



SENAT  
RZECZYPOSPOLITEJ  
POLSKIEJ

X kadencja

# Zapis stenograficzny

z posiedzenia  
Komisji Zdrowia (45.)

24 marca 2021 r.

Porządek obrad:

1. Informacja Ministra Zdrowia na temat efektywności, dostępności i jakości systemu ochrony zdrowia w Krajowym Planie Odbudowy.

(Początek posiedzenia o godzinie 8 minut 47)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca  
Beata Małecka-Libera)

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Otwieram drugie w dniu dzisiejszym posiedzenie Komisji Zdrowia.

Kolejny temat, który chcielibyśmy dzisiaj przedyskutować, to informacja ministra zdrowia na temat efektywności, dostępności, jakości systemu ochrony zdrowia w Krajowym Planie Odbudowy.

Witam bardzo serdecznie pana ministra wraz z towarzyszącymi ministrowi osobami. Witam panie, pana senatora, wszystkie osoby uczestniczące zdalnie. Oprócz senatorów, zdalnie połączone są z nami także osoby z samorządów medycznych oraz z grupy ekspertów, doradców Komisji Zdrowia, a także osoby zainteresowane naszą dzisiejszą tematyką. Witam wszystkich państwa bardzo serdecznie, dziękuję za udział i za obecność, bo mamy dziś bardzo ważny temat.

Będziemy mówić o dużych pieniądzach, które mają pójść, z części przeznaczonych także na ochronę zdrowia, na odbudowę po pandemii COVID. Czasu na decyzję zostaje coraz mniej, więc postanowiliśmy porozmawiać na ten temat także w Komisji Zdrowia, gdyż wcześniej nie było żadnych na ten temat konsultacji ze środowiskami, i chcielibyśmy wysłuchać dzisiaj nie tylko opinii pana ministra i jego zdania, które będzie tutaj na pewno bardzo ważne, ale także opinii środowisk medycznych, bo i one, jak rozumiem, będą tutaj wygłaszane. Rozumiem, że osoby, które są zainteresowane, będą mogły zabrać głos. Ale trafiły do nas także liczne opinie środowisk wyrażone w formie pisemnej. Tak

więc dzisiejsze posiedzenie komisji traktuję jako jak gdyby rozpoczynające rozmowę na temat podziału pochodzących z Unii środków na odbudowę ochrony zdrowia.

Bardzo proszę, Panie Ministrze, udzielam panu głosu w tej kwestii. Proszę bardzo.

PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
**SŁAWOMIR GADOMSKI**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Dzień dobry. Witam wszystkich serdecznie.

Bardzo dziękuję za ten temat, bo jest on bardzo na czasie i rzeczywiście dyskusja wokół tego, co planujemy w ramach Krajowego Planu Odbudowy, jest, jak myślę, bardzo wartościowa, dla nas również. Jesteśmy od prawie 3 tygodni na etapie konsultacji publicznych w tym zakresie – nawet dzisiaj, o 10.00, rozpoczynają się w naszym obszarze zdrowia wysłuchania publiczne zaplanowane na kilka godzin, a więc myślę, że wszystkie zainteresowane strony będą miały możliwość pewne uwagi czy propozycje do tego planu złożyć.

Zacznę od tego, co jest bardzo ważne i na co chciałbym zwrócić uwagę, żeby to porządkowało też naszą dyskusję. Krajowy Program Odbudowy jest jednym z narzędzi interwencji. Dlaczego to jest tak ważne? Bo jest to narzędzie, w ramach którego na pewno ani nie chcieliśmy, ani nie planujemy zaadresować wszystkich potrzeb. Niektóre potrzeby adresujemy w innych narzędziach. W jakich? No, pewnie trzeba wyjść od samego początku, czyli od samej góry określającej... Tzn. na samym szczycie takiej piramidy określającej potrzeby i obszary wsparcia stoi *Policy Paper*, stoi strategia, którą jesteśmy... Z jednej strony chcemy to przygotować i minister

Niedzielski, jak tylko objął resort, obiecał, że taką strategię przedłoży, z drugiej strony obliguje nas do tego Komisja Europejska, tzn. mamy obowiązek nałożony przez Komisję Europejską, żeby w ramach negocjacji tych różnych narzędzi, różnych funduszy, dysponować taką strategią.

Ale teraz schodzę już niżej, bliżej tego tematu, który dzisiaj jest dla nas kluczowy. Mamy jeszcze na poziomie środków unijnych 2 narzędzia, z których będziemy korzystać i którymi będziemy wspierać sektor ochrony zdrowia. Poza Krajowym Planem Odbudowy mamy fundusz REACT-EU, fundusz utworzony w ramach działań związanych z pandemią, w ramach wsparcia krytycznych sektorów. Z punktu widzenia naszego Ministerstwa Zdrowia jest to bardzo ważny program, bo jest to program, z którego polska alokacja na zdrowie wynosi około 30%, jeszcze jakby docieramy te ostateczne kwoty, bo negocjacje i rozmowy jeszcze się nie zakończyły, ale alokacja z REACT to ok. 30% dla obszaru zdrowia. Kwotowo jest to aktualnie prawie 500 milionów euro, czyli ponad 2,2 miliarda zł. To dużo. Jeżeli patrzymy na to narzędzie, na REACT, jako na narzędzie tylko interwencyjne na krótkie terminy – bo musimy zrealizować te inwestycje do końca 2023 r., czyli mamy na realizację tych projektów niespełna 2 i pół roku, mniej więcej – to jest to kwota bardzo duża, zwłaszcza jeżeli porównamy to np. do programu, którym dysponuje minister zdrowia, Programu Operacyjnego „Infrastruktura i środowisko”, który był planowany na perspektywę 2014–2020, czyli praktycznie z 6-letnim trybem realizacji, a tam minister zdrowia dysponował kwotą 3,2 miliarda zł. Czyli to wsparcie z REACT, które planujemy, będzie rzeczywiście bardzo duże.

Warto też powiedzieć o tym, co planujemy w ramach tego programu – bo, tak jak mówię, chciałbym rozpatrywać to w całości. Te działania, które dzisiaj zaproponowaliśmy i ministerstwu funduszy, i Komisji Europejskiej, dzielą się na kilka różnych zakresów, ale jeżeli... Może dla tych, którzy są bardziej biegli w poprzednich funduszach unijnych, w poprzedniej perspektywie, powiem, że będziemy wyodrębniali 3 osie: jedną taką typowo infrastrukturalną, czyli odpowiednik właśnie POiŚ; drugą miękką, szkoleniową, czyli odpowiednik POWER-a; i wsparcie na poziomie regionalnym, czyli odpowiednik regionalnych programów operacyjnych. To, co planujemy w ramach RPO, to przede wszystkim

wsparcie powiatowych stacji sanepidu, inspekcji sanitarnej, i wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej, przede wszystkim w zakresie cyfryzacji. Te działania głównie skupione będą w tym obszarze. Działania z zakresu POWER to działania, które ukierunkowaliśmy typowo pod kątem postpandemicznym, a jednym z kluczowych programów będzie tutaj program wsparcia psychologicznego kadry medycznej. Dyskutowaliśmy dość długo z ekspertami, z Naczelną Radą Lekarską, i uznaliśmy, że taki projekt jest bardzo wartościowy. A największy komponent to oczywiście wsparcie infrastrukturalne. Wymienię tu kilka obszarów. Po pierwsze, wsparcie GIS i stacji wojewódzkich sanepidu; po drugie, wsparcie publicznej służby krwi, co do której też pandemia pokazała, jak krytyczne zasoby ona nam zabezpiecza; po trzecie, wsparcie oddziałów zakaźnych; po czwarte, wsparcie podmiotów ponadregionalnych i wsparcie dużej infrastruktury diagnostyczno-terapeutycznej – mówię tu przede wszystkim o wymianie czy dokupieniu nowych PET-ów, rezonansów magnetycznych, akceleratorów. Bo nie ukrywajmy, z jednej strony to jest działanie, które da nam napęd inwestycyjny, ale z drugiej strony musimy też planować te działania jako realne do wykonania w tym dwuipółrocznym cyklu. A więc rzeczywiście te duże potrzeby chcielibyśmy adresować w ramach REACT.

Skoro jeszcze jesteśmy przy tym, co otacza KPO, to nie sposób nie powiedzieć o polityce spójności, o polityce spójności na lata 2021–2027. Budujemy ją, można powiedzieć, w sposób zbliżony do tego, co mieliśmy w poprzedniej perspektywie, choć pewnie nieco inaczej kładąc akcenty. Dlaczego? Mocne akcenty w poprzedniej perspektywie były położone na infrastrukturę, na duże inwestycje, często szpitalne, a ponieważ tutaj chcemy to zabezpieczyć właśnie tymi narzędziami REACT i Krajowym Programem Odbudowy, to w samej polityce spójności ten obszar pewnie będzie ważył mniej. Mówię „pewnie”, bo nad tym również prace jeszcze się toczą.

Ale to, co na pewno chcemy zaadresować w polityce spójności, to kontynuacje rozwoju usług cyfrowych. Bo pandemia pokazała też to, jak te narzędzia cyfrowe, czy z poziomu e-zwolnienia czy e-recepty, czy teraz też e-skierowania, pomagają i usprawniają, a może wręcz umożliwiają w tym najgorętszym okresie

w ogóle realizację niektórych usług medycznych. Chcemy to kontynuować i chcemy rzeczywiście te publiczne usługi cyfrowe z zakresu e-zdrowia jeszcze bardziej rozwijać, ale chodzi tu też o budowanie pewnych kompetencji cyfrowych po stronie pacjentów, kadry medycznej, w ogóle zwiększenie dojrzałości cyfrowej placówek ochrony zdrowia. Ja myślę, że my w Polsce nie mamy czego się wstydzić, jeśli chodzi o obecny stan, no ale jeszcze wiele, np. na poziomie telemedycyny czy opieki zdalnej nad osobami chorymi przewlekłe, możemy zrobić.

Drugi, a może, wg ważności, pierwszy w kolejności obszar to jest to, że duże środki z polityki spójności planujemy na wsparcie rozwoju kadr systemu ochrony zdrowia. Mówimy o kontynuacji programów związanych z kształceniem, o kontynuacji takich programów jak np. centra symulacji medycznych powstające przy uczelniach, prawdopodobnie teraz już bardziej wyspecjalizowane, sprofilowane, bardziej specjalistyczne, ale nadal widzimy dużą potrzebę wsparcia w tym zakresie. To, co także jest bardzo ważne, to jest to, że widzimy taką potrzebę i będziemy chcieli położyć istotne akcenty na wsparcie kształcenia kadr wspierających, organizacyjnych, administracyjnych, zarządzających placówkami ochrony zdrowia.

Oczywiście w polityce spójności nie będzie mogło zabraknąć też tak ważnego obszaru jak rozwój profilaktyki, promocja zdrowia, postaw prozdrowotnych. Tutaj mamy dość ciekawe doświadczenia z poprzedniej perspektywy, bo kilka programów profilaktycznych, które udało nam się zorganizować w ramach tamtych działań, będzie już dzisiaj, można powiedzieć, wchodzić w programy powszechne. Mówię tu np. o takim programie, który był finansowany ze środków unijnych, jak program przesiewowy w kierunku raka płuc za pomocą tomografii niskodawkowej – to program, który właśnie wszedł w ramach poprzedniej perspektywy jako program pilotażowy, no a teraz rzeczywiście ten program rozszerzamy. Ale jestem przekonany, że środki europejskie mogą wesprzeć generalnie i realizację, i pewne zwiększenie aktywności w programach profilaktycznych. Na pewno będziemy chcieli również pilotażowo pewne działania, takie, których nie realizowaliśmy do tej pory w zakresie profilaktyki, zrealizować, i na pewno będziemy chcieli skupić się na wsparciu zdrowia osób pracujących.

Oczywiście kwestie związane z polityką spójności to też działania infrastrukturalne – ale może nie będę już rozwijał wątku w tym zakresie – i na pewno również działania związane ze wsparciem opieki koordynowanej. Ja myślę, że pilotaże realizowane w poprzedniej perspektywie, chociażby POZ Plus, pokazały nam już kierunek, ale działania w zakresie opieki ambulatoryjnej czy w zakresie nieco innego podejścia do powiązania opieki szpitalnej z późniejszą opieką nad osobami po hospitalizacji wymagają jeszcze pewnego wsparcia również na poziomie środków unijnych.

No właśnie, może przejdę już do Krajowego Programu Odbudowy, to on jest przedmiotem dzisiejszego spotkania, ale nie chciałem ominąć tych omówionych wątków. Krajowy Plan Odbudowy to ogromne środki dla sektora ochrony zdrowia. Ta alokacja, która dzisiaj jest przedmiotem dyskusji, to prawie 4,3 miliarda euro, co według dzisiejszego kursu daje ponad 21 miliardów zł, jeśli dobrze kojarzę. Ja mam tu kwotę podaną w euro, ale to jest ponad 21 miliardów zł dla obszaru ochrony zdrowia. Zaplanowaliśmy w ramach KPO 4 kluczowe obszary wsparcia, przy czym, co warto zaznaczyć, ten produkt finalny, który macie państwo możliwość analizować w ramach konsultacji, jakie obecnie trwają, nie jest efektem pracy wyłącznie Ministerstwa Zdrowia – i to warto zaznaczyć – bo niektóre komponenty były tworzone we współpracy międzyresortowej. Takim komponentem jest np. rozwój potencjału sektora leków i wyrobów medycznych, a tu rzeczywiście największy ciężar odpowiedzialności za przygotowanie założeń co do tego obszaru wzięło na siebie ministerstwo rozwoju.

Z tych komponentów, na których my przede wszystkim się skupiliśmy, wymienię 4. I chciałbym zacząć – bo wydaje się, że jest to element najważniejszy – od zwiększenia liczebności kadry medycznej czy w ogóle, generalnie, od wsparcia rozwoju potencjału kształcenia w Polsce. Z czystym sumieniem mogę powiedzieć, że w ostatnich latach zrobiliśmy naprawdę sporo, żeby zwiększyć limity przyjęć na studia, i to zarówno na studia na kierunkach lekarskich, jak i na studia na kierunkach pielęgnarskich. Rektorzy uczelni sygnalizują nam dzisiaj, że nawet jeśli byśmy chcieli to zwiększyć i mieli na to finansowanie, to oni nie są w stanie przyjąć wiele więcej nowych studentów, nie są w stanie

zwiększyć swoich możliwości, bo blokuje ich przede wszystkim potencjał infrastrukturalny, nie tylko w zakresie dydaktycznym, ale również naukowym, również w zakresie klinicznym. Cały komponent skierowaliśmy właśnie na to, bo do tej pory minister zdrowia dysponował dość dużymi środkami, którymi wspierał potencjał szpitali klinicznych, niemniej jednak dość wąskimi strumykami czy niewystracającymi środkami w zakresie wsparcia potencjału dydaktycznego i naukowego. Dlatego tutaj cały komponent skupiony jest przede wszystkim na zwiększeniu właśnie potencjału dydaktycznego, a mówimy tu o rozbudowie infrastruktury podstawowej, czyli sal dydaktycznych, ale też wspierającej – akademików czy innych funkcji wspierających w uczelniach medycznych. Oczywiście będzie również zwiększenie możliwości potencjału klinicznego, bo również wielu rektorów sygnalizuje, że ta baza łóżkowa, którą oni dysponują, ta baza kliniczna, może być niewystarczająca do dalszego zwiększania limitów przyjęć na studia.

Drugim obszarem w sektorze ochrony zdrowia, który do tej pory – mówię w takim dłuższym okresie, kilkunasto- czy kilkudziesięcioletnim – również nie znajdował źródeł finansowania, jest obszar wsparcia czy wzmocnienia zaplecza naukowego w dziedzinie nauk medycznych, rozwoju badań naukowych... już chciałem powiedzieć „klinicznych”, ale nie tylko o to chodzi, bo chodzi o rozwój badań naukowych w dziedzinie nauk medycznych. To obszar, w którym również widzimy już pewne efekty powołania Agencji Badań Medycznych. W poprzednim roku ogromne wsparcie w postaci grantów trafiło też do wielu instytucji zajmujących się nauką i medycyną, czy to do instytutów medycznych, czy to do szpitali klinicznych. Ale jesteśmy przekonani, że ten poziom wsparcia jeszcze możemy zwiększać, że jeszcze możemy zwiększyć finansowanie badań niekomercyjnych. Chcielibyśmy jednak – i o tym też dyskutujemy dość intensywnie z Komisją Europejską – wspierać to w ramach KPO, nie tylko poprzez granty naukowe, bo też poprzez inwestycje w pewne start-upy medyczne, w pewne przedsięwzięcia, których potencjał na styku nauki, medycyny i w połączeniu właśnie z aspektem komercjalizacji jest dość duży. Chcielibyśmy – może trochę kolokwialnie to powiem – stworzyć taki fundusz inwestycyjny, który miałby możliwości inwestowania w spółki

z sektora biotechnologicznego. To dość trudne przedsięwzięcie, innowacyjne, ponadto, jak mówię, Komisja Europejska zgłasza jeszcze pewne uwagi w tym zakresie.

Trzeci obszar wsparcia w ramach Krajowego Programu Odbudowy to również dalsze środki na zwiększenie wykorzystania nowoczesnych technologii, na rozwój zdrowia, na to, o czym mówiłem w kontekście polityki spójności, i tutaj po prostu również chodzi o wyasygnowanie dodatkowych środków na te działania. No i oczywiście jest to rozwój infrastruktury, przede wszystkim rozwój infrastruktury podmiotów ponadregionalnych, ale nie tylko, bo generalnie w związku z planowaną przez nas reformą systemu czy sektora szpitalnego jesteśmy przekonani, że pewne działania restrukturyzacyjne, naprawcze będą wiązać się z pewnym przeprofilowaniem podmiotów szpitalnych w Polsce. W jaki sposób? Wyobrażam sobie czy jakby planujemy tu sposób dwojaki: z jednej strony poprzez np. przekształcenie czy przeprofilowanie niewykorzystywanych łóżek szpitalnych, łóżek zabiegowych, łóżek internistycznych np. w takie z funkcją zakładów opiekuńczo-leczniczych, z funkcją opieki długoterminowej, ale z drugiej strony chodzi również o koncentrację tego potencjału najwyższej referencyjnego, tej najwyższej specjalistyki, w podmiotach ponadregionalnych, w tych, które rzeczywiście tym potencjałem kadrowym, tym know-how, są w stanie dysponować, czyli chodzi o zwiększenie ich wagi, już dużej w dzisiejszym systemie, ale tu byłoby jeszcze jej zwiększenie.

To, co na pewnym... To znaczy, generalnie podsumowując, powiem: i Krajowy Program Odbudowy, i nowe środki z REACT to gigantyczna szansa stojąca przed sektorem ochrony zdrowia. Jeżeli zsumujemy sobie te kwoty w tym cyklu kilkuletnim, najbliższych 5, 6 lat realizacji, to okaże się, że mówimy o grubo ponad trzydziestu kilku miliardach złotych. Żeby może to porównać i jakby zestawić z tym, czym dysponowaliśmy do tej pory, powiem, że w ramach poprzedniej perspektywy unijnej – perspektywy, która, jak myślę, zapisała się dobrze w większości placówek ochrony zdrowia i myślę, że ogromna liczba beneficjentów skorzystała ze środków unijnych w poprzedniej perspektywie i bardzo je docenia... Otóż w tej poprzedniej perspektywie mieliśmy na cały sektor ochrony zdrowia ok. 13 miliardów zł.



Kwota obecna zależy jeszcze od dalszych negocjacji, i w zakresie polityki spójności, i w zakresie KPO – bo kwota z REACT jest już raczej pewna – no ale jest szansa, że te środki będą prawie 3 razy większe niż w poprzedniej perspektywie. Jest to również ogromne wyzwanie, wyzwanie dla instytucji wdrażających, czyli przede wszystkim dla Ministerstwa Zdrowia, ale też ogromne wyzwanie dla beneficjentów, którzy będą musieli – kolokwialnie to powiem – być w stanie wchłonąć te środki, czyli przygotować też pewien aparat administracyjny, który te inwestycje będzie wspierał.

Na sam koniec dodam, bo zapomniałem powiedzieć, że uzupełnieniem środków unijnych są oczywiście środki budżetowe, środki pozostające w dyspozycji ministra zdrowia na inwestycje. I tutaj warto zwrócić uwagę, że ten zakres możliwości bardzo istotnie zwiększył się nam po wdrożeniu ustawy o Funduszu Medycznym, bo tam zostały wyodrębnione 2 komponenty infrastrukturalne, jednym z nich jest Fundusz Modernizacji Szpitali, który, mam nadzieję, w ciągu nie dłużej niż miesiąca przedstawimy pod pewną dyskusję publiczną, a drugi to komponent, w którym planujemy bardzo istotne wsparcie obszaru opieki długoterminowej, bardzo istotne wsparcie w zakresie rozwoju bazy łóżkowej w tym obszarze opieki długoterminowej i geriatrii. A więc również z samego Funduszu Medycznego w tej perspektywie kilkuletniej, czyli analogicznej do okresu dotyczącego KPO czy polityki spójności, będziemy dysponować kwotą ok. 10 miliardów zł i to będzie skierowane tylko i wyłącznie na inwestycje. Musimy więc po prostu rozpatrywać te wszystkie narzędzia interwencyjne razem.

Mam nadzieję, że ta synteza jest na ten moment wystarczająca. Oczywiście jak zwykle jesteśmy, wspólnie ze współpracownikami, otwarci i na uwagi – bo to jest taki moment, że rzeczywiście chętnie je przyjmujemy – i na pewne zastrzeżenia. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję, Panie Ministrze. Myślę, że za chwilę będzie dyskusja, dość ciekawa i różnorodna.

Ja tylko chciałabym podsumować pana wypowiedź kilkoma stwierdzeniami.

Po pierwsze, powiedział pan minister, że ta perspektywa 5-, 6-letnia to mniej więcej 30 miliardów, i to pewnie rzeczywiście robi wrażenie, bo jest to spora suma pieniędzy, jednakże uważam, że w tej sytuacji, jaką mamy po tej rocznej walce z epidemią, z COVID... No, dla mnie nie jest ona aż tak szokująca, ponieważ potrzeby dotyczące odbudowy całego systemu ochrony zdrowia są, w mojej ocenie, jeszcze wyższe. I jeżeli mamy mówić o odbudowie i powrocie do systemu, jaki mieliśmy, i do rozwoju tego systemu ochrony zdrowia, to pieniądze odgrywają tutaj naprawdę znaczącą rolę. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Powiedział pan o kadrach jako o najważniejszym temacie – i z tym absolutnie się zgadzam, bo jest to w tej chwili duże wyzwanie dla systemu – ale zawężenie problemu kadr tylko do studiów wydaje mi się jednak znaczące. Powinniśmy rozważać także możliwości rozwoju po otrzymaniu dyplomu i po otrzymaniu specjalizacji, tak aby kompleksowo zapewniać rozwój dla lekarzy, dla całego personelu medycznego i tym samym zachęcać tych ludzi także do pracy tutaj, w Polsce, a nie do myślenia o wyjeździe. Tak więc uważam, że ten temat kadr powinien być rozwiązany absolutnie kompleksowo, także w odniesieniu do innych zawodów medycznych, o których coraz częściej mówimy i w przypadku których także widzimy potrzeby.

Kolejna moja uwaga to jest kwestia, o której sam pan powiedział, tzn. kwestia badań naukowych i rozwoju tego sektora. Co do badań naukowych, to pewnie nikt nie ma wątpliwości, że to jest część, która w tej chwili bardzo kuleje. Tylko że moje wątpliwości są jednak w tym obszarze takie, że, po pierwsze, jeżeli mamy rozwijać ten sektor... Sam pan z resztą powiedział, Panie Ministrze, że Komisja również ma wątpliwości, bo to jednak chodzi o innowację, a nie o odbudowę, a te start-upy należą do innowacji. Ale jeżeli mamy iść w tym kierunku, to chyba powinniśmy zacząć od ustawy o badaniach klinicznych. Bez tego nie powinniśmy w ogóle rozpoczynać tego typu programów, bo od początku, od kiedy tylko powstała Agencja Badań Medycznych, cały czas podnosimy kwestię, że nie mamy ustawy o badaniach klinicznych.

To, że resort, tak jak pan powiedział, przygotowywał te projekty w projekcji międzyresortowej, jest rzeczywiście bardzo cenne, bo wreszcie rozmawiamy o temacie zdrowia także

niejako poprzez inne resorty. Pytanie moje jest takie: czy w takim razie w tym okresie, kiedy te prace trwały, konsultowaliście to państwo także ze środowiskiem, któremu tak naprawdę te wszystkie tematy będą dedykowane? I czy rada, która działa – bo myślę, że jest w dalszym ciągu taka rada doradcza przy ministrze zdrowia – również opiniowała te projekty?

To tyle tak ogólnie. Myślę, że co do szczegółowego zapisu tych programów, to będziemy pewnie jeszcze do tego wracać. Ale jeszcze raz podkreślam, że mimo iż jest to duża ilość pieniędzy, którą przewidujemy w tych różnych programach, to jednak nie jest to wg mnie taka pula pieniędzy, która na priorytet, jakim jest zdrowie, powinna być przeznaczona. I dodam jeszcze tylko to, że cały czas mówimy tylko o części pieniędzy, która ma być przeznaczona na odbudowę w Krajowym Programie Odbudowy, bo nie mówimy tutaj o kwestiach związanych z pożyczkami, a tylko z dotacjami. Dziękuję bardzo.

Kto z państwa chciałby zabrać głos?

Otwieram dyskusję.

Po kolei państwo senatorowie na sali... Będę także oczywiście udzielała głosu osobom uczestniczącym zdalnie. Mamy godzinę na dyskusję, w związku z tym proszę o krótkie, 3-minutowe wypowiedzi.

Proszę bardzo, Pani Senator.

#### SENATOR ALICJA CHYBICKA

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze!

Panie Ministrze, nakreślił pan bardzo szeroki bardzo ciekawie bardzo ładny plan, ale nie plan odbudowy. Ja myślałam, że na dzisiejszym posiedzeniu, skoro mówimy o Krajowym Planie Odbudowy, powie pan tak od początku: po pierwsze, jesteśmy w sytuacji, w której kiedy zakończy się pandemia, będzie potrzebna odbudowa po wielkiej katastrofie, a chyba pierwsze, co trzeba zrobić, to jest jakby ocena stanu po tejże katastrofie. I tu mam na myśli... Czy pan wie, ilu lekarzy z powodu COVID zmarło? Ilu przeszło na emeryturę? Mówię na początek o lekarzach, ale tak naprawdę mam na myśli całość personelu medycznego. Czyli chodzi o ocenę tego, co katastrofa spowodowała.

Po drugie, zostaniemy po COVID z wielkimi szpitalami jednoimiennymi, które powstały,

i z dosyć zrujnowanym szpitalnictwem, które zajmowało się wszystkimi innymi chorobami. Stan tego szpitalnictwa odbija się bezpośrednio na zdrowiu poszczególnych ludzi chorych na choroby przewlekłe, różne, nie tylko na nowotwory – one okazały się niejako zieloną wyspą, ale nie do końca stały się zieloną wyspą, i zaraz powiem dlaczego... Zresztą pan to już mówił wielokrotnie. Otóż pierwsza linia, która przez długi czas wszystko oceniała zdalnie, nie była w stanie rozpoznać problemu, bo nie da się rozpoznać nowotworu ani u dzieci, ani u dorosłych, robiąc tylko pociągnięcia zdalne. I w związku z tym do onkologii trafiła fala ludzi, którzy te nowotwory mają w stadiach mocno zaawansowanych. A więc w tym programie chyba powinno być to też uwzględnione, tzn. wsparcie samej onkologii. No i co z infrastrukturą? Co z tymi szpitalami jednoimiennymi, które wcale nieźle... Ten szpital, który jest u nas, we Wrocławiu, na Targach, wspaniale wygląda. Co z tym będzie? Co Krajowy Plan Odbudowy w tym zakresie ma zamiar zrobić?

Kolejna rzecz. Mówił pan bardzo ciekawie na temat szkolnictwa wyższego. Ja akurat jestem od 46 lat pracownikiem Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Tak jak pan świetnie to podkreślił, te uczelnie nie są, w pewnym sensie, z gumy. Naszymi laboratoriami – mówię to w cudzysłowie – w porównaniu do sytuacji politechnik czy uniwersytetów, są szpitale kliniczne. Czy przewiduje się rozbudowę tej bazy, skoro mamy kształcić większą liczbę studentów? Bo tak naprawdę same sale dydaktyczne nie są niczym... One są potrzebne na pierwszych 2 latach studiów, a potem, na trzecim roku, studenci wchodzi do klinik. A więc tak naprawdę potrzebna jest szeroka baza medyczna. Mnie czasem włos dęba stawał, kiedy 60 studentów wchodziło – bo my jesteśmy jedyną onkologią... A teraz, skoro pan chciałby, żebyśmy kształcili więcej studentów, to zamiast 60 studentów, wejdzie ich do kliniki onkologii dziecięcej 90. Jak pan widzi powiększenie tej bazy? Czy nie należałoby jednak myśleć o jakichś nowych uniwersytetach medycznych? Ja wiem, że może dla tych starych to nie jest korzystne... Ale czy naprawdę da się to jeszcze w jakiś sposób rozciągnąć?

No i wreszcie: czy są przewidziane środki na wsparcie Narodowego Funduszu Zdrowia z tego Krajowego Funduszu Odbudowy? Pytam o to dlatego, że zwiększona liczba świadczeń, które



nie zostały wykonane teraz, a które wrócą rykoszetem w endokrynologii, w diabetologii – we wszystkich dziedzinach, już nie chcę tego wymieniać – bo są ludzie, którzy ze strachu nie poszli do lekarza, którzy zapuścili się w tych swoich chorobach, którzy byli prowadzeni zdalnie... Tego budżet zaplanowany na te następne lata 2022–2023 najprawdopodobniej nie pociągnie.

I jeszcze jedno. Nie powiedział pan jednego: jak rozłożono ten obiecany budżet i na co on pójdzie? Ochrona zdrowia – tyle... No, to pan powiedział. Ale ile – na co, ile – na co, ile – na co? Tak z czystej ciekawości chcielibyśmy to wiedzieć. Dziękuję bardzo.

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

Dziękuję.  
Pani senator Matecka.

**SENATOR**  
**EWA MATECKA**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Panie Ministrze, wiadomo, że Krajowy Fundusz Odbudowy to jest 50 miliardów euro, i na to składa się część dotacyjna, grantowa, i część pożyczkowa. Państwo bardzo ostrożnie odnosicie się do tej części pożyczkowej – a właściwie w ogóle nie odnosicie się do tego – i jakby nie korzystacie z tej możliwości zasięgnięcia pożyczki na bardzo preferencyjnych zasadach i z finansowania ochrony zdrowia również z tej puli.

Nie widzę również w tym planie, który pan minister był łaskaw opisać, ratowania tych obszarów, o których mówiła również pani senator, zaniedbanych w czasie pandemii, czyli onkologii, kardiologii, psychiatrii... Chodzi o wszystko to, co musimy nadrobić po to, aby dorównać do pewnych standardów opieki zdrowotnej, która jest na bardzo dobrym poziomie w krajach zachodnich. Musimy to nadgonić. I wtedy to będzie fundusz odbudowy, który będzie ratował zdrowie i życie ludzkie. My osiągniemy ten poziom poprzez te działania, które pan minister zaprezentował, czyli rozbudowę i zwiększenie liczby kadry medycznej, wzmocnienie zaplecza naukowego itd., to trochę potrwa, to będą lata, a tymczasem choroby będą dalej postępowały i ludzie

będą umierać na nowotwory, i to w szybkim tempie, i dopiero te statystyki nam pokażą, jakie są rzeczywiste potrzeby co do odbudowy ochrony zdrowia w tym względzie. Bardzo proszę, aby ewentualnie odniósł się pan do tego: jakie działania ratunkowe możemy podjąć, korzystając z tego funduszu odbudowy? Dziękuję.

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

Dziękuję.  
Pan senator.

**SENATOR**  
**WOJCIECH KONIECZNY**

Dziękuję bardzo.

Panie Ministrze! Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo!

Owszem, to dużo pieniędzy, gratuluję, i na pewno niektóre obszary będą w jakiś sposób, że tak powiem, zaopiekowane. Ale powiedzmy, że dzisiaj skupimy się na tym, co wygląda na takie, że można by zmienić.

Takim... Widzę w tym wszystkim, co pan minister powiedział, że ideą przyświecającą temu jest – tak bym to określił – medycyna dalej od pacjenta. To znaczy zza węgła wygląda... Bo widać, że nie jest to nazywane po imieniu. Ale jeżeli mówimy „konsolidacja”, „restrukturyzacja”, „przeprofilowania centrów ponadregionalnych”, to mówimy: likwidacja oddziałów w szpitalach powiatowych, likwidacja niektórych szpitali powiatowych itd. Jeśli taki jest cel – a widać, że taki jest cel, bo z całości przedsięwzięć Ministerstwa Zdrowia wynika, że wszystko jakby do tego zmierza – to trzeba rozwinąć POZ. A więc brakuje mi tutaj po prostu rozbudowy, jakiegoś planu budowy przychodni, budowy, po prostu ich budowy, żeby te przychodnie spełniały jakieś większe funkcje. Skoro w jakimś mieście likwidujemy szpital, to oczywiście albo wszyscy pacjenci pojedą do innego miasta, albo musimy wspomóc rozwój POZ, wybudować tam lepsze zaplecze diagnostyczne, zapewniające małe zabiegi itd., takie szpitale jednego dnia czy jakbyście to państwo chcieli nazywać... No ale coś musi powstać w zamian, bo inaczej... I tego jakby tutaj nie przedstawiono. Obawiam się więc, że

powstanie pewna pustka, której to przeprofilowanie nie uzupełni.

Panie Ministrze, ile szpitali w Polsce mieści się w budynkach, powiedzmy, sprzed II wojny światowej? Czemu tutaj nie ma nic o budowie szpitali? Uważam, że powinniśmy budować nowe szpitale – tak jak za, powiedzmy, słusznie minionego ustroju, za PRL, zbudowano sieć szpitali wojewódzkich, i to 2 razy, bo i w latach sześćdziesiątych, i potem, w siedemdziesiątych, osiemdziesiątych, po prostu w związku z reformą województw zbudowano szpitale wojewódzkie. I na tym właściwie bazujemy do dzisiaj. Tutaj mamy bardzo dużo pieniędzy i nie staramy się... Ja uważam, że przy tej okazji, skoro państwo chcecie przeprofilować, chcecie pozmienić itd., centralizować... Dobrze, takie jest wasze stanowisko, ale tu trzeba po prostu zbudować nowe szpitale, aby przemieścić te oddziały do jakichś nowych budynków, bo inaczej to będzie to tylko takie łączenie oddziałów na zasadzie: tam było 40 łóżek, tu 40, dokładamy do jednego oddziału 10 i mówimy, że coś rozbudowaliśmy. Ale jeśli nie będzie nowej infrastruktury, to się to nie uda.

Widzę też ogromną wiarę w rozwój tej telemedycyny, e-medycyny itd. Owszem, są tutaj niezaprzeczone zasługi i dobrze, że pewne obszary się rozwinęły. Ale widzimy też wady. Widzimy dzisiaj wady tego, kiedy pacjenci nie mogą się dostać do POZ. Nie panujecie państwo nad tym, nie macie narzędzi, które mogłyby wymusić, albo unikacie ich używania. Jeśli pójdziemy w tę stronę, to ci pacjenci już w ogóle nie będą mieli kontaktu z lekarzami. A wiara w technologię również nie sprawdziła się w odniesieniu do programu szczepień, bo mieliśmy powiedziane, że 15 stycznia powstanie system komputerowy, informatyczny, który to wszystko rozwiąże, a polega to na tym, że do punktu szczepień przychodzi sms-y: proszę zajrzeć... Już kończę, Pani Senator. Smsy: proszę zajrzeć do skrzynki e-mail, bo wysłaliśmy... To wszystko się dzisiaj zmienia i po prostu ktoś wstukuje, ktoś odbiera, tak że obecnie system do tego się sprowadził. A więc to jest trochę nie tak bardzo dobrze.

Na koniec, Panie Ministrze, kwestia Funduszu Medycznego. Miały być 2 miliardy wydane w zeszłym roku, a nic nie zostało wydane. W tym roku również miały być pieniądze osiągalne, a nie są osiągalne. Jedynym efektem działalności Funduszu Medycznego jest na razie – i tu pani minister musi się ze mną zgodzić

– potencjalna zapaść, na szczęście się to nie dzieje, oddziałów pediatrycznych, które dostały zmianę swojego finansowania z ryczałtowego na takie od wykonania, bo Fundusz Medyczny miał to zapewnić, tylko że, jak wiadomo, szpitale pediatryczne mają dzisiaj mało pacjentów... Ja już nie będę się rozwodził, dlaczego tak jest – wiadomo, że jest to sytuacja nadzwyczajna, nieobserwowana dotąd. I za rok czy za dwa nie będzie ona jak taka obserwowana, bo wtedy będzie dużo więcej dzieci leczonych. Ale gdyby w tej chwili zastosować się tak stricte do tego, co jest zapisane w Funduszu Medycznym, to te wszystkie oddziały by upadły. Wprowadziliście państwo zaliczkowe płacenie, w ten sposób jakoś uratowano to na jakiś czas, ale nikt nie jest pewny, co będzie dalej. Tak że na razie Fundusz Medyczny specjalnych sukcesów nie odniósł i nie stawiałbym tak bardzo na niego. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję.  
Proszę bardzo, Pani Senator, proszę.

**SENATOR  
DOROTA CZUDOWSKA**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.  
Zanim zadam pytanie, to chciałabym jeszcze pewną może ważną informację dla nas wszystkich przypomnieć. Otóż te trudne miesiące, zwłaszcza w zeszłym roku, w służbie zdrowia – choć teraz też tak mamy... Ale nie zapominajmy o tym, że utrudniony dostęp pacjentów do świadczeń medycznych, różnych, w różnych dziedzinach, nie wynikał tylko, jak to państwo mówicie, z chaosu i z niepanowania nad sytuacją. Przypomnijmy sobie, że całe oddziały wypadały z powodu chorób personelu. Były chore pielęgniarki, chorowali lekarze... I ta decyzja rządu o wyszczepieniu tej tak zwanej grupy zero, czyli personelu medycznego, już przynosi efekty. Bo nie miał kto pracować, i to też było zrzędzenie losu, efekt choroby. A więc musimy spojrzeć na to z pokorą, ale też bez napadania bez przerwy na siebie, takim z wyrzutami za to, co się dzieje w służbie zdrowia.

Chciałabym też przypomnieć, że onkologia nigdy nie była przekształcana na oddziały covidowe. Na onkologii cały czas praca szła. To, że było tych także świadczeń medycznych mniej, to wiem – takie jest także moje własne doświadczenia, bo ja też musiałam zamknąć na jakiś czas ośrodek, bo wszyscyśmy się pochorowali – ale to wynikało z takich właśnie przestojów. Niemniej jednak gdyby popatrzeć ten czas pracy i niepracy, to okazałoby się, że tak średnio pracowaliśmy tak samo – założono tyle samo kart DiLO, mniej więcej tyle samo nowotworów wykryliśmy.

*(Głos z sali: Było mniej...)*

Ale biorąc pod uwagę to, że było mniej, weźmy też pod uwagę to, że duża część personelu medycznego, pielęgniarek, lekarzy, chorowała. I całe oddziały na onkologiach też z tego powodu nie pracowały, krótko, ale tak było. Nie było jednak wyłączenia onkologii. Onkologia, pediatria cały czas pracowały. Nie było przekształceń tych oddziałów na oddziały covidowe. I to warto wiedzieć.

A teraz pytanie do pana ministra. Panie Ministrze, czy Krajowa Sieć Onkologiczna będzie jakimś podzbiorem Krajowego Programu Odbudowy? Czy jeszcze jakieś pieniądze na tę sieć onkologiczną przyjdą z tego programu, czy tu już będziemy musieli zadowolić się tym, co było zaplanowane w ramach tworzenia sieci onkologicznej?

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Zdalnie, pan Cisko Andrzej, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

**WICEREZES NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
ANDRZEJ CISŁO**

Dzień dobry państwu.

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Mam nadzieję, że mnie słyhać...

*(Przewodnicząca Beata Małeczka-Libera: Tak, słyhać, słyhać.)*

Serdecznie dziękuję za zaproszenie.

Panie Ministrze, to nie jest zwykły program i to nie jest zwykła sytuacja – i to jest taki

głęboki kontekst tej całej dyskusji, dlatego że... Chciałbym się tutaj przyłączyć do opinii tych państwa senatorów, którzy mówili – taka była sugestia i takie jest też nasze zdanie – że jest to bardzo ambitny program inwestycyjny, ale on literalnie nie jest programem odbudowy. Chcę powiedzieć, że usłyszeliśmy tutaj o bardzo wielu przyszłych beneficjentach, najwięcej mówiło się o szpitalach, mówiło się nawet o sieci stacji sanepidu, mówiło się bardzo dużo o POZ, ale nie mówi się nic o pozostałej medycynie ambulatoryjnej. Chcę powiedzieć, że z danych NFZ, które przekazano nam przed spotkaniem, wynika, że niewykonania umów w zakresie poszczególnych rodzajów świadczeń są jednak dość spore. I trzeba wiedzieć, że jeżeli poradnia ambulatoryjna nie wykonała kontraktu, to pacjenci wróćcą do tych poradni jakby z oczekiwaniem zaległych świadczeń – to jest to, o czym mówiła jedna z pań wcześniej – jak również że poradnia ambulatoryjna nie ma środków, które powinna mieć, a które do czegoś były jej na pewno w budżecie potrzebne, ponieważ nie otrzymała zapłaty za świadczenia, których nie wykonała.

Chcę też powiedzieć, że kontekstem szczególnym jest tu to, że cały czas mamy – co jest dziwne – niewyjaśnioną sprawę tego, co będzie z tą 1/12. My powinniśmy już dawno wiedzieć, co z tą sprawą, już dawno powinno to być ogłoszone. To jest bardzo ważna sytuacja, to jest bardzo ważna sprawa.

W niepublicznych placówkach ochrony zdrowia jest też bardzo wysoki stopień reinwestycji dochodu, w związku z tym te utracone pieniądze, zarówno wskutek nierealizacji kontraktu, jak i zmniejszonej liczby pacjentów... To po prostu spowodowało, że mamy właśnie coś do odbudowania. Do odbudowania mamy potencjał diagnostyczno-leczniczy, na który pieniądze nie poszły, dlatego że poszły np. na zabezpieczenie przeciwepidemiczne, po prostu poszły i zostały niezarobione wskutek mniejszej liczby pacjentów oraz niewykonania kontraktu. A więc tutaj tego mi brakuje. Bo skoro już mówimy nawet o sieci stacji sanepidu, stacji sanitarno-epidemiologicznych, to... Ja oczywiście to rozumiem, to jest bardzo ważne, no ale tracimy z oczu tę sól ziemi, czyli tę medycynę zupełnie podstawową – z wyjątkiem POZ, który jest w różnych miejscach wręcz odmieniany przez wszystkie przypadki.

Chcę powiedzieć, że w samym Krajowym Planie Odbudowy ten podział środków jest dość

niejasny, bo np. okazuje się, że na stronie 18 komponent cyfryzacyjny medycyny, coś z tego naszego komponentu D, dotyczącego ochrony zdrowia, w zasadzie należy do komponentu C, dlatego że bez tych 800 milionów euro nie będzie osiągnięte 20% wydatków na cyfryzację.

Dalej. Oczywiście nikt nie będzie polemizował z koniecznością programu szczepień i szczepionek, ale 30% całego komponentu D, czyli komponentu związanego z efektywnością i jakością ochrony zdrowia, wydane czy zaksięgowane na komponent czy... To znaczy zaksięgowane w tym komponencie wydatki na szczepionki i szczepienia – które w końcu są podstawową sprawą do rozruszania całej gospodarki, nie tylko ochrony zdrowia... Przecież konkurencyjność całej gospodarki nie ruszy, jeśli społeczeństwo nie będzie zdrowe, jeżeli pracownicy sektora przemysłowego nie będą po prostu wyszczepieni. W związku z tym jeżeli odejmiemy te kwoty, które są jakby taką międzykomponentową rzeczą, to okaże się, że na same typowe działania związane z efektywnością ochrony zdrowia są 2 miliardy euro. A to jest 8,5% całego planu, to jest bardzo niewiele, I z tego jeszcze prawie 1 miliard, bo 960 milionów państwo chce przeznaczyć na wyselekcjonowane 150 podmiotów leczniczych i 230 obiektów szkoleniowych. A więc po prostu myślę w tym momencie, że jeżeliby miała się utrzymać taka struktura wydatków, to niezwykle rolę przypisałbym temu, aby w następnej polityce spójności i w regionalnych programach operacyjnych władze publiczne przejęły rolę pewnego integratora. Bo skoro mamy w kilku miejscach wymienianą cyfryzację – mówi się o cyfryzacji POZ, a nie mówi się o tym, żeby np. scyfryzować normalne placówki opieki zdrowotnej, również te, które nie mają kontraktu z NFZ... Ja zawsze powtarzam, będąc również odpowiedzialny w Naczelnej Radzie Lekarskiej za sprawę EDM, że EDM ruszy wtedy, kiedy będzie powszechny, kiedy będzie dostęp zarówno do tego, co pacjent miał robione w szpitalu, ale również do tego, co miał zaordynowane np. w prywatnym gabinecie kardiologicznym. Bez tego dokumentacja będzie niepełna, domniemanie jej kompletności runie. A więc ja, kończąc, mówię o tym, że państwo powinniście przejąć jako Ministerstwo Zdrowia czy w ogóle władze publiczne – już nie wnikając w rozdział obowiązków, w te wszystkie mechanizmy demarkacyjne – rolę lidera w dystrybucji tych środków, które będą zarówno w polityce

spójności, jak i w regionalnych programach operacyjnych, tak żeby, jak to już wspomniałem, sól tej ziemi, czyli placówki opieki zdrowotnej, te podstawowe podmioty wykonujące działalność leczniczą, również w ramach praktyki lekarskiej... Bo państwo operujecie cały czas terminem „podmioty lecznicze”, a funkcjonują jeszcze bardzo prężne praktyki zawodowe – pielęgniarskie, lekarskie, fizjoterapeutyczne. A więc chodzi o to, żebyście państwo przejęli rolę takiego jakby dystrybutora tych pieniędzy, żeby to nie było tak, że my będziemy chodzić, pisać skomplikowane aplikacje do regionalnych programów operacyjnych... Chodzi o to, żeby to były celowane programy, które wspomogą po prostu sytuację tych placówek opieki zdrowotnej, niewielkich, tych podmiotów i praktyk, które po prostu wytwarzają jakby zasadniczą masę tych świadczeń, które są wykonywane. Bo tymczasem widzę, że troszeczkę jest taka maniera, że o ochronie zdrowia mówi się głównie przez pryzmat szpitali i POZ.

To tyle z takich uwag na gorąco. Dziękuję serdecznie i przepraszam, jeśli przedłużyłem...

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Druga osoba zdalnie – zgłasza się pan prezes Krzysztof Kopeć, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego.

Ja tylko chcę dodać, że dostałam skierowaną do Komisji Zdrowia opinię związku na ten temat.

Bardzo proszę, Panie Prezesie, oddaję panu głos.

**PREZES ZARZĄDU POLSKIEGO  
ZWIĄZKU PRACODAWCÓW  
PRZEMYSŁU FARMACEUTYCZNEGO  
KRZYSZTOF KOPEĆ**

Bardzo dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Miło mi, że możemy z państwem się spotkać, co prawda zdalnie, ale cieszy fakt, że możemy porozmawiać o tym ważnym planie – bo moim zdaniem to ważny plan. Krajowi producenci leków doceniają starania polskiego rządu, ale też wszystkich nas, także tych, którzy nad tym

pracujemy dzisiaj, czyli opozycji i wszystkich sił mających na celu przygotowanie Polski do nowej postcovidowej rzeczywistości gospodarczej, czego wyrazem jest...

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Nie słysząc, Panie Prezesie, coś się wydarzyło. Proszę spokojnie... Może bliżej mikrofonu.)

Już się poprawiam. Tak lepiej?

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Tak, proszę próbować.)

Halo?

(Przewodnicząca Beata Małecka-Libera: Tak, proszę próbować.)

O, dobra, przepraszam. Dobra, już jestem bliżej mikrofonu.

Tak jak mówię, krajowi producenci leków doceniają działania polskiego rządu, mające na celu przygotowanie Polski do postcovidowej rzeczywistości, i fakt, że o tym możemy dzisiaj rozmawiać, oraz to, że to pojawia się w projekcie Krajowego Planu Odbudowy.

Pandemia bardzo boleśnie przypomnieli nam, że najważniejszą wartością jest zdrowie. Jeśli jego zabraknie, trudno rozwijać i gospodarkę, i inne elementy aktywności społecznej. Niestety, wskaźniki zdrowotne w Polsce nie są optymistyczne, a to wskazuje wyzwanie, olbrzymie wyzwanie dla systemu, zwłaszcza że pandemia odcisnęła na nim ślad w postaci ograniczenia dostępności wielu usług, i o tym trzeba też pamiętać. Dlatego środki na zdrowie w Krajowym Planie Odbudowy powinny być największe. Tymczasem niestety stanowią one zaledwie 18%. Pozostałe 4 komponenty, czyli cyfryzacja, odporność i konkurencyjność gospodarki oraz mobilność i zielona energia, też są ważne... Ale czy są one możliwe do realizacji, gdy zabraknie nam zdrowia, albo gdy wszystko będzie musiało być zamknięte ze względu na kwestie pandemiczne? To jest pytanie otwarte. Równy podział środków na 5 komponentów dałby zdrowiu 20%, a nie 18, i chcemy na to zwrócić uwagę. Zważywszy na to, jaka jest sytuacja zdrowotna Polaków, środki na ten komponent zdrowia powinny być po prostu wyższe. I to chcielibyśmy podkreślić.

Zapowiedź budowania w ramach Krajowego Planu Odbudowy bezpieczeństwa lekowego naszego kraju, równie przecież ważnego jak energetyczne czy militarne, to bardzo dobra wiadomość, długo oczekiwana. Jednak kwota zaplanowana na ten komponent dotyczący rozwoju przemysłu farmaceutycznego to zaledwie,

niestety, 0,8% środków z KPO. Przewidziane 193 miliony euro na stworzenie sprzyjających warunków dla rozwoju sektora leków w Polsce nie wystarczą na realizację postawionego w KPO celu, czyli poprawy bezpieczeństwa lekowego obywateli oraz uzyskania większej niezależności Polski w zakresie łańcucha dostaw leków i surowców do ich produkcji. Prawie ten sam poziom finansowania zaplanowano na technologie dotyczące bezzałogowych statków powietrznych, oczywiście być może istotnych dla gospodarki, ale moim zdaniem nie tak niezbędnych jak leki. I to trzeba też jasno powiedzieć, żeby to wybrzmiało. Rząd Włoch, który gdzieś tam powinien być, moim zdaniem, dla nas benchmarkiem, planuje wydać na rozwój przemysłu farmaceutycznego 7 razy więcej środków, czyli 1 miliard 400 milionów euro. Z naszych szacunków wynika, że kilkanaście działających w Polsce firm farmaceutycznych, zarówno państwowych, jak i prywatnych – bo mamy w Polsce nowoczesny przemysł generyczny – zamierza ubiegać się o te środki, aby zwiększyć produkcję leków oraz substancji do ich wytwarzania. Dzięki temu Polska mogłaby zmniejszyć import leków, zwiększyć eksport, zapewniając sobie suwerenność i bezpieczeństwo lekowe, a także wzrost PKB i rozwój gospodarki. Zważywszy, że koszt uruchomienia jednej fabryki substancji farmaceutycznej to około 250 milionów, a jednej linii produkcyjnej to około 100 milionów, w ramach zaplanowanych w KPO środków mogłoby powstać zaledwie 9 takich linii. Dla przykładu warto wspomnieć, że Francuzi zamierzają produkować 200 substancji czynnych, co nie powinno odbiegać od naszych ambicji, tymczasem poza wytwarzaniem substancji czynnych firmy chciałyby uzyskać też dotacje na zwiększenie produkcji leków, bo moim zdaniem pierwszym etapem powinno być zwiększenie produkcji leków, gdyż osiągnięcie tego byłoby szybsze, a potem powinniśmy przejść do budowania suwerenności, jeśli chodzi o leki.

Trzeba też podkreślić, że KPO nie jest tylko rozdzielnikiem unijnych pieniędzy. To projekt reform, które mają przygotować Polskę i całą Europę na postcovidową rzeczywistość – i to się przewidywało we wcześniejszych dyskusjach. Dlatego aby zwiększyć produkcję substancji czynnych i leków w Polsce, nie wystarczy rozdzielić przyznane Polsce pieniądze, konieczna jest też zmiana polityki resortu zdrowia wobec



krajowych producentów. Zmuszanie nas, krajowych producentów, do kolejnych obniżek cen i tak już najtańszych leków RX w Unii Europejskiej nie pozwoli na realizację zakładanych w KPO celów, bo jeśli rząd jedną ręką będzie pomagał, dając środki unijne, a drugą będzie je zabierał podczas negocjacji cen leków, to nie zbudujemy odporności naszej gospodarki po pandemii COVID, zwiększymy tylko import leków do Polski, co nie jest żadną odpornością. Naukowcy – i to jest bardzo ważny głos – z Polskiej Akademii Nauk oraz dziekani wydziałów farmaceutycznych i chemicznych czołowych polskich uczelni w piśmie do premiera Mateusza Morawieckiego wysłanym wczoraj zaapelowali o zwiększenie środków na rozwój przemysłu farmaceutycznego w KPO. Podkreślili, że poprawa bezpieczeństwa lekowego dzięki tym unijnym środkom jest historyczną szansą, a rozwój produkcji farmaceutycznej pozwoli też na modernizację gospodarki, budowanie jej trwałości i odporności. Krajowi producenci leków również apelują o ponową analizę wysokości alokacji środków w zakresie komponentu dotyczącego zdrowia i możliwość wsparcia rozwoju krajowego przemysłu farmaceutycznego i biotechnologicznego w budowie bezpieczeństwa lekowego Polski oraz jego siły na rynku europejskim i światowym. Te środki mogłyby służyć temu, że rozwijałaby się gospodarka, a my odzyskiwalibyśmy odporność w zakresie leków. Dziękuję ślicznie.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Rzeczywiście na temat wsparcia polskiego rynku farmaceutycznego wielokrotnie rozmawialiśmy także na posiedzeniach Komisji Zdrowia i na różnych konferencjach, i cały czas słyszymy zapewnienie, że jest to bardzo ważny obszar dla bezpieczeństwa zdrowotnego i lekowego Polaków. A więc jest to ten moment, kiedy rzeczywiście to wsparcie i ta cała zmiana polityki w stosunku do producentów krajowych powinny też stać się tutaj absolutny priorytetem.

Czy ktoś jeszcze chce zabrać głos? Nie.

Panie Ministrze, proszę o odpowiedź, podsumowanie tego, co pan usłyszał. Proszę bardzo.

**PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
SŁAWOMIR GADOMSKI**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Spróbuję jakoś to może usystematyzować

Kilka kwestii wymaga na pewno jasności co do założeń, które stawia przed nami Komisja Europejska. Bo zrozumiałem z dyskusji, że pojawiły się pewne oczekiwania czy pytania, dlaczego w ramach KPO nie ma tego koła ratunkowego, nie ma finansowania przeznaczonego dla Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez zwiększenie wartości realizowanych świadczeń. W tej kwestii w ogóle dyskusja z Komisją Europejską została ucięta na samym początku, to znaczy jest jasne, że Komisja Europejska stoi na stanowisku – i stała również w przypadku poprzednich perspektyw – że nie możemy ze środków unijnych finansować bieżących wydatków, nie możemy finansować realizacji świadczeń medycznych. Tak że cały program odbudowy, a także programy REACT i polityka spójności w żadnym stopniu tego nie adresują, i to nie dlatego, że my byśmy tego nie chcieli, bo pewnie byśmy bardzo chcieli, ale dlatego, że mamy to zablokowane na poziomie założeń dotyczących tworzenia tych programów. Niemniej jednak oczywiście będziemy te działania realizować ze środków krajowych. To jedno z takich ważnych założeń.

Drugie ważne założenie... Bo też kilka razy pojawiło się dzisiaj to, że jest to plan rozwojowy, plan wykraczający, na przyszłość, a niekoniecznie plan odbudowy. Ja uważam wprost odwrotnie, tzn. że to właśnie na tym powinno nam zależeć, że powinniśmy odbudować się poprzez rozwój, poprzez skok, można powiedzieć, cywilizacyjny w sektorze ochrony zdrowia. Ja wierzę w to, że te instrumenty właśnie rozwojowe, te nowe, których wcześniej nie było – czy rozwój sektora leków, czy rozwój sektora B+R, czy istotny rozwój bazy dydaktyczno-klinicznej do zwiększenia kształcenia – umożliwią właśnie ten skok do przodu. A jeśli chodzi o odbudowę tego stanu bieżącego, to koło ratunkowe, to myślę, że już dzisiaj rzucają np. z funduszu covidowego – i o tym też nie możemy zapominać... W ciągu 2 lat wydamy prawdopodobnie łącznie ponad 20 miliardów zł z funduszu covidowego. I to są właśnie te koła ratunkowe. W ramach tych kół ratunkowych pomagamy również, w miarę możliwości, podmiotom medycznym.



Zwiększenie wyceny, dolozenie do wycen 3% do każdej faktury, jako taka tarcza, przede wszystkim na zapewnienie środków ochrony indywidualnej – no, to są działania, które realizujemy. No, i co najważniejsze, bo tutaj Polska... Nie chcę powiedzieć, że Polska jest wyjątkiem, ale w Europie czy na świecie to nie jest reguła, że świadczenia covidowe są finansowane z budżetu państwa czy z funduszu covidowego. W Polsce żadna złotówka ze składki zdrowotnej, żadna złotówka Narodowego Funduszu Zdrowia nie została przeznaczona na walkę z COVID – tak mówię, upraszczając. Wszystkie świadczenia, dodatki są finansowane z funduszu covidowego.

Myślę również... I jestem naprawdę gotowy wejść w pewną polemikę co do tych oczekiwań finansowych, co do KPO i wszystkich programów. Pani przewodnicząca powiedziała, że pewnie chcielibyśmy, żeby było więcej. Kilka osób mówi o tym, że zdrowie powinno być priorytetem. Tutaj pan przewodniczący Kopeć mówił o tym, że 18% na zdrowie to mało. Ja uważam, że to jest gigantyczna kwota. Gigantyczna. Jeżeli porównamy sobie... A wierzę, że w roku 2013, 2014, kiedy toczyły się negocjacje, zdrowie również było priorytetem. To się nie zmieniło. I zakładam, że wtedy ekipa rządząca również traktowała zdrowie priorytetowo. No, to jeżeli spojrzymy sobie na to, jaka była alokacja na zdrowie – niecałe 13 miliardów zł, przypominam – versus cała perspektywa unijna... Nie wiem, czy uda nam się znaleźć na szybko, ale jeśli mnie pamięć nie myli, to około 300 miliardów zł. No, to to był to ułamek, ta kwota na zdrowie, ułamek daleko mniejszy niż 18% alokacji, jak dzisiaj, w KPO czy prawie 30% w REACT-UE, tak jak wcześniej mówiłem. Myślę, że te środki w tym jakby module uzupełniającym KPO, REACT-UE, politykę spójności i Fundusz Medyczny to jednak jest około 40 miliardów zł w perspektywie najbliższych lat, 3 razy więcej niż w przypadku poprzednich możliwości, którymi dysponował minister zdrowia. No, i jednak uważam, że jest to kwota ogromna.

Bardzo ciekawe były uwagi pana prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Bardzo chętnie bym był, że tak powiem, instytucją pośredniczącą co do wszystkich środków unijnych, niemniej jednak, no, wiążą nas pewne ustalenia, wiąże nas umowa partnerstwa, wiąże nas pewien podział, pewna demarkacja środków na środki centralne i regionalne. Tak więc, no, na pewno trzeba liczyć się z tym, że część środków będzie w ramach

RPO. Chociaż faktycznie, ja osobiście zgadzam się z tym, że minister zdrowia np. środkami na cyfryzację mógłby zarządzać, a nawet powinien zarządzać w sposób kompleksowy. No, ale póki co, mimo że taki kierunek określiliśmy jako pożądanym, nie ma na to jeszcze – i pewnie niestety nie będzie – zgody Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej.

Co do kilku pytań... Aha, jeszcze jedno ogólne pytanie. Pani senator Matecka pytała, słusznie, o część pożyczkową. My dzisiaj rozmawiamy wyłącznie o tej części środków bezzwrotnych. Decyzją ministra finansów... Nie chcę wykraczać za daleko. Na razie środki, które zostały nam zaoferowane w formule pożyczkowej, nie są z punktu widzenia kosztów finansowania bardziej atrakcyjne niż inne możliwości pozyskania kapitału. Wiem, że dyskusje jeszcze pewnie trochę... Nie chcę się wypowiadać za ministra finansów, ale wiem, że dyskusje co do wspomnianej kwestii się toczą i być może z części z tych środków pożyczkowych będziemy korzystać. Ale z punktu widzenia opłacalności kosztu obsługi długu... Na ten moment tych środków nie planujemy. Tak więc wszystkie te środki, o których tutaj mówimy, są środkami bezzwrotnymi.

I kilka pytań szczegółowych. Pani senator Chybicka bardzo słusznie mówiła o kadrach. Nie zgodzę się tylko z tym, że nie ma analizy stanu, bo właśnie, że tak powiem, analizą stanu obecnego i tej sytuacji dzisiejszej są działania określone w Krajowym Planie Odbudowy. Pewnie długoterminowe, bo nie da się wyprodukować kadr medycznych od razu, bardzo byśmy tego pewnie wszyscy chcieli, ale nie da się. Powiększenie bazy dydaktycznej, bazy klinicznej może to zapewnić.

Co ze szpitalami tymczasowymi? Ja myślę, że sytuacja Wrocławia jest sytuacją dobrą, bo od samego początku budowy szpitala tymczasowego był on budowany wspólnie ze szpitalem patronackim, szpitalem klinicznym, który tak określił specyfikację wyposażenia, aparatury diagnostycznej i terapeutycznej, żeby to wszystko w maksymalny sposób wykorzystać później do rozwoju bazy klinicznej. Tak więc oczywiście, można powiedzieć, że z punktu widzenia systemowego te nakłady, które poszły na przygotowanie powierzchni, hal itd., no są nakładami, z których skorzystamy tylko w pandemii, tego już nie przeniesiemy, ale całe zabezpieczenie

aparaturowe, łóżkowe, to ruchome budowane było tak, żeby wykorzystać to w szpitalach po pandemii.

Myślę, że jeszcze wrócę na chwilę... Wprawdzie już o tym mówiłem. Pani senator Matecka pytała o te dziedziny priorytetowe: onkologia, kardiologia, psychiatria, głównie z punktu widzenia właśnie finansowania świadczeń – o tym mówiłem. No, wspomniane działania zostały wymienione enumeratywnie jako dziedziny wspierane i w Krajowym Programie Odbudowy, i w polityce spójności, a co więcej, pewien katalog działań w tym obszarze szykujemy raczej ze środków krajowych, bo tutaj możemy rzeczywiście finansować czy świadczenia, czy świadczenia bezlimitowe, czy pewne nowe programy profilaktyczne. Tak więc wspomniane działania będziemy jednak finansować przede wszystkim ze środków krajowych.

Pan senator Konieczny, jak myślę, trochę wyprzedził na razie rzeczywistość, mówiąc o likwidacji szpitali powiatowych. Póki co takiego planu nie ma nawet w działaniach związanych z centralizacją szpitali czy reformą szpitalnictwa, którą mam przyjemność nadzorować. Te prace analityczne... Tam nie ma założenia, że będziemy likwidować szpitale powiatowe. Myślę, że to jest jakaś utarta, niepoprawna, że tak powiem, ścieżka medialna. Niemniej jednak na pewno zarówno w ramach naszych możliwości, w ramach środków unijnych – to jest to, co mówiłem o polityce spójności – gdzie jest komponent opieki długoterminowej, jak i w ramach Funduszu Medycznego, subfunduszu modernizacji szpitali, o którym też mówiłem, chcemy dać pewne środki inwestycyjne, poniekąd jako zachętę do tego, żeby się przeprofilowywać. Ustawa o Funduszu Medycznym dała nam możliwości wsparcia w 4 obszarach. Jednym z nich jest pewna konsolidacja bazy szpitalnej. Ale ja rozumiem tę konsolidację właśnie przede wszystkim jako zmianę profili, jako być może wykorzystanie tych środków inwestycyjnych jako takiego impulsu do tego, żeby rzeczywiście na poziomie jednego czy kilku powiatów, no, przemyśleć tę strukturę szpitalną. Myślę, że tu na razie daleko wybiegamy w przyszłość. Niemniej jednak odnosząc się do budowy nowych szpitali czy rewitalizacji obiektów szpitalnych, powiem, że to jest ogromne wyzwanie. I myślę, że w wielu miejscach staramy się to realizować. Myślę, że dzisiaj przykłady pewnych szpitali klinicznych, przykłady pewnych szpitali

onkologicznych, chociażby wspierane na poziomie rządowym te ogromne programy inwestycyjne, wymienię Narodowy Instytut Onkologii, wymienię Dolnośląskie Centrum Onkologii, skoro już mówiliśmy dzisiaj o Wrocławiu... No, to właśnie ta nowa infrastruktura, która powstaje w ramach programów wieloletnich. Przykłady takiej nowej infrastruktury... Widzimy już wybudowane te projekty z lat poprzednich, np. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku. No, to są inwestycje, które właśnie, że tak powiem, wychodzą ze starych powierzchni i wchodzi w nowe, budowane całkiem na nowo szpitale. Poznań, Centralny Zintegrowany Szpital Kliniczny, który w poprzednim roku wprowadziliśmy do finansowania... To właśnie jest zamknięcie 3 zabytkowych, zrujnowanych, można powiedzieć, przynajmniej w przypadku jednego z nich, obiektów szpitalnych, i wejście w jeden nowy szpital, skonsolidowanie tych, które mamy. No myślę, że takie programy będziemy kontynuować. Wyobrażam sobie, że dzisiaj, z punktu widzenia pewnych nakładów, które w poprzednich 2 perspektywach były ponoszone na szpitale, jeśli spojrzeć na istotne nakłady, które ponoszą organy tworzące, na poziomie marszałków, powiatów... No, chyba nie stać nas dzisiaj na decyzję, że w jakiś systemowy sposób wyprowadzamy się ze starych szpitali i budujemy nowe, podczas gdy naprawdę wiele z nich zostało już w ostatnich latach istotnie zrewitalizowanych. I myślę też, że trzeba raczej budować jednak wokół tego, co jest. Mimo że osobiście wolałbym budować nowe, to lepsze i pewnie efektywniejsze, jeżeli tylko dysponuje się dużą sumą pieniędzy, możliwości. Realizujemy to w przypadku krytycznej infrastruktury, ale chyba nie jesteśmy w stanie realizować powszechnie, w całym systemie.

I jeszcze odniosę się do wypowiedzi pana senatora Koniecznego, do wątku e-zdrowia i tego, czy to rzeczywiście jest benefit, czy pewna bolączka. Ja się zgadzam, nadużywanie telemedycyny, nadużywanie możliwości leczenia zdalnego być może jest pewną bolączką. Ale to pandemia w sposób wyjątkowy nam to obrazuje. I myślę, że ten wyjątkowy czas się skończy. Bo jeżeli przed pandemią, 2 lata temu pacjenci w Polsce usłyszeli, że mogą nie iść do lekarza, mieć wystawione e-zwolnienie, e-receptę, e-skierowanie i jeszcze odbyć telewizytę, to, jak myślę, 90% powiedziałoby: świetnie, na tym nam zależy, to postulowaliśmy od dawna, żeby

nie musieć iść do tego lekarza. Pandemia obnażyła tę złą stronę. Mam nadzieję, że wrócimy do czasów normalnych i wtedy te narzędzia telemedycyny będą jednak powszechnie stosowane.

Kończą już. Pani senator Czudowska pytała o Krajową Sieć Onkologiczną versus Krajowy Program Odbudowy. Tak jak mówiłem, onkologia jest wskazana, enumeratywnie, jako jedna z dziedzin wspieranych. Tak jak też mówiłem, programy dużej infrastruktury, czyli PET, czyli akceleratorów... Ale też w komponencie profilaktycznym, jak myślę, uzupełnienie tego, co realizujemy w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej, czyli np. wymiana mammografów cyfrowych, endoskopy wysokiej rozdzielczości... No, te działania będą wspierane również przez mniejsze komponenty, w ramach czy to polityki spójności, czy REACT-EU, czy KPO. No, i myślę, że... Ja z optymizmem patrzę na te programy i jednak wierzę, że to jest ogromna kwota środków, która trafi do sektora zdrowia. Myślę, że musimy wszyscy wspólnie pracować nad tym, żeby tej kwoty nie zmarnować. Bo, wbrew pozorom... Patrząc na dzisiejsze możliwości sektora ochrony zdrowia, myślę, że beneficjenci muszą wykonać tytaniczną pracę, żeby sięgnąć po te środki, żeby rzeczywiście tych około 40 miliardów zł w najbliższych latach wchłonąć. Bo to wcale nie będzie takie proste. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Podsumowując dzisiejsze posiedzenie komisji, chcę powiedzieć tak: podtrzymuję swoje stanowisko, że tych 18%, choć wydaje się dużą kwotą środków finansowych, w obecnej sytuacji, w jakiej znajduje się ochrona zdrowia, m.in. także związana z epidemią, ale nie tylko, nie jest sumą pieniędzy, która by nas w jakiś sposób całkowicie zadowalała. To jest moja pierwsza konkluzja.

Druga: rozmawiając o ochronie zdrowia, zawsze trzeba pamiętać, że w centrum tej ochrony zdrowia muszą być pacjent i pracownicy medyczni. Kadry w tej chwili naprawdę są w tragicznej sytuacji, na skraju wyczerpania fizycznego, psychicznego, na skraju wyczerpania zasobów kadr itd. Tak więc oczywiście, infrastruktura, sprzęt, wszystko to jest potrzebne,

ale kadry niewątpliwie... i pacjent... Czyli dostęp do świadczeń zdrowotnych absolutnie musi być zawsze na pierwszym miejscu.

I wydaje mi się, Panie Ministrze, że to wszystko, o czym pan mówił, o tych różnych programach, które tutaj powstają z racji środków unijnych, ale także wielu różnych krajowych, narodowych programów, to wszystko rzeczywiście byłoby o wiele łatwiejsze do zrozumienia i do akceptacji, gdyby była wieloletnia strategia ochrony zdrowia. Tego rzeczywiście nam brakuje. My nie wiemy, do czego ten system zmierza, jakie wskaźniki, jakie cele chcemy osiągnąć. Tutaj wybrzmiało kilka... Mówiliśmy o kadrach, mówiliśmy o cyfryzacji, która niewątpliwie jest potrzebna. Ale żeby to wszystko szło zgodnie z pewnym planem i służyło osiągnięciu celów, do których zmierzamy, potrzeba takiej strategii, która by to wszystko spajała i mówiła: tak, to są nasze cele nadrzędne i na te cele nadrzędne kierujemy wszystkie środki finansowe, żeby te cele nadrzędne zrealizować. Jeżeli my słyszymy, że takim jednym z celów jest, dla przykładu, rynek leków w Polsce, krajowy rynek... No, skoro tak, to zrobimy wszystko, żeby ten rynek ruszył, od postaw. Skoro pan prezes mówi, że te środki, które są tutaj kierowane z funduszy unijnych, nie wystarczą, to znaczy to, że my po raz kolejny mydlimy tak naprawdę sami sobie oczy. Mówimy, że mamy jakiś tam ważny cel, jakiś priorytet, damy trochę pieniędzy, rozpoczniemy jakiś program i powiemy: mamy. Nie, nie mamy, bo nie osiągniemy celów. I te cele powinny być jasno sprecyzowane. A wzięwszy pod uwagę wskaźniki zdrowotne naszego społeczeństwa, można stwierdzić, że wyzwania naprawdę nam wystarczy na kilka lat, żeby odbudować i wrócić do tych wskaźników, które mieliśmy kilka lat wstecz. Bo w ostatnich latach wskaźniki zdrowotne niestety zdecydowanie się pogarszały, a epidemia to już wszystko pograżyła.

Mam nadzieję, że to nie jest nasza ostatnia rozmowa na ten temat. Bo Komisja Zdrowia będzie bardzo wnikliwie przyglądała się zarówno tym planom, które państwo będziecie składać, jak i później pewnie realizacji. I wielokrotnie będziemy o tym mówić.

Tak więc dziękując dzisiaj za dyskusję, kończę na tym dzisiejsze posiedzenie Komisji Zdrowia.

Dziękuję bardzo.

(Głos z sali: Dziękujemy bardzo.)

(Głos z sali: Do widzenia, dziękuję bardzo.)

**Kancelaria Senatu**

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy