prowadzone teleporadami... Dzieci, które były w pełnej remisji, miały teleporady. Musieliśmy otworzyć podwójnie poradnie, ażeby każde dziecko oglądnać. Gdzie pan ma w skali ogólnopolskiej i w innych specjalnościach coś takiego, jak te wykonania? One spowodują, że pacjenci ze wszystkich dziedzin... Może trochę źle się stało, że to całe posiedzenie zostało zdominowane przez onkologię i kardiologię. Wszystkie dziedziny, w których mamy do czynienia z chorobami przewlekłymi... Pacjenci cierpią, ponieśli ogromne straty. To nie dotyczy tylko i wyłącznie chorych onkologicznie czy kardiologicznie. Może najbardziej spektakularne są te dziedziny, bo to jest trochę granica życia i śmierci, ale chorzy w innych dziedzinach też umierają – chorzy z cukrzycą, niezaopiekowani chorzy endokrynologicznie, z chorożą trzustką. Ja już nie mówię o centralnym systemie nerwowym, czyli chorych neurologicznie, psychiatrycznie. Można wymieniać mnóstwo tych dziedzin.

Nie widać tej poprawy. Brakuje systemowych działań, Pani Minister, brakuje edukacji, brakuje... Żebyśmy my słyszeli, że pacjent boi się pójść do jakiegokolwiek specjalisty... Tu jest państwa rola. Powinniście bez przerwy mówić: maseczka

na buzię, rękawiczki, mycie rąk... I niechże pacjent tam idzie. Ja to stosuję w małym zakresie, na tyle, na ile mogę. Ostatnio wysyłałam osiemdziesięcioparoletnią ciocię na rehabilitację. Ona mówi: ja się boję. Ja mówię: nie bój się, przecież nie możesz cierpieć z powodu bólu kręgosłupa, pójdź, a zobaczysz, że dostaniesz z dnia na dzień rehabilitację. Czy tak było? W wielkim mieście Wrocławiu po 5 dniach cały cykl dostała... Co to znaczy? Że chorzy boją się pójść na rehabilitację. Przed COVID kolejki na rehabilitację były takie... Stąd pytanie: dlaczego państwo nie prowadzicie tej edukacji pełną parą? Pan, Panie Prezesie, jako NFZ, i pani minister jako ministerstwo powinniście teraz odwrócić to, co było mówione do tej pory. Bo za chwilę będą nam chorzy ginąć nie z powodu COVID – i to nie będzie tak szybko, to nie będzie tak spektakularnie, że nagle zacznie cała rzesza ludzi umierać... Chorzy na nowotwory, na te wszystkie choroby, o których mówiliśmy, będą umierać sukcesywnie niestety, z czasem. To jest tzw. wyrok odroczoney. Często nie da się już tego nadrobić. Ten jeden czynnik, który jest łatwy do... Bo ludzie słuchają tego, co mówicie. Trzeba im to powiedzieć, co powinni zrobić. Tak myśmy zrobili i rodzice nie boją się przyjść do nas, wszystko idzie na bieżąco. Już nie mówię o przeszczepach, cardiosealsach czy innych rzeczach... To jest normalna onkologia. Dramatem jest diagnostyka na pierwszej linii, w onkologii i nie tylko w onkologii.

Wszystkie rozpoznania są teraz poopóźniane, nie tylko z tego powodu, że ludzie boją się pójść do lekarza, ale też dlatego, że jest utrudniona dostępność. Ja mogę powiedzieć, co ludzie piszą do mnie do biura, i zapytać, dlaczego tak jest, Pani Minister. Otóż piszą, że na żaden telefon POZ nie da się dodzwonić. Ja mówię o naszym regionie, czyli Dolnym Śląsku, może w innych regionach jest lepiej. Nie będę wymieniała w jakim POZ, ale była taka sytuacja, że chory starszy człowiek, idzie do kolejki pod POZ, żeby lekarz do niego odzwonił. No przecież to jest paranoja! Idzie tam i trzyma... Oczywiście ma maseczkę, trzyma 2 m odstępu. Z tym trzeba zrobić jakiś porządek. Ja bym marzyła... Pani Bożenko, u pani jest wzór tego, jak powinien działać POZ, ale naprawdę POZ tak nie działają, no naprawdę. Chorzy nie są badani, trudne przypadki, z bólami, które, jak się potem okazuje, są związane z nowotworami, z poważnymi chorobami, są załatwiane teleporadą. Tak się nie da. Ja jestem starym pediatrą

i powiem tak: nie da się dobrze postawić rozpoznania u dziecka, jak się go nie zbada, naprawdę.

Pani Minister, ja rozumiem, że jutro będzie pani mówiła o tej futurologii, o tym, co to będzie w przyszłości. To, co jest teraz... Naprawdę jest niedobrze. I nie COVID jest największym problemem, bo z COVID Polacy już się oswoili, największym problemem jest bałagan, brak jednolitej strategii. Nie ma tak, że jak chory gdziekolwiek, w małym czy dużym mieście, pójdzie do lekarza czy jak gdzieś się dodzwoni, a teraz nie dodzwania się nigdzie, to otrzyma pomoc. Niewątpliwie podstawą jest teraz edukacja odwrotna niż była do tej pory, bo o COVID już dużo wiemy. Bardzo dziękuję. Na pewno nie powiedziałam wszystkiego, co chciałam, ale... Nie chciałabym, żebyśmy wyszli stąd z takim poczuciem, że jest dobrze, bo nie jest dobrze. Naprawdę jest niedobrze i to wszystko nie funkcjonuje.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Myślę, że nie wyjdziemy z takim przekonaniem, że jest dobrze, a jutrzejsza debata pewnie pokaże, jak wiele jest jeszcze do zrobienia, jeśli chodzi o jesień.

Bardzo proszę, Panie Senatorze.

**SENATOR  
WOJCIECH KONIECZNY**

Dziękuję bardzo.

Pani Minister! Pani Przewodnicząca!

Nie da się zgodzić ze słowami, że jest dobrze lub było dobrze, i na pewno problemów do poruszenia są dziesiątki. Ale nie ma na to czasu, więc powiem tylko tak. Na początku państwo zapewnialiście, że sprzęt był, wszystko było, szpitale były zaopatrzone itd. Ja mam pismo, które skierowałem do Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego 23 marca br. i na które dostałem następującą odpowiedź: W nawiązaniu do pisma itd. pragnę poinformować, że obecnie Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego nie dysponuje wnioskowanym wyposażeniem. Ja wnosilem o maseczki, o rękawiczki, o płyny dezynfekcyjne. A więc tak wyglądało przygotowanie i zaopatrzenie szpitali. Taka jest oficjalna



odpowiedź, to nie jest tak, że mnie się coś wydawało, że może ten sprzęt gdzieś tam był. Nie, jego nie było i od tamtej pory, tzn. już wcześniej, chyba przez 6 tygodni, zaopatrywałem się sam, jak to tylko było możliwe. A więc ostrożnie z propagandą sukcesu, ja to ciągle mówię. Nie chcę krytykować wszystkich rozwiązań, wszystkiego, co się działo, bo nikt nie wiedział dokładnie, jak się należy zachować, ale jak słyszę o tej propagandzie sukcesu, to naprawdę, nożyczki się w kieszeni otwierają.

Ja chcę zapytać pana prezesa... Chcę, żeby pan prezes odpowiedział mi króciutko, bo innych tematów już nie będę poruszał: na czym ma polegać ta sprawa... Wydaliście państwo rozporządzenie o tym, że od 4 września nie będzie obowiązywała ta 1/12. Chodzi mi o to, że ja rozumiem, że jeżeli to dotyczyło endoprotez czy jakichś innych rzeczy, świadczeń, które nie były realizowane, to będziecie płacić już tylko za zrealizowane... Ale, jak rozumiem, jeśli chodzi o ryczałt, to dalej będziecie płacić 1/12, no bo tak było płacone zawsze. I teraz co? Do końca roku mamy wykonać te ryczałty, bo jeśli przekroczymy te 2%, czyli wykonamy mniej niż 98%, to dostaniemy mniej środków w przyszłym roku. Czy to chciał pan prezes powiedzieć, czy może coś źle zrozumiałem? Potem ustosunkuję się do tej odpowiedzi.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.  
Pani senator Gorgoń-Komor, zdalnie.

**SENATOR  
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Witam serdecznie.

Pani Przewodnicząca, ja powiem króciutko, bo wiele zostało tu już powiedziane. To wszystko pokazuje, że w marcu na posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia mieliśmy rację, bo wiedzieliśmy, że pacjenci z podejrzeniem COVID nie będą trafiali do szpitali jednoimiennych, o czym nas zapewniano. I chociaż wnosiliśmy o to, żeby miejsca z respiratorami były przygotowane, to stworzenie tylu tych miejsc spowodowało brak dostępu do usług medycznych w tych szpitalach, które wcześniej nie były jednoimienne.

Ja powiem tylko tak. Ja jestem przede wszystkim kardiologiem, lekarzem, wielokrotnie już to podkreślam, szpitalnikiem, pracuję w publicznym szpitalu w centrum onkologicznym na oddziale kardioonkologii. Być może było już o tym dużo, ale powiem, że my w czasie pandemii w ogóle nie przerwaliśmy swojej działalności, w ogóle. Oczywiście część wizyt odbywała się w ramach teleporad, ale ściągaliśmy też pacjentów na izbę przyjęć, na SOR. Pacjent miał też zwrotną wiadomość, co dalej z jego kolejką, jeżeli czekał na procedury. Kwestia dostępu do procedur... To, czy jest zagrożenie życia, czy nie, ocenialiśmy zdalnie albo bezpośrednio przez kontakt z pacjentem. Wszystko to utwierdza mnie w przekonaniu, że gdybyśmy nie wzięli spraw w swoje ręce, gdyby nie pomoc pacjentom, pomoc społeczeństwa czy przyjaciół, to bylibyśmy wszyscy pozarażani, nie bylibyśmy zabezpieczeni, jeśli chodzi o środki ochrony osobistej. A więc ta propaganda sukcesu, tak jak pan mój przedmówca powiedział, jest tutaj absolutnie niewskazana.

Ja mam pytanie do pani minister, do prezesa funduszu. Mój szpital, to jest Beskidzkie Centrum Onkologii, który realizował świadczenia medyczne bez ograniczeń, wypracował świadczenia ponad kontrakt z NFZ i nie otrzymuje refinansowania tych nadwykonań. A więc nie opłaca się pracować na rzecz pacjentów, bo za to nie zostanie zapłacone. Duże pieniądze, duże koszty ponieśliście państwo w związku z nakładami na szpitale jednoimienne, gdzie pacjent trafiał już zdiagnozowany w innych szpitalach, które przejmowały część obowiązków POZ, bo my nawet przed pandemią załatwialiśmy po godzinie 18.00, czy to w ramach nocnej i świątecznej pomocy, czy to wtedy, gdy pacjenci sami zgłaszali się na izbę przyjęć, to, co nie zostało załatwione w POZ. Obecnie, jak POZ były zamknięte czy zamknięte inaczej, można to nazywać, jak się chce... Ja się zgadzam z panią przewodniczącą, że bez badania fizykalnego... Są już pierwsze ofiary tych teleporad, czyli osoby, które zmarły np. z tego powodu, że były leczone w związku z bólem korzonków, a to był rak żołądka, który nie był zdiagnozowany, czy np. był nierozpoznany zawał serca w postaci duszności, a nie zrobiono EKG. Oczywiście są też POZ, które dobrze pracują, nie można uogólniać. My musimy wiedzieć, że pandemia COVID zastała nas w takiej sytuacji, że ochrona zdrowia była

w bardzo złej kondycji i kadrowej, i finansowej. Przecież to zdrowie od iluś lat... Zawsze mówimy o tym przed wyborami, a potem, jak przychodzi co do czego i trzeba zmian systemowych... Przecież wytyczne są, ale standardów w Polsce nie ma, bo standardy kosztują, takie transparentne standardy, w związku z którymi pacjent będzie wiedział, co mu się należy, a lekarz w SOR, w izbie przyjęć, w AOS będzie wiedział, co musi zrobić i za ile. I to powinna być konkluzja.

Ja bym chciała wiedzieć, tu mam konkretne pytanie, czy te nadwykonania w szpitalach, w jednostkach, które cały czas świadczyły świadczenia medyczne ponadstandardowo, będą zapłacone. Obecna sytuacja znacznie pogorszyła kondycję finansową tych szpitali, które dalej muszą leczyć. Przecież we wrześniu POZ też zmierzają się z objawami klinicznymi chorób infekcyjnych, a lekarze POZ nie wiedzą, gdzie mają kierować osoby z podejrzeniem COVID. Gdzie kierować dzieci z podejrzeniem COVID? Do jednego szpitala pediatrycznego? Czy będą jakieś *drive-thru* dla dzieciaków, które będą miały gorączkę? Przecież każda osoba z gorączką, każda z kaszlem czy utratą smaku musi być zdiagnozowana w kierunku COVID, żeby nie zarażać populacji starszej. Potrzebne są konkretne standardy. Wytyczne światowe są, lekarze, którzy są praktykami, codziennie są na webinarach, szkolą się. A więc my wiemy, co należy robić, ale chodzi o to, żeby w obecnej dobie Polska to wprowadziła. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA**  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.  
Pani Senator, proszę bardzo.

**SENATOR**  
**DOROTA CZUDOWSKA**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Ja nie mam pytań, powiem tylko tak. Uważnie słuchałam tego, co mówili pani minister i pan prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, i nie wiem, gdzie państwo słyszeli zapewnienia, że jest bardzo dobrze. Takie słowa tutaj nie padły. Po prostu pani minister i pan prezes przedstawili fakty, a z faktami się nie dyskutuje. To

są fakty na koniec lipca 2020 r., czekamy na dalsze dane.

Pandemia COVID zaskoczyła nas wszystkich, trzeba to było uznać za stan wyższej konieczności. Bardzo źle się stało, że ten stan wyższej konieczności służy wielu, niestety zbyt wielu, politykom, dziennikarzom, a także lekarzom, pracownikom służby zdrowia za ten przysłowiowy kij, który się znalazł, żeby można było tłuc psa, w tym przypadku – rząd. I to naprawdę jest niepoważne, że my tę sytuację, w jakiej znaleźliśmy się wszyscy, bo cały świat się znalazł w takiej sytuacji... że my, zamiast się zmierzyć z problemem i przygotować do tego, co będzie jesienią, wyszukujemy takie tematy, które... Oczywiście, że nie wszystko jest dobrze, i długo nie będzie dobrze. Pracuję w służbie zdrowia jako lekarz nieprzerwanie od prawie 40 lat i powiem, że tak jak kiedyś problemem były pieniądze i sprzęt, tak dzisiaj są to ludzie, a tej kwestii w szybkim tempie nie załatwimy. Ludzie, tzn. z jednej strony, kadry lekarskie, a z drugiej strony, jak już powiedziała pani doktor, starzejące się społeczeństwo.

Panie Senatorze, to do pana senatora Koniecznego, pan wciąż cytuje pismo z 20 marca. Nawet Cezale, czyli jednostki medyczne, sklepy, które są przygotowane do tego, żeby sprzedawać artykuły potrzebne przychodniom, nie miały takich zabezpieczeń. A skąd miały to mieć urzędy? To był marzec. Proszę zobaczyć, czy dzisiaj jest jakkolwiek problem z dostaniem maseczek, płynów sterylizacyjnych, rękawiczek. Nie ma żadnego problemu. Ubolewam nad tym, że niektóre korporacje i firmy wykorzystują sytuację, żeby sprzedawać rękawiczki... Kiedyś można było kupić pudełko za 10 zł, dzisiaj płacimy 60–70 zł, no, czasem gdzieś się uda wytargować mniej. Ale to jest inny problem. Tak jak mówiłam, nie szukajmy tego przysłowiowego kija.

Chaos informacyjny. No, ja nie wiem, jakich mediów państwo słuchacie. W mediach publicznych do znudzenia, przed każdymi wiadomościami jest choćby taka informacja, że maseczka ma zakrywać usta i nos. Popatrzcie państwo, jak się nosi maseczki na ulicach, wszędzie, w instytucjach publicznych. I to jest słuchanie tych dobrych komunikatów.

Podobnie do państwa... Ja pracuję w organizacjach pozarządowych, propacjenckich od wielu, wielu lat, pań jeszcze nie było na świecie, i powiem, że podzielam pewne obawy, zawsze

jestem po stronie pacjenta, ale nie można mówić rzeczy, które są nieprawdziwe. Zalecenia ograniczenia wizyt i ruchu chorych nigdy nie oznaczały, że mamy nie przyjmować chorych, trzeba było tylko roztropności w tym postępowaniu, żeby, tak jak już pani doktor powiedziała, nie narażać chorych, żeby oni nie zarażali się jeden od drugiego w poczekalni. Gdy nagle zastał nas wirus, to dostałam wszystkie wytyczne, a skoro ja jako dyrektor placówki je dostałam, to podejrzewam, że te wytyczne dostali wszyscy dyrektorzy i kierownicy. Na podstawie tych wytycznych cały mój ośrodek jest wyklejony plakatami dla pacjentów, przejrzystymi, pogodnymi, które opracowali moi pracownicy, dotyczącymi tego, jak się zachować w każdej sytuacji, z podaniem telefonów włącznie. A więc myślę, że można to było zrobić na podstawie tych wytycznych, które dostaliśmy. Było logiczne, że jeżeli nagle wstrzymujemy przyjęcia, a mamy na 2 miesiące kolejkę samych pacjentów, którzy mają się zgłosić po wyniki, to przerabiam każdą kartę, śledzę, przeglądam wyniki i dzwonię do pacjentów, czy one są dobre. Tu wizyta bezpośrednia konieczna była w przypadku kilkudziesięciu pacjentów, a nie kilkudziesięciu. Taka jest rola dyrektora czy zarządzającego placówką, więc nie obwiniajcie państwo o wszystko rządu, bo rolę dyrektorów, kierowników jest czytać wytyczne, a takie, zapewniam panie, które bronią pacjentów, i słusznie, były.

Nie było tarczy dla onkologii? A 1/12 wypłacana co miesiąc, czy się stoi, czy się leży, powiem kolokwialnie, to nie jest tarcza ochronna? Nie musieliśmy zwolnić ani jednego pracownika, a zamiast wydawać pieniądze na pewne procedury, to mogliśmy zakupić środki higieny, które były potrzebne do ochrony pacjentów, do ochrony służby zdrowia, bo przecież dochodziły do nas wiadomości ze świata, np. ilu lekarzy umarło we Włoszech. Jak my jako system i jako pracownicy, ale także rząd, mamy nie chronić szpitali, chronić lekarzy przed tym, żeby i oni się nie pozarażali? Bo jak się pozarażają lekarze, poumierają, to już na pewno nie będzie miał kto leczyć.

Tak że jeszcze raz kieruję moją prośbę, żebyśmy w tym wszystkim zachowali zdrowy rozsądek, a przetrwamy to wszystko. A sianie defetyzmu po prostu nie ma żadnego sensu i przyniesie więcej szkody niż pożytku. Na pewno przetrzamy tę pandemię. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Pani Senator, ponieważ to ja zwoływałam posiedzenie komisji na ten temat, czuję się w obowiązku powiedzieć pani, że naprawdę nie roztaczam tutaj żadnych czarnych scenariuszy. Poprosiłam o to posiedzenie komisji, żeby mieć rzeczywiste, realne i autentyczne dane co do tego, jak wygląda system w dobie epidemii. Bo to, że system nie zadziałał, że obnażył wiele bardzo ważnych elementów do poprawy i to natychmiastowej i że wymaga on natychmiastowych działań w różnych obszarach, to my, osoby, które pracują w Komisji Zdrowia, wiemy, ale ta wiedza pogłębiona dzięki informacjom od organizacji pacjenckich czy też od osób, które pracują, świadczeniodawców jest dla nas bardzo cenna. Naprawdę nie wyszukuję tutaj żadnych dziwnych tematów i nie sieję tutaj żadnego defetyzmu, tylko bardzo merytorycznie rozmawiam. Pani senator chwali rząd – takie jest pani prawo. My mamy prawo dochodzić prawdy, jak działa system, jak działają poszczególne standardy, jak działa koordynacja i jak w tym wszystkim ma się odnaleźć pacjent, który niestety w tym systemie został...

**SENATOR  
DOROTA CZUDOWSKA**

Ad vocem, króciutko, Pani Przewodnicząca. Ja się zgadzam z tym, że pandemia obnażyła pewne braki, jakie są w systemie ochrony zdrowia. Z tym się zgadzam.

(Przewodnicząca Beata MałECKA-Libera: I o tych brakach chcemy mówić.)

Ale, proszę wybaczyć, pozostanę przy swoim zdaniu co do tego, że nie zgadzam się z tym, że system nie zadziałał, bo tego mówić nie wolno. Naprawdę, żaden pacjent u nas nie umarł z powodu tego, że nie było respiratora. To choćby taka...

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Ale, Pani Senator, my przez cały czas, przez ostatnie 3 miesiące mówimy o leczeniu jednej

choroby. Zapomnieliśmy o pacjentach z innymi, przewlekłymi dolegliwościami i o tych pacjentach mówimy dzisiaj.

Myszę, że skończę tę dyskusję.

Oddaję głos pani minister i panu prezesowi. Proszę o w miarę konkretne, krótkie odpowiedzi na pytania, które padły.

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO**

Dziękuję bardzo.

Na początku bardzo serdecznie dziękuję przedstawicielom pacjentów, przedstawicielom podmiotów leczniczych za te uwagi. One są dla nas zawsze bardzo cenne i jak już państwo wiecie z doświadczenia, wiele tych państwa uwag przenosimy potem na konkretne rozwiązania, które wprowadzamy do systemu ochrony zdrowia. Zresztą często spotykamy się i dyskutujemy na ten temat.

Od razu tu muszę sprostować jedno. Bardzo bym prosiła, żeby nie wkładać w moje usta słów, których nie wypowiedziałam. Ja nie powiedziałam, że jedyną przyczyną niezgłaszania się pacjentów jest lęk pacjenta. Nie powiedziałam tego i bardzo panią proszę, żeby pani tego nie powtarzała. Ja powiedziałam, że to jest jedna z przyczyn, wymieniłam ją jako którąś tam z kolei. Faktem jest, że tak było, ale nie jest to jedyna przyczyna i nie chciałabym, żeby w przestrzeni zafunkcjonowało, że to są moje słowa. To były pani słowa.

Szanowni Państwo, jako przedstawiciel tego rządu nie mogę się też zgodzić z tym, że system nie zadziałał, że był totalny chaos i totalny brak informacji w okresie walki z COVID. Szanowni Państwo, wiele organizacji, nawet międzynarodowych, chwali rząd polski za podjęcie w odpowiednim momencie konkretnych działań, które przyczyniły się do skutecznej walki z epidemią. Taka jest ocena obiektywna. Oczywiście państwo możecie, macie prawo do tego, żeby mieć własną ocenę. To, że jest taka pozytywna ocena, nie świadczy o tym, że udało nam się wszystko idealnie i perfekcyjnie zorganizować. I nigdy nie powiedziałam – tutaj odnoszę się do tych słów, że stosujemy propagandę sukcesu – że wszystko zadziałało dobrze. Nie, mamy świadomość, że wiele rzeczy jest do

poprawy. Ale patrząc przez pryzmat sytuacji w innych krajach europejskich i oceniając sytuację, muszę podkreślić, że rząd polski dał radę, jeżeli chodzi o walkę z epidemią, podejmował skuteczne działania, które spowodowały, że jesteśmy w takim, a nie innym miejscu, jeżeli chodzi o wskaźniki, bo rzeczywiście wskaźniki zachorowalności, wskaźniki zgonów na tle Europy wyglądają zupełnie przyzwoicie.

Oczywiście pojawiło się wiele problemów, które chcemy rozwiązywać i będziemy nadal rozwiązywać. Nie będę się już odnosiła do kwestii podstawowej opieki zdrowotnej, bo pani doktor Janicka przedstawiła już państwu stanowisko w tej sprawie. To zostało uregulowane, są opracowane odpowiednie standardy, wypracowane ze środowiskiem podstawowej opieki zdrowotnej. Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził też mechanizm kontrolny, aby podstawowa opieka zdrowotna, ale i inne podmioty lecznicze realizujące pozostałe świadczenia działały sprawnie, m.in. sposób rozliczania umów, zarówno tych, które są finansowane *fee for service*, jak również umów kontraktowych, zmierza do tego, aby motywować podmioty lecznicze do szerszego przyjmowania pacjentów po to, aby ta dostępność była zapewniona. Zmiana strategii walki z pandemią, czyli uwolnienie szpitali jednoimiennych, znacznie przyczyni się do zwiększenia potencjału ochrony zdrowia, z którego pacjenci będą mogli korzystać.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Pani Minister, proszę bardziej konkretnie odpowiadać na te pytania, bo mamy niewiele czasu. O tym już pani mówiła, proszę nie powtarzać, bo słyszeliśmy.

SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO**

Dziękuję bardzo za tę uwagę, Pani Przewodnicząca, ale w mojej ocenie są to ważne sprawy. Ponadto mimo tego, że już to powiedziałam, to były powtarzane nieprawdy i chcę to wyprostować.

Jeżeli chodzi o kwestię kolejek, to ja myślę, że... Padło tu konkretne pytanie pani przewodniczącej i prośba o stanowisko MZ, jeżeli chodzi o kolejki, więc powiem, że to jest dokładnie określone w rozporządzeniach, w aktach prawnych, które regulują funkcjonowanie ochrony zdrowia. Osoba, która zrezygnowała z porady lekarskiej, ma prawo jeszcze raz zapisać się, zgłosić do danego podmiotu leczniczego. Podmiot leczniczy nie ma wiedzy o tym, czy ta osoba zrezygnowała dlatego, że uzyskała poradę...

*(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Pani Minister, ale te osoby nie zrezygnowały...)*

Dobrze, to już... Ja poproszę...

*(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: ... One wypadły z systemu. To jest zupełnie coś innego.)*

Nie, to jest...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Dobrze, to odpowiemy państwu precyzyjnie...

DYREKTOR DEPARTAMENTU  
SYSTEMU ZDROWIA  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**ANNA MISZCZAK**

Szanowni Państwo!

Anna Miszczak, dyrektor Departamentu Systemu Zdrowia.

Ja chciałabym wyprostować pewną kwestię. Przepis cytowany przez panią przewodniczącą dotyczy tylko i wyłącznie osób, które same zrezygnowały.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Przepraszam bardzo, ale mówi pani nieprawdę. Mam tu odpowiedź państwa z Ministerstwa Zdrowia na moje pytanie, podpisał się pod tym pan minister Kraska, a ten cytat pochodzi z państwa odpowiedzi.

*(Dyrektor Departamentu Systemu Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia Anna Miszczak: Jak najbardziej, ten cytat jest...)*

To dotyczy osób, które nie zrezygnowały same, tylko po prostu wypadły z systemu. A więc proszę nie przekłamywać tego, co powiedziałam.

DYREKTOR DEPARTAMENTU  
SYSTEMU ZDROWIA  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**ANNA MISZCZAK**

Nie, nie zrezygnowały, tylko wypadły z systemu, ponieważ, nie uprzedzając świadczeniodawcy, nie stawily się na wizytę z różnych przyczyn, np. dlatego, że były chore.

*(Wypowiedzi w tle nagrania)*

Nie, nie, nie. Chodzi o to, że osoby te w normalnym stanie zostają usunięte z listy oczekujących, czyli mogą się na nią zapisać jeszcze raz i lądują na jej końcu. Ten przepis, o którym mówiła pani przewodnicząca, stanowi tylko tyle, że osoba, która nie stawiała się na wizytę...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Nie, nie, nie mówimy na razie o zadzwonieniu. Chodzi o osobę, która nie stawiała się na wizytę z różnych przyczyn, np. z powodu obaw związanych z koronawirusem, jak to było w pierwszych etapach rozprzestrzeniania się choroby, często tak się zdarzało. Chodziło o to, żeby te osoby chronić. Osoby te mogą teraz, w trakcie epidemii, a także 14 dni po jej zakończeniu, zwrócić się do świadczeniodawcy, żeby przywrócił je na listę oczekujących w terminie uwzględniającym ich stary termin, a nie wpisał na koniec kolejki, co jest o tyle możliwe, że u świadczeniodawców zwalniają się miejsca na liście oczekujących. Taki świadczeniodawca, który, podkreślam, sam jest odpowiedzialny za prowadzenie swojej listy oczekujących, może umieścić daną osobę na liście oczekujących w jakimś takim względnym terminie, względnym tzn. takim, że ta osoba nie jest odsyłana na koniec listy, tak jak by była skreślona z tej listy, tylko jest ponownie umieszczana na liście oczekujących i jest jej udzielone świadczenie. To, o czym panie tutaj mówiły, tj. odwołanie świadczenia z przyczyny leżącej po stronie świadczeniodawcy... Absolutnie się zgadzam, jest tak... Rozwiązanie prawne, ustawowe w tym zakresie i, mam nadzieję, przestrzegane przez świadczeniodawców, stanowi, że w przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalenia terminu udzielania świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie tego terminu i ustala z nim termin kolejny. To samo dotyczy sytuacji,

gdy świadczeniodawca chciałby przesunąć wizytę na termin wcześniejszy, bo to również się zdarza. To jest jego obowiązek ustawowy, absolutnie niezmienny w czasach COVID. Czyli jeśli świadczeniodawca zamyka się, nie ma lekarzy, odwołuje udzielanie świadczeń, to ma obowiązek zadzwonić do pacjentów, którzy figurują na liście oczekujących w danym terminie, i przełożyć udzielanie tego świadczenia.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Niestety, ale ten...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Właśnie. Poza tym ta odpowiedź, którą ja uzyskałam, nie wyjaśnia tego tak, jak pani, tylko wręcz odwrotnie, tutaj jest jasno napisane, że pacjenci, którzy nie stawili się u świadczeniodawców w wyznaczonym terminie ze względu na ryzyko infekcji i COVID – czyli jednak to ryzyko... Dalej państwo piszecie o wniosku. Zresztą skończmy już ten temat. Jest to bardzo ważna i istotna sprawa, ale została źle przekazana, mam nadzieję, że tylko tak było. Mam również nadzieję, że to świadczeniodawcy będą zabiegali o swoich pacjentów, a nie pacjenci będą składać wnioski o to, żeby powrócić na listę oczekujących.

Proszę bardzo.

**SEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
JÓZEFA SZCZUREK-ŻELAZKO**

Na koniec, jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, pan prezes Waśko wyjaśni jeszcze kwestie szczegółowe dotyczące świadczeń i kolejek.

Jeżeli chodzi o kwestię informowania, to oczywiście jak najbardziej przyjmujemy tę państwa uwagę. Ja zwrócę uwagę u nas w resorcie, ale również w Narodowym Funduszu Zdrowia, żeby ta informacja była bardziej dostępna, mimo że jest udzielana na bieżąco, bo przecież są chociażby konferencje ministra zdrowia, te informacje są też przekazywane za pomocą różnego rodzaju komunikatorów. Ale tych informacji nigdy nie jest za dużo. Tutaj rzeczywiście macie państwo rację i dziękuję za tę uwagę.

Chcę wyjaśnić jeszcze jedno. W swojej wypowiedzi pani prezes wspomniała, że centra

onkologii były zamykane. Chcę sprostować: żadne centrum onkologii nie było zamknięte. Bardzo bym prosiła, żeby, jak państwo podajecie jakieś dane, to były to dane prawdziwe.

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Jeżeli państwo...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Jeżeli państwo pozwolicie, to pan prezes Waśko uzupełni wypowiedzi o konkretne dane dotyczące świadczeń i kolejek.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo. Padały konkretne pytania, więc myślę, że pan prezes odpowie.

**ZASTĘPCA PREZESA  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  
BERNARD WAŚKO**

Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Odnosząc się do pytania pani senator dotyczącego nadwykonań Centrum Onkologii w Warszawie, powiem, że ja mam wiedzę sprzed około miesiąca. Mam nadzieję, że ta sytuacja istotnie się nie zmieniła. Wszystkie nadwykonania związane z nielimitowanymi świadczeniami onkologicznymi, a to jest dominujący zakres świadczeń, są płacone na bieżąco. Z tego, co wiem, wynika, że wniosek Centrum Onkologii dotyczył tego, aby należności za te świadczenia, te nadlimity były regulowane co miesiąc. Zgodnie z przepisami wszelkie dodatkowe faktury za świadczenia ponadlimitowe są regulowane raz na kwartał, jest dodatkowa faktura. W przypadku pierwszego i drugiego kwartału, taką mam informację od dyrektora oddziału wojewódzkiego, faktury za świadczenia nielimitowane zostały zapłacone w pełnej wysokości. Niedawno zostało zapłacone również za limitowane, ale ponadlimitowe świadczenia w programach lekowych. A więc wniosek dotyczył raczej comiesięcznego płacenia nadwykonań, co oczywiście jest niezgodne z obecnym stanem prawnym i byłoby pewnym precedensem w odniesieniu do tylko jednego podmiotu, niż zachowania...

Jeśli chodzi o pytanie pana senatora Koniecznego dotyczące zmiany sposobu finansowania, to tylko sprostuję, że narodowy fundusz... Ta

zmiana nie wynika z tego, że narodowy fundusz zmienił zarządzenie, tylko z tego, że wygasły przepisy, które umożliwiały to zaliczkowe płacenie 1/12. One wygasły 4 września, a fundusz tylko przypomniał świadczeniodawcom, poinformował ich o tym, że taka praktyka nie może być już stosowana.

Co do konkretnego pytania o ryczałt to powiem, że oczywiście nie dotyczy to ryczałtu. Ryczałt będzie płacony w normalnej wysokości, tak jak dotychczas, z tym zastrzeżeniem, że z powodów, które przekazywałem w prezentacji, czas na zrealizowanie ryczałtu zostanie z dużym prawdopodobieństwem wydłużony o kilka miesięcy. A więc nie ma mowy o ewentualnym problemie potrącenia za niewykonanie ryczałtu.

Jeśli chodzi o inne uwagi, to chciałbym się króciutko odnieść do wypowiedzi pani prezes Polińskiej. Ja bardzo dziękuję za ten sygnał. Rzeczywiście docierają do nas informacje dotyczące czasów oczekiwania na wynik badań obrazowych. To zaczyna być narastając problem. Jeżeli państwo macie jakieś propozycje, jak należy się z tym problemem zmierzyć, co zrobić, żeby to usprawnić, to jesteśmy chętni, zapraszam na rozmowę, porozmawiamy, jak zarządzić tym problemem. Jak państwo zapewne się domyślacie, ta kwestia wynika z pewnej nierównomierności zasobów, tzn. liczba maszyn służących do skanowania pacjentów i ich zdolność do wykonywania badań jest większa niż liczba radiologów do opisywania tych badań. To jest tak naprawdę to, z czym mamy obecnie do czynienia, i to jest skutek tej działalności, być może nie jedyny. Jeżeli są inne, co do których można zadziałać i coś poprawić, to chętnie porozmawiamy na temat tego, jak to wspólnie usprawnić.

I na koniec ten anegdotyczny przykład, którym pani prezes spuentowała swoje wystąpienie, dotyczący ogłoszenia na jednej z poradni. Zakończyła to pani twierdzeniem, że nie wiemy, co się dzieje. Otóż wiemy, Pani Prezes. Na dowód tego powiem, że to pochodzi z Tarnobrzega. My wiemy o takich sprawach tylko wtedy, kiedy otrzymujemy takie sygnały. Pomimo tego, że kontrole nie działają, to przez cały ten okres podejmowane były interwencje właśnie na podstawie sygnałów otrzymanych od pacjentów, a dotyczących braku dostępności, zamknięcia, niepełnej realizacji itd., itd. Ten przykład, który

pani wymieniła, jest takim akurat przykładem. W centrali otrzymaliśmy mailem informację i treść tego kuriozalnego, przyznaję, ogłoszenia. Chciałbym poinformować, że w ciągu godziny była reakcja na tego maila i to zniknęło z poradni w Tarnobrzegu. Jak się okazało, dyrektor placówki nie wiedział o tym, była to oddolna inicjatywa jednego z lekarzy, pomimo że było to podpisane w liczbie mnogiej. To tytułem wyjaśnienia.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.

Będę zamykała posiedzenie komisji. Chcę jeszcze przedstawić państwu informację, pisemną informację, jaką uzyskałam od rzecznika praw pacjenta. Jego nieobecność dzisiaj będzie wyjaśniana z tego względu, że dostałam informację, że nie dotarło do niego zaproszenie, a więc po prostu gdzieś po drodze wystąpił jakiś problem. Będziemy sprawdzać, dlaczego tak się stało. Tak że stąd jego nieobecność.

Chcę powiedzieć, że w podsumowaniu pan minister, pan rzecznik praw pacjenta jednak pokazał, że w pierwszym półroczu 2020 r. był zgłaszany szereg problemów i on wielokrotnie interweniował. Te problemy wynikały m.in., nie będę tego czytała całości, z braku kontaktu z przychodniami, z braku możliwości sprawdzenia czasu oczekiwania, wątpliwości związanych z udzielanymi teleporadami, z tego, że niektóre przychodnie ograniczały się tylko i wyłącznie do wystawienia recepty itd., itd. A więc rzecznik widział te problemy, dlatego też dzisiaj zajmujemy się nimi. Nie możemy powiedzieć, że jest idealnie, bo nie jest. Kwestia epidemii była dla nas wszystkich wyzwaniem i to jest prawda, ale nie możemy zakłamywać rzeczywistości.

Na koniec chcę się odnieść do słów, które na końcu powiedziała pani minister odnośnie do wskaźników zgonów i zachorowalności, tj. że na tle innych krajów wyglądają przyzwoicie. To się okaże, Pani Minister, bo jesteśmy w połowie roku i to, jakie będą statystyki w przyszłym roku, niestety dopiero wtedy zobrazuje ten stan rzeczy. Oby one były jak najlepsze. Ale prawdą też jest, że wskaźniki zgonów od 2 lat się pogarszają, a nie poprawiają. Dziękuję bardzo.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 08)*

**Kancelaria Senatu**

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy