



SENAT  
RZECZYPOSPOLITEJ  
POLSKIEJ

X kadencja

# Zapis stenograficzny

z posiedzenia  
Komisji Zdrowia (52.)

25 maja 2021 r.

Porządek obrad:

1. Czy zdrowie jest priorytetem w Krajowym Planie Odbudowy? Ilość środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia w częściach: grantowej oraz pożyczkowej.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 02)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodnicząca  
Beata Małecka-Libera)

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Możemy rozpocząć posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Szanowni Państwo, dzisiaj w porządku obrad jest 1 temat: czy zdrowie jest priorytetem w Krajowym Planie Odbudowy? Zobaczymy, ile środków finansowych zostało przeznaczonych na ochronę zdrowia zarówno w części grantowej, jak i w części pożyczkowej.

Chciałabym tylko przypomnieć, że to jest już drugie spotkanie Komisji Zdrowia w sprawie Krajowego Planu Odbudowy. Uważamy, że ilość środków finansowych, jakie mają wpłynąć z Unii...

*(Rozmowy na sali)*

Czy mogę was prosić o ciszę, Dziewczynki?

Środki finansowe, jakie mają wpłynąć do Polski na odbudowę po pandemii, niewątpliwie powinny być w dużej mierze przeznaczone na odbudowę ochrony zdrowia i zdrowia Polaków. Podkreślam: zdrowia Polaków. To jest ogromne wyzwanie, uważamy to za absolutny priorytet.

Cieszę się, że po naszym pierwszym spotkaniu w Komisji Zdrowia odbyło się szereg kolejnych spotkań w tym zakresie – było wysłuchanie publiczne, były spotkania zarówno tutaj, w Senacie, jak i w Sejmie. Bardzo aktywnie działali również przedstawiciele organizacji pozarządowych, samorządowcy. Wszystkim osobom, które poświęciły czas i energię, które przybyły na te spotkania, aby jak najlepiej doprecyzować zapisy dotyczące środków kierowanych na ochronę

zdrowia, bardzo w tym momencie dziękuję, bo to było bardzo ważne. Chcieliśmy dokładnie przyrzeć się podziałowi tych środków i zdecydować, czy na pewno tak być powinno.

W imieniu Komisji Zdrowia witam pana ministra Gadomskiego, który jest z nami po raz drugi. Mam nadzieję, że wszelkie uwagi, które wpłynęły w tym czasie pomiędzy pierwszym a obecnym posiedzeniem komisji, uda nam się przynajmniej częściowo omówić. Spytamy, co rząd przyjął, a czego nie, jakie zmiany poczyniono. No, taki jest cel dzisiejszego posiedzenia komisji.

Witam wszystkie osoby, które są tutaj z nami osobiście – witam panie senatorki – oraz zdalnie uczestniczących panów senatorów i panie senator, a także osoby, które przyszły reprezentować poszczególne gremia. Jest z nami przedstawiciel zespołu ekspertów, pan Maciej Bogucki, któremu bardzo dziękuję. Mam nadzieję, że będzie pan również przedstawiał stanowisko ekspertów. Wiem, że zdalnie są z nami także inne osoby z zespołu eksperckiego. Jest pan prof. Flisiak, ale połączone są również osoby reprezentujące samorządy, za co bardzo dziękuję. No, m.in. jest pan starosta Dariusz Waluszyk z powiatu będzńskiego. To jest o tyle ważne, że organami założycielskimi szpitali są także samorządy, które również bardzo uważnie przyglądają się temu, w jaki sposób te pieniądze będą dzielone. A niestety, jak wiemy, samorządowcy mają przykre doświadczenia z podziałem funduszy na inwestycje, więc tym bardziej są w tej chwili na te kwestie wyczuleni i bardzo wnikliwie przyglądają się wszystkim działaniom. Jest z nami również rzecznik praw pacjenta, pan Bartłomiej Chmielowiec – witam. Jest ktoś, kogo jeszcze nie powitałam? Wszystkich bardzo serdecznie

witam, w tym także osoby, które są z nami zdalnie. Państwo również będą mogli zabrać głos.

Szanowni Państwo, tytułem wstępu powiem tylko o kilku sprawach, a mianowicie o... Panie Ministrze, nas interesuje nie tylko podział środków, jaki państwo proponujecie w zakresie ochrony zdrowia, ale także – a może przede wszystkim – cel, jaki mamy osiągnąć. Bo te pieniądze, duże pieniądze, mają nam pomóc odbudować cały system, który w tej chwili, po pandemii, jest w katastrofalnym stanie. Mamy problem nie tylko z ochroną zdrowia, z pracownikami – wielokrotnie mówiliśmy, że ich brakuje – ale i ze zdrowotnością społeczeństwa. Niestety od kilku lat wskaźniki lecą w dół, a pandemia ten proces jeszcze bardziej przyspieszyła, co widzimy w tej chwili. Co prawda sytuacja epidemiczna jest w miarę opanowana – mówię „w miarę”, bo cały czas mamy na uwadze to, że być może jesienią będzie o wiele gorzej, niż jest w tej chwili, na to też musimy być przygotowani – ale zaczynają się już jasno ukazywać ujemne strony tego, że przez rok skupialiśmy się wyłącznie na COVID. Niestety wszystkie zaległości w diagnostyce, we wczesnej diagnostyce, w profilaktyce i w zakresie dostępu do lekarza w tej chwili wychodzą na wierzch. Wiemy też, co się dzieje w onkologii, jak bardzo kuleją badania diagnostyczne, jak wielki jest w tej chwili natłok pacjentów kierowanych do leczenia, do placówek. To są absolutnie nowe wyzwania, z którymi też musimy dać sobie radę, z którymi musimy się uporać. Nowym wyzwaniem jest rehabilitacja pocovidowa, nowym wyzwaniem są problemy związane z zaburzeniami zdrowia psychicznego, nowym wyzwaniem jest nadmierny wzrost zgonów, w tym zgonów w okresie aktywności, szczególnie wśród młodych mężczyzn. To są naprawdę bardzo ważne sprawy, o których również musimy pamiętać.

No i nie zapominajmy, że przy okazji podziału środków z Krajowego Planu Odbudowy, z tego funduszu unijnego, pojawia się również szereg propozycji, jakie państwo składacie w tzw. Polskim Ładzie, który zapewne będzie w najbliższym czasie realizowany poprzez ustawy. Z tym programem również się zapoznaliśmy, no i tutaj rodzi się szereg wątpliwości. Zresztą na ten temat rozmawialiśmy już w Komisji Zdrowia. Nie chcę użyć słów „centralizacja szpitali”, bo słyszałam, że państwo robicie jakiś mały krok do tyłu, ale wszelkie zmiany, jakie pojawiają się w poszczególnych projektach, pokazują, że obraliście

jednak kierunek centralizacji. Uważamy, że jest to absolutnie niezgodne z polityką, jaką od wielu lat prowadzimy i jaką w naszym odczuciu powinniśmy kontynuować.

Duże wątpliwości rodzą się również wtedy, kiedy patrzymy na ilość środków finansowych, które mają być kierowane do szpitali. To nie znaczy, że ja jestem przeciwnikiem szpitali, bo szpitale są absolutnie potrzebne. To są te miejsca, gdzie ratujemy życie i zdrowie społeczeństwa. Niemniej jednak od wielu lat mówimy także o tym, że potrzeba przesunięcia akcentu na leczenie przedszpitalne, że potrzeba wzmocnienia profilaktyki, wzmocnienia roli lekarza rodzinnego. No więc to wszystko jest ze sobą bardzo mocno powiązane. Nie bez znaczenia jest to, jak podzielimy środki na KPO i w jaki sposób one będą dystrybuowane.

Tak więc dzisiejsze spotkanie będzie poświęcone przede wszystkim wątpliwościom, które w dalszym ciągu zgłaszają samorządowcy, którzy jasno mówią, że obawiają się tych procesów dotyczących zmian własnościowych, centralizacji i podziału środków. Mam nadzieję, że na dzisiejszym posiedzeniu komisji będą także zabierali głos przedstawiciele przemysłu farmaceutycznego, którzy już wczoraj się ze mną spotkali i przekazali mi kilka informacji, zresztą bardzo niepokojących.

Ale najpierw oddam głos panu ministrowi, który w moim odczuciu powinien powiedzieć o pewnych zmianach, jakie zostały wprowadzone do tego planu. Wprowadzono je po wielu dyskusjach i po wielu działaniach, które były inicjowane także w Senacie. A później oczywiście otworzę dyskusję.

Bardzo proszę, Panie Ministrze, udzielam panu głosu.

**PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
SŁAWOMIR GADOMSKI**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Dzień dobry, witam wszystkich serdecznie.

Faktycznie, jest to kolejne spotkanie, więc nieco bardziej syntetycznie omówię obecny kształt Krajowego Planu Odbudowy. Ale myślę, że wątków do dyskusji jest bardzo dużo.

Po pierwsze, już z wystąpienia pani przewodniczącej wynika, że tych narzędzi interwencji, jakich potrzebujemy, jest dużo. Ja bym chciał

jedynie poprosić, żebyśmy nie poruszali w dzisiejszej dyskusji wszystkich problemów sektora ochrony zdrowia i wzywań stojących przed nami. No, trzeba też jasno powiedzieć, że Krajowy Plan Odbudowy nie rozwiązuje wszystkich problemów. Mamy szerokie spektrum innych narzędzi systemowych, narzędzi interwencyjnych. Jeżeli już jesteśmy przy środkach finansowych, to warto wskazać program REACT. To również jest program unijny związany z pomocą popandemiczną. Ale wspomnę również o trwających negocjacjach z Komisją Europejską w sprawie, nazwijmy to, standardowej perspektywy unijnej. Mamy narzędzia...

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Panie Ministrze, ja przepraszam, ale przewrę panu, ponieważ myśmy już o tym mówili na pierwszym posiedzeniu komisji. Pamiętam, Panie Ministrze, że pan również wskazywał te środki. Bardzo bym prosiła – bo mamy też trochę ograniczony czas – żebyśmy dzisiaj skupili się jednak na zadaniach Krajowego Planu Odbudowy, ewentualnie na zmianach, które zostały wprowadzone. O tym chcemy dyskutować. Dobrze?

**PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
SŁAWOMIR GADOMSKI**

Tak, jak najbardziej. Chciałem tylko zasygnalizować, że te wszystkie problemy, które na samym początku pojawiły się w pani wypowiedzi, nie muszą znaleźć odzwierciedlenia w Krajowym Planie Odbudowy, bo tych narzędzi interwencji jest więcej. A tak w ramach przykładu powiem może – bo o tym też była mowa – o kwestii programów profilaktycznych. No, jest chociażby program profilaktyczny dla osób 40+, ogłoszony przez pana ministra w poprzednim tygodniu. On nie będzie finansowany ani ze środków Krajowego Planu Odbudowy, ani z innych środków unijnych – będzie finansowany z naszych środków, ze środków krajowych. To tak w ramach przykładu.

Odpowiem na pytanie postawione w temacie dzisiejszego posiedzenia komisji. Czy zdrowie jest priorytetem w KPO? No, uważam, że absolutnie jest priorytetem. Liczby i zakres zadań dotyczących zdrowia bardzo mocno o tym świadczą. Jak spojrzymy na łączną alokację

w KPO, to przekonamy się, że mówimy o 13% całej perspektywy. A pamiętajmy też, że ogrom środków w zakresie zdrowia ma być kierowany do sektora publicznego. W związku z tym bardziej miarodajne byłoby rozpatrywanie alokacji w KPO na poziomie części grantowej, a część grantowa to już nie 13%, tylko 18% wszystkich środków. Jak dołożymy do tego zakończone negocjacje w sprawie programu REACT, w którym ponad 25% alokacji krajowej idzie na zdrowie, jak dołożymy do tego perspektywę unijną, tę standardową – no, wstępne negocjacje wskazują na to, że będzie ona nie mniejsza niż poprzednia perspektywa unijna – to suma tych rozwiązań w oczywisty sposób pokaże naszą aktywność w obszarze zdrowia. To świadczy o tym, że na poziomie rządowym zdrowie jest rzeczywiście wskazywane jako priorytet.

Wróć już może do samego Krajowego Planu Odbudowy. Bardzo krótko przypomnę tylko – bo do tego będę nawiązywał – że w Krajowym Planie Odbudowy jest 5 obszarów związanych z infrastrukturą, ze wsparciem infrastrukturalnym. Mówimy tu o przebudowie, rozbudowie i modernizacji podmiotów leczniczych, mówimy o doposażeniu ich w nowoczesny sprzęt, aparaturę, mówimy o pewnym wsparciu zmian jakościowych w zakresie infrastruktury i funkcjonowania podmiotów leczniczych. Na ten komponent jest przewidziane ponad 9 miliardów zł, z czego ponad 3 miliardy zł to wsparcie dla podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym, na poziomie szpitali powiatowych.

Drugi bardzo ważny komponent KPO to wsparcie transformacji cyfrowej. Myślę, że nie trzeba nikogo przekonywać do tego, jak istotne są te rozwiązania. Nikogo nie trzeba przekonywać, że w czasie pandemii przydała się jednak możliwość skorzystania z tego dorobku, który udało nam się już zrealizować – z e-zwolnień, e-recept, e-skierowań czy teleporad. Te ostatnie są dzisiaj odbierane częściowo negatywnie, ale ja nie chciałbym przekreślać teleporady, mimo że widzę mankamenty korzystania z tego narzędzia. Przypomnijmy sobie stan sprzed 1,5 roku. Myślę, że wszyscy na tej sali oczekiwaliśmy wtedy, żeby lekarz był na telefon. No, był to stan pożądaný. Myślę, że po pewnym udoskonaleniu tej metody jeszcze do tego wrócimy.

Bardzo ważny komponent, chyba nawet najważniejszy w całym KPO, to wsparcie zasobu kadrowego, zwiększenie liczebności kadry

medycznej. To są środki, których w systemie – trzeba to jasno powiedzieć – do tej pory praktycznie nie było. Są to środki związane z inwestycjami w uczelnie kształcące kadry medyczne, środki na zwiększenie możliwości kształcenia kadr, na zwiększenie liczby studentów, na modernizację bazy dydaktycznej w zakresie kształcenia przedklinicznego, a także na takie dostosowanie bazy klinicznej, żeby można było odpowiedzieć na te zwiększone potrzeby dotyczące kształcenia kadr na uczelniach. Konsultowaliśmy to na poziomie konferencji rektorów uczelni medycznych, były też indywidualne rozmowy. No, świat akademicki z dużą nadzieją patrzy na ten komponent dotyczący obszaru ochrony zdrowia.

Czwarty komponent to wzmocnienie zaplecza naukowego w dziedzinie nauk medycznych. Myślę, że po pandemii ten pierwiastek prorozwojowy, nowoczesny, proaktywny będzie nam rzeczywiście bardzo potrzebny. Z punktu widzenia tych planów, które mamy, istotne jest tworzenie pewnych rozwiązań analitycznych, rozwiązań zwiększających kompetencje w obszarze B+R, niekomercyjnych badań klinicznych. Potrzebne jest pewne rozbudowanie tych planów, które dzisiaj realizuje Agencja Badań Medycznych, ale też takie aktywne wejście ministra zdrowia i Agencji Badań Medycznych w sektor start-upów medycznych, w sektor B+R. Myślę, że to są rozwiązania bardzo pożądane z punktu widzenia całego systemu.

Ostatni komponent to rozwój sektora leków i wyrobów medycznych. I tu również jest zmiana w stosunku do tego, co prezentowałem ostatnio. Przede wszystkim skupiliśmy się na kwestiach pożyczkowych, jednak większość tych środków będzie alokowana do podmiotów komercyjnych. Chcielibyśmy, żeby te środki wspierały przede wszystkim inwestycje związane z produkcją substancji czynnych, produkcją API, co być może przełoży się również na leki generyczne, biopodobne oraz pewne wyroby medyczne. Jak już jestem przy zmianach, to dodam, że zwiększyliśmy tę alokację. Wprawdzie ograniczyliśmy, zmniejszyliśmy część grantową, ale cały komponent zwiększył się o 100 milionów euro. Jeśli dobrze pamiętam, plan przewidywał 200 milionów euro, czyli ok. 900 milionów zł, a my zwiększyliśmy to do 300 milionów euro, czyli do ponad 1 miliarda 300 milionów zł.

Co do uwag... Bo to też warto rozpatrzyć. Ostatnio spotkaliśmy się na posiedzeniu Komisji

Zdrowia, jeśli dobrze pamiętam, w kwietniu. Wtedy byliśmy w trakcie procesu konsultacji. Konsultacje realizowane przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej trwały miesiąc, a w ramach tych konsultacji spłynęło ok. 450 uwag do części zdrowotnej. Te uwagi były bardzo zróżnicowane, więc ciężko byłoby je pozamykać w pewnych grupach. Duża część miała charakter życzeniowy i dotyczyła wsparcia innych instrumentów, obszarów, których w KPO nie uwzględniono, a które są istotne z punktu widzenia sektora ochrony zdrowia, ratownictwa medycznego, POZ, deinstytucjonalizacji. Ale, tak jak mówiłem, w KPO się to nie znalazło, bo zajmujemy się tym w ramach innych narzędzi interwencyjnych ministra zdrowia.

Z takich, powiedzmy, ważniejszych uwag, które dostaliśmy, które zostały do nas zaadresowane... Przede wszystkim ten pierwotny plan powstał w czasie, kiedy te prace związane z Komisją Europejską były jeszcze mało zaawansowane. Nie znaleźliśmy też rozwiązań innych krajów. No, wstępne założenia dotyczyły finansowania procesu szczepień, aczkolwiek już w toku negocjacji i rozmów z Komisją... No, myślę, że my jako resort zdrowia też istotnie wpłynęliśmy na ministerstwo funduszy, przekonując je, że warto jednak przeznaczyć te środki na inne cele, na cele związane z takim proaktywnym rozwojem po pandemii. I z tego finansowania procesu szczepień w ramach KPO zrezygnowaliśmy. Ten proces jest realizowany w całości ze środków krajowych, ze środków budżetu państwa albo z funduszu covidowego. Z punktu widzenia tych kwot była to pewnie najistotniejsza zmiana.

Tak jak już mówiłem, nastąpiło zwiększenie alokacji w części lekowej, ale też w wielu innych komponentach. No, np. zwiększono liczbę podmiotów leczniczych objętych wsparciem. To, co jest, myślę, bardzo ważne... Państwo pewnie doskonale o tym wiecie. W toku pewnych negocjacji w kwestii zmian w KPO – na ostatniej prostej tych negocjacji, tak to nazwijmy – wyznaczaliśmy, w taki już dookreślony sposób, część grantową i część pożyczkową dla podmiotów leczniczych, których organem tworzącym są samorządy lokalne, powiatowe. Powiedzmy, że to obowiązuje do poziomu powiatu.

W mojej ocenie większość tych najistotniejszych uwag, w szczególności tych dotyczących zmiany alokacji... Najważniejsze jest to, że ogromna część tych środków – jeśli nie wszystkie

– idzie właśnie na cele rozwojowe. Praktycznie nie zakładamy refinansowania... A dobrze wiemy, że inne kraje w swoich krajowych planach uwzględniły potrzebę zrefinansowania pewnych wydatków pandemicznych. Jeśli dobrze pamiętam, okres kwalifikowalności sięga lutego 2020 r. Czyli de facto moglibyśmy zrefinansować ogromną część wydatków covidowych, ale tego nie robimy. To też, mam nadzieję, pokazuje, że traktujemy ten obszar priorytetowo. A wydatki covidowe są tak naprawdę niebagatelne, bo rok 2020 zamknął się w kwocie ok. 10 miliardów, jeśli chodzi o dodatkowe wydatki zdrowotne związane z pandemią. Ten rok – popatrzmy na ogromne wydatki na proces szczepień – zamknie się w kwocie ok. 20 miliardów zł. Ponad 20 miliardów zł wyniosą wydatki covidowe, ale w żaden sposób nie ograniczamy KPO refinansowaniem tych wydatków.

Jestem do dyspozycji, jestem otwarty na dyskusję, chętnie przybliżę szczegóły niektórych kwestii. Mam nadzieję – a nawet jestem przekonany – że KPO i inne programy unijne oraz inne programy krajowe, które budujemy, będą odpowiedzią na tę sytuację popandemiczną. Myślę, że jeszcze w tym tygodniu, może na początku następnego tygodnia, pokażemy to, co pewnie będzie jednoznacznym drogowskazem w kwestii tego, co chcemy realizować w sektorze ochrony zdrowia. W najbliższym czasie przedstawimy do konsultacji publicznych *policy paper* i strategię „Zdrowa przyszłość”, strategię, która – pani przewodnicząca mówiła o Polskim Ładzie – odnosi się do tych priorytetów, które wskazaliśmy w Polskim Ładzie, ale również je uszczegóławia, pokazując kierunki rozwoju ochrony zdrowia na najbliższe lata. Dziękuję serdecznie.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Długie i zdrowie życie to już przeszłość. Wskaźniki wskazują, że nie jest ono ani długie, ani zdrowe, więc myślę, że ta „Zdrowa przyszłość” będzie szczególnie interesująca.

Ja mam taką propozycję. Wszystkie panie senator chciałyby zadawać pytania, ale ja mam inną propozycję. Jeżeli panie senator się zgodzą, to najpierw udzielę jednak głosu ekspertom, np. panu Maciejowi Boguckiemu, który przygotował

takie résumé, podsumowanie. Wiem, że pan prof. Flisiak również chciałby zdalnie zabrać głos. Jeżeli jest zgoda, to poproszę najpierw panów ekspertów, a później oczywiście będę udzielała paniom głosu.

Proszę bardzo.

**CZŁONEK  
ZESPOŁU DORADCÓW KOMISJI ZDROWIA  
MACIEJ BOGUCKI**

Pani Przewodnicząca! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za możliwość wystąpienia. Chciałbym skorzystać z okazji i zaprezentować część wyników prac zespołu ekspertów. Nasz zespół pracuje nad strategią na rzecz zdrowia dla Komisji Zdrowia Senatu RP.

Z punktu widzenia koncepcji KPO muszę powiedzieć, że pierwsza uwaga, która się tu nasuwa... Może oddzielny od tego kwestię samej zawartości KPO. Otóż brakuje wpisania tej koncepcji w szerszą perspektywę strategii dla zdrowia. Być może to, co zapowiedział pan minister zdrowia, czyli ta „Zdrowa przyszłość”, jest pomysłem, który jakoś do tego nawiązuje. No, taka całkowicie oderwana koncepcja inwestycyjna, jaką jest KPO, wydaje mi się mocno wybrakowana. Wydaje się, że taka strategia dla zdrowia absolutnie powinna powstać.

Ostatnio różne partie polityczne prześcigają się w kwestii poziomu finansowania. Padają zapowiedzi, że to będzie 7% czy 7,2%, ale są one przedstawiane w sposób bardzo niejasny, nieprecyzyjny. Wydaje się, że przede wszystkim trzeba wskazywać, że mówimy o środkach publicznych, bo środków publicznych i niepublicznych jest znacznie więcej. Powinniśmy mówić o środkach publicznych, a nasza ogólna propozycja, propozycja zespołu ekspertów, jest taka, żeby odnosić się do średniej unijnej. Tutaj tak naprawdę brakuje jakiegokolwiek racjonalnego punktu odniesienia, który by wskazywał, dlaczego ma to być 7% albo 7,2%. W zasadzie jedynym punktem odniesienia jest według nas średnia unijna. W tej chwili ta średnia to ok. 7,3% PKB, jeśli chodzi o środki publiczne.

Kolejny element związany z finansowaniem. Ja liczę na to, że KPO będzie elementem szerszej perspektywy finansowej. W mojej ocenie – podkreślam, że to jest właśnie moja ocena

– wszystkie dotychczasowe działania ministerstwa zakładały praktycznie bezzyskową działalność zarówno usługodawców, jak i branży wyrobów medycznych czy branży farmaceutycznej. A przecież do tego, żeby inwestować, żeby odtwarzać potencjał branży ochrony zdrowia, potrzebny jest co najmniej 20-procentowy zysk operacyjny. Podkreślam: operacyjny. Jeżeli wylicza się wartość świadczeń czy wartość refundacji, to nie może być tak, że te wyliczenia zakładają zerowy zysk operacyjny. One muszą zakładać minimum 20-procentowy zysk operacyjny. Wiem, Panie Ministrze, że to wydaje się dużo, ale tak naprawdę jest to minimum niezbędne do tego, żeby odtworzyć zdolności czy to podmiotów leczniczych, czy to firm produkcyjnych. Ten 20-procentowy zysk operacyjny to naprawdę minimum. Na koniec i tak zostanie z tego dużo mniej. Powtarzam: mówię o zysku operacyjnym.

Jeżeli chodzi o organizację ochrony zdrowia, to akurat tego tematu KPO może nie dotyka, ale myślę, że warto by było jednak o tym wspomnieć. Może przedstawię tylko 2 główne elementy prac zespołu. Otóż chciałbym wskazać, że skoro zdrowie jest priorytetem, to, po pierwsze, minister zdrowia powinien być w randze wicepremiera, a po drugie, wszystkie nowe ustawy i inne regulacje powinny być oceniane przede wszystkim pod względem wpływu na zdrowie publiczne. Uważamy również, że co do zasady wszelkie działania, szczególnie w zakresie zdrowia, są znacznie bardziej efektywne, kiedy podejmuje się je w samorządach, niż kiedy są zarządzane z centrali.

Jeżeli chodzi o kadry, Panie Ministrze, to ja mam jedną uwagę. Według mnie kwestia kadr to bardzo dobry przykład tego, że czasem myślenie ministerstwa jest może troszkę zbyt proste, może trochę zbyt mało strategiczne. Jeżeli pan minister zapyta rektora uniwersytetu medycznego, czy on potrzebuje więcej pieniędzy, no to co ona ma odpowiedzieć? To oczywiste, że potrzebuje pieniędzy. Czy on będzie produkował więcej lekarzy? No, jak dostanie więcej pieniędzy, to będzie produkował więcej lekarzy. Panie Ministrze, 85–90% studentów medycyny deklaruje chęć wyjazdu za granicę. Pomysł na to, żeby w Polsce było więcej lekarzy, nie może sprowadzać się do produkowania większej liczby lekarzy. Tu w ogóle nie o to chodzi. Trzeba stworzyć warunki do tego, żeby ci lekarze chcieli w Polsce

pracować. Akurat w mojej ocenie produkujemy – przepraszam za to trochę brzydkie słowo – wystarczającą liczbę lekarzy. Naprawdę nie potrzeba ich więcej. Trzeba stworzyć warunki, żeby ci lekarze chcieli w Polsce pracować. Jeżeli jest taka potrzeba, to niech przyjeżdżają do nas z innych krajów, a nie wręcz przeciwnie. A więc jeżeli chodzi o kadry, to wydaje się, że to jest podstawowa kwestia.

No i jest oczywiście kwestia zdrowia publicznego. W zasadzie mamy ustawę o zdrowiu publicznym, ale ta ustawa jest niestety w znacznej mierze martwa. Wydaje się, że organizacja zdrowia publicznego wciąż jest w Polsce, delikatnie mówiąc, w rozsypce. Inspektorat sanitarny praktycznie zniknął z mapy zdrowia publicznego, a Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego tak naprawdę chyba nigdy się w walkę z epidemią nie zaangażował. To są zadziwiające rzeczy, które pokazują całkowity brak organizacji zdrowia publicznego. Wydaje się, że jeżeli chodzi o KPO, to jedną z kwestii, których całkowicie brakuje w tym projekcie, jest właśnie wzmocnienie zdrowia publicznego, np. poprzez edukację zdrowotną w szkole. To jest konkretny projekt, który, wydaje się, po prostu powinien zostać zaplanowany w KPO.

To tyle, jeżeli chodzi o uwagi na tym etapie. Myślę, że są one bardzo konkretne, ale nie wyczerpują wszystkiego. Bardzo dziękuję za możliwość wypowiedzi i na razie dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Tytułem uzupełnienia – nie kończymy jeszcze wystąpienia ekspertów – głos zabierze pan prof. Flisiak.

**CZŁONEK  
ZESPOŁU DORADCÓW KOMISJI ZDROWIA  
ROBERT FLISIAK**

Dziękuję bardzo za udzielenie mi głosu.

Dziękuję za wypowiedź, którą przed chwilą usłyszałem. W zasadzie moją rolą będzie uzupełnienie tego, doprecyzowanie pewnych aspektów.

Proszę państwa, nie jest naganne popełnianie błędów, natomiast jest naganne ich powtarzanie, nieuczenie się na błędach. Niestety przez



całe lata usiłowano nam wmówić, że chorób zakaźnych już nie ma, że to nie jest istotny problem. Mimo że WHO co jakiś czas podkreślała, że pewne choroby stanowią zagrożenie zdrowia publicznego, nasz rząd, w tym Ministerstwo Zdrowia, działał tak, jak gdyby to nas nie dotyczyło. I wreszcie nas to dotknęło. Odnoszę wrażenie, że w tej chwili jesteśmy w punkcie, w którym znowu usiłujemy zapomnieć o tym, że coś takiego jak choroby zakaźne istnieje i że one mogą w każdej chwili wrócić. Na nic się nie zda spychanie tego problemu w niepamięć. To nie jest pytanie, czy epidemia wróci, tylko kiedy wróci i z jakim nasileniem. W ciągu minionych 20 lat udało się nam uniknąć paru zagrożeń, które wystąpiły na świecie. Tym razem się nie udało i powinniśmy to potraktować jako przestrożę.

Niestety w Krajowym Planie Odbudowy... No, pomijam te 13 czy 18%, o których pan minister mówił. W świetle tego, że to ma być odbudowa po pandemii, nawet 18% na opiekę zdrowotną nie robi wrażenia. To przecież nie powinny być takie proporcje, to powinna być znacznie większa kwota. Ale tego, zdaje się, już nie odwrócimy, więc może trzeba się skoncentrować na tym, jak wydać te skromne środki, które zostały wydzielone na opiekę zdrowotną. Aspekty, które są kluczowe, to profilaktyka, postępowanie zapobiegawcze, działania, które mogą mieć wpływ na zapobieganie chorobom zakaźnym. Bo to choroba zakaźna była przyczyną tego, co się zdarzyło w ostatnim roku, a o tym tak jakby zapomniano. Na ponad 500 stronach KPO w zaledwie kilkunastu miejscach padają słowa „choroby zakaźne”, w jakiejś tam formie. Nie zawsze jest to fragment konstrukcyjny, czasami są to po prostu napomknięcia.

W wypowiedzi pana ministra, którą przed chwilą usłyszałem, też ani razu nie padło stwierdzenie, że oddziały zakaźne i profilaktyka chorób zakaźnych mają jakiegokolwiek znaczenie w KPO. To jest przerażające dla mnie jako zakaźnika, który ma świadomość, że oddziały chorób zakaźnych po pandemii zostały po prostu w dużej mierze zdewastowane. No, ten sprzęt, który był... To były oddziały wiecznie niedofinansowane, to były ostatnie oddziały, na które w szpitalach łożono jakiegokolwiek środki, no bo przecież cały czas byliśmy przekonywani, że choroby zakaźne już nas nie dotyczą. A więc pomimo tych kruchych zasobów... No, sytuacja po pandemii wygląda tragicznie – to jest dewastacja, nastąpiło

zużycie sprzętu. Chodzi o tak prozaiczne rzeczy jak instalacje tlenowe, które zaczęły padać w szczycie epidemii. Gdyby to się przedłużyło, gdyby nie było szczepień, gdyby fala wiosenna ciągnęła się do tej chwili, część szpitali padłaby z powodu niewydolności instalacji tlenowych.

W Krajowym Planie Odbudowy powinna zostać uwzględniona przede wszystkim rewitalizacja oddziałów zakaźnych, polegająca albo na gruntownym remoncie, albo na budowie nowych, nowoczesnych oddziałów zakaźnych. Nie chodzi o ich wielkość, ponieważ w parze z tym powinna iść też budowa infrastruktury, która sprawi, że każdy szpital będzie gotowy do całkowitego przejścia z normalnego funkcjonowania oddziału wewnętrznego czy oddziału intensywnej terapii na tryb oddziału zakaźnego. Pracujący tam ludzie powinni mieć świadomość, że gdy przyjdzie czas, to oni będą na pierwszej linii.

Proszę państwa, w ciągu minionego roku były tylko krótkie przedziały czasu, kiedy w walkę z COVID zaangażowana była duża część służby zdrowia. Przez większość tego roku zajmowały się tym mniejsze grupy, przede wszystkim oddziały zakaźne i oddziały przysposobione, które też były w to zaangażowane. Ale zakaźnicy byli włączeni w ten program od początku. Trzeba pamiętać, że jeżeli przyjdzie kolejna epidemia, to znowu zacznie się od nas. Ale od kogo ma się zacząć, jeżeli większość zakaźników jest, proszę państwa, w moim wieku? Epidemie przychodzą w ostatnim czasie co 10 lat. Za 10 lat, gdy przyjdzie kolejna pandemia, ja będę już na emeryturze. Gros moich kolegów profesorów też będzie na emeryturze. Rezydentów w skali kraju jest kilkudziesięciu. W KPO nie widać żadnego pomysłu na to, żeby akurat tę specjalność w jakiś sposób stymulować. Powinniśmy stworzyć mechanizmy, które będą zwiększały rekrutację na specjalizację chorób zakaźnych.

Oddziały zakaźne powinny mieć niezależne od NFZ, dodatkowe finansowanie. To znaczy zasadnicze finansowanie byłoby oczywiście z NFZ, ale to dodatkowe pozwoliłoby na utrzymanie rezerwy łóżek. No, finansowanie z NFZ na to nie pozwala. W sytuacji, gdy mam wolne łóżka, jestem tym, który przynosi szpitalowi straty, jestem z tego powodu ścigany przez dyrekcję. Powinny znaleźć się specjalne środki na sprzęt i środki ochrony osobistej oraz na regularne szkolenia dla personelu – nie tylko w oddziałach zakaźnych, ale i w tych oddziałach,

które w każdej chwili mogą zostać przekształcone w oddziały wspomagające.

W KPO nie widać też specjalnych środków finansowych na zwalczanie i profilaktykę chorób zakaźnych, na programy profilaktyczne, które miałyby być tworzone w odniesieniu do chorób zakaźnych. Proszę państwa, 1 stycznia 2020 r. jako prezes towarzystwa złożyłem do Narodowego Funduszu Zdrowia projekt praktycznie samofinansującego się programu profilaktyki zakażeń HCV, który miał zapobiegać rakowi wątroby. Przez kilka miesięcy walcowano ten program, potem oczywiście został on zepchnięty na plan dalszy przez COVID, a gdy ostatnio zapytałem, co z tym projektem, dowiedziałem się, że zaginęły gdzieś dokumenty. Pani, która była za to odpowiedzialna, stwierdziła, że przecież ten projekt nigdy nie wpłynął, że ona go nigdy nie widziała. To ilustruje wasze podejście do programów profilaktycznych. No, pan minister mówił o programach profilaktycznych. Nie włączacie do nich – a przynajmniej nic mi o tym nie wiadomo – profilaktyki chorób zakaźnych.

To samo dzieje się z Agencją Badań Medycznych. Rzeczywiście, w trakcie pandemii wydzielono odpowiednie środki, większość tych środków poszła rzekomo na choroby zakaźne, ale tak naprawdę one zostaną zmarnowane. Większość z nas wie doskonale, na jakie badania poszły te środki – na te, które są wydajne pod względem naukowym, tzn. przynoszą publikacje, skutkują zmianami rekomendacji. Tutaj przeznaczono mikroskopijną kwotę, podczas gdy ABM musiała przeznaczyć na te cele... No, np. w jednym z ośrodków do jednego z badań przez pół roku zrekrutowano 30 pacjentów, w innym ośrodku – 8 pacjentów. Nie wiem, jak to będzie rozliczone, nie wiem, jak to będzie kontrolowane. No, wiem, jak ja jestem kontrolowany. Bardzo ściśle rozlicza się mnie z wydatków, z tym że nie mam problemu ze sprawozdawczością, bo publikujemy wyniki tych badań.

Oczywiście ważne jest to, co już padło, czyli finansowe i strukturalne wzmocnienie służb sanitarno-epidemiologicznych w stopniu umożliwiającym śledzenie zakażeń z wykorzystaniem nowoczesnych technik informatycznych, z wykorzystaniem sztucznej inteligencji. Na świecie zostało to już opracowane, w wielu krajach jest to wprowadzane w życie. Na przyszłość powinniśmy być na to gotowi, ale tu potrzeba po prostu większego finansowania.

No i ostatni problem, również bardzo ważny – on już przed chwilą został poruszony – to wyższe szkolnictwo medyczne. Tak, regularnie pada hasło: zwiększymy limity przyjęć. Pozostaje tylko pytanie, kto tych lekarzy będzie kształcił. Aktualnie system opieki zdrowotnej jest chłonny jak gąbka, wchłonie każdą liczbę lekarzy. Wiemy doskonale, że lekarze odpływają z lecznictwa akademickiego. Ci, którzy pozostają, to osoby, które robią to z przyzwyczajenia, z nawyku, z rozpędu, które chcą dotrzeć do emerytury. Nowych asystentów jest niewielu. Namówienie kogokolwiek z lekarzy nieakademickich do włączenia się w proces dydaktyczny graniczy z cudem, jest prawie niemożliwe. To się po prostu nie opłaca, lekarze akademicy stali się pariasami. Młodzi nie przyjdą, żeby nas wspomóc. Młodzi i zdolni, którzy powinni kształcić przyszłe kadry, nie wejdą do takiego systemu. Co z tego, że zwiększone zostaną limity, skoro, co zostało już powiedziane, absolwenci odpłyną? Ja od lat prowadzę seminaria, a rozpoczynając zajęcia, w każdej grupie zadaje pytanie: jak dużo z was pozostanie na pewno w Polsce? Ten odsetek spada z roku na rok. Ostatnio rękę podniosła 1 osoba z 20 osób, które uczestniczyły w seminarium. Kto będzie uczył tych ludzi? Jeżeli nie stworzymy systemu preferującego uprawianie medycyny w warunkach akademickich, to zwiększenie nakładów na podstawową opiekę zdrowotną i na inne aspekty medycyny nie będzie miało sensu. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo za tę gorzką prawdę. Bardzo ciekawe podsumowanie. Dziękujemy.

Teraz panie senator. Może po kolei: pani senator Matecka, pani senator Chybicka, pani senator Gorgoń-Komor.

Proszę bardzo.

**SENATOR  
EWA MATECKA**

Dziękuję bardzo, Pani Przewodnicząca.

Panie Ministrze, jak wiadomo Fundusz Odbudowy składa się z części grantowej i części pożyczkowej. Poprzednim razem mogliśmy się

zapoznać z planem, który przewidywał li tylko część grantową. Teraz słyszymy, że jednak będzie możliwość skorzystania z części pożyczkowej. Proszę wobec tego powiedzieć, ile środków przeznaczono ostatecznie na ten komponent dotyczący zdrowia zarówno z tytułu grantów, jak i pożyczek.

Wspomniał pan minister, że środki na restrukturyzację czy wsparcie – jakkolwiek to nazwać – samorządowych podmiotów leczniczych będą dostępne również w części pożyczkowej. Mam wobec tego pytanie. Czy część pożyczkowa, która będzie dystrybuowana do samorządów, będzie zobowiązywała samorzady do spłaty tych pożyczek, czy jednak ciężar tej spłaty weźmie na siebie rząd? Bo to jest umowa między rządem a Komisją Europejską. Przekazanie środków z części pożyczkowej może nastąpić albo w formie dotacji, albo w formie pożyczek dla samorządów. To jest ważne z punktu widzenia funkcjonowania samorządów. Czy otrzymają one dotacje z części pożyczkowej, czy środki do zwrotu w ramach tejże części pożyczkowej?

I kolejne pytanie. W pierwotnym planie, tak jak pan minister wspomniał, ok. 30% środków z komponentu zdrowotnego było przeznaczonych na zakup szczepionek. Tu musiała nastąpić zmiana. Proszę powiedzieć, co spowodowało tę zmianę. Czy napłynęły jakieś uwagi z Komisji Europejskiej? Czy były jakieś nieporozumienia związane z tym, że do tego komponentu wpisany został zakup szczepionek? Gdzie te środki zostały przesunięte? Czy cała kwota poszła na jakieś 1 zadanie, czy zostało to podzielone? Bardzo dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.  
Proszę, pani senator Chybicka.

**SENATOR  
ALICJA CHYBICKA**

Panie Ministrze, ja mam do pana następujące pytanie. Polska dostała propozycję 58 miliardów euro, z czego połowa tak naprawdę powinna być wykorzystana na budowanie odporności antykryzysowej. Tak to zostało zapisane w lutym. Wytyczne Unii Europejskiej są takie, że te

pieniądze mają być przeznaczone głównie na budowanie odporności antykryzysowej. I moje pierwsze pytanie jest takie: dlaczego tak mały odsetek tych pieniędzy przeznaczono na ten cel? A jeśli się mylę, to proszę to sprostować. Jakie elementy tego, o czym pan powiedział, zbudują odporność antykryzysową? Bo według mnie właściwie żadne.

Dlaczego o to pytam? Dlatego, że mnóstwo Polaków odeszło na drugą stronę wskutek tego, że zawaliła się POZ, że nie potrafiliśmy zbudować odporności antykryzysowej. I to trzeba zrobić, na to są te pieniądze. Niech pan powie, ile pan przeznaczył na to, ażeby przygotować się do sytuacji, kiedy znów nadejdzie jakiś kryzys, kiedy zaleje nas powódź, będzie pożar, przyjdzie kolejna infekcja, już nie COVID, tylko jakaś inna. Co zrobimy za te pieniądze? Ale nie jest tak... Ja się zgadzam z prof. Flisiakiem, że pieniędzy jest za mało. Tu trzeba gigantycznych środków, ale przecież są na to pieniądze. A ja mam wrażenie, że te środki idą na nie wiadomo co, na wszystko, tylko nie na budowanie odporności antykryzysowej Polski i ratowanie życia i zdrowia Polaków w obliczu kryzysu.

Niech pan odpowie, ile środków wydamy na podstawową opiekę zdrowotną, AOS, szpitale powiatowe, drugą linię i trzecią linię. Bo to wszystko się zawaliło. Nie może być tak, że kiedy przychodzi kryzys, pielęgniarki pediatryczne kieruje się do opieki nad dorosłymi w szpitalach tymczasowych, bo wtedy cała opieka zaczyna się walić i chorzy umierają. Przecież ta wysoka umieralność – ona jest w tej chwili gigantyczna, jak po II wojnie światowej – nie wzięła się z niczego. Tu nie chodzi wyłącznie o 72 tysiące zgonów covidowych. Ja mówię również o chorych, którzy z powodu innych... Nawet wśród tych 72 tysięcy byli chorzy, którzy odeszli tak naprawdę z powodu innych chorób, na które nałożył się COVID. Gdyby ta podstawowa opieka, czyli POZ, AOS i szpitale, funkcjonowała dobrze, toby nie było w Polsce tak gigantycznego kryzysu.

I ja nie widzę w tym planie, który pan przedstawił... Niech pan to wyprostuje. Nie możemy spokojnie oczekiwać na wdrożenie tych skromnych środków, jakie przeznaczyliście państwo na budowanie odporności kryzysowej, zdrowotnej. A to jest podstawa, bez tego będzie powtórka z tego, co się dzieje w tej chwili. No, nie do końca się zgadzam, że trzeba koniecznie włożyć te pieniądze w zakaźnictwo, bo odporność kryzysowa

to odporność na wszystkie rodzaje kryzysów. Na pewno metoda szpitali tymczasowych nie jest zła, tylko że to wszystko nie jest zaplanowane. Powinno być tak, że pan w ministerstwie przycisnie guzik i ruszy działalność antykryzysowa. A pan słowa na ten temat nie powiedział. Dziękuję bardzo.

PRZEWODNICZĄCA  
**BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Proszę bardzo, Pani Senator.

SENATOR  
**AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Ja tak króciutko, bo część zagadnień, które tu były poruszane, pokrywa się z tym, co chciałam powiedzieć.

Mówiliśmy tutaj o finansowaniu ochrony zdrowia. Wydaje mi się, że po pandemii, która jeszcze ciągle trwa... No, na dosyć słabą ochronę zdrowia nałożyła się pandemia. Mimo wszystko staraliśmy się zdać ten egzamin, ale zgony mówią same za siebie. Jeżeli po pandemii będziemy te zgony analizować, to będziemy musieli postawić diagnozę, ustalić, dlaczego tak się stało i jak to wyglądało na poziomie kontaktu z pierwszą pomocą, na poziomie ratownictwa, na poziomie leczenia szpitalnego i na poziomie organizacji tego wszystkiego. Przyznam szczerze – wiele razy już o tym mówiliśmy – że przespaliliśmy okres wakacyjny i nie przygotowaliśmy służb medycznych na przyjscie trzeciej fali. A być może przed nami jest jeszcze czwarta fala. Nie chcę straszyć, ale myślę, że wiemy już troszkę więcej i musimy się na to przygotować.

Fundusz Odbudowy kojarzy mi się z odbudową tego wszystkiego, co nie wypaliło. Zastanówmy się, jak lepiej poradzić sobie nie tylko z pandemią, ale też z innymi problemami zdrowotnymi Polaków i z tą bardzo dużą liczbą zgonów. Mówimy tutaj o 6% PKB, ale musimy zawsze pamiętać, że to jest współczynnik sprzed 2 lat, więc tak naprawdę nakłady na ochronę zdrowia są dużo mniejsze, niż były. Nie chciałabym, żeby Fundusz Odbudowy służył do łatania dziur i przykrywania bolączek za pomocą dobudowania skrzydła w jakimś szpitalu, kupienia kolejnego tomografu itd. Oczywiście, eksperci

mówili, że jest potrzeba rewitalizacji zarówno budynków, jak i bazy łóżkowej czy też różnych urządzeń do prowadzenia działalności leczniczej, ale mówmy też o tym, że w opłakany stanie są same kadry medyczne, i to nie tylko pod względem fizycznym, ale i psychicznym. Jeżeli wyszczepialność będzie na takim poziomie jak teraz, to z czwartą falą pandemii być może nie pójdzie nam już tak dobrze. No, te kadry będą odchodzić od łóżek pacjentów.

Mam pytanie do pana ministra. Przepraszam, jak pan minister będzie słuchał, to je zadam. Ja wiem, że...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Ale ja tego nie słyszę. Staram się zachowywać elegancko i chciałabym, że pan wobec mnie tak się zachowywał.

Czy kiedy państwo tworzyliście rządowy projekt KPO, kierowaliście się rekomendacjami Unii Europejskiej? Bo rzeczywiście, tak jak mówili eksperci, te 17,9% – a to jest chyba tylko część grantowa, dotacyjna – to trochę za mało, by odbudować się po okresie pandemii, zwłaszcza w przypadku tak słabej służby zdrowia, ochrony zdrowia. Uważam, że to jest zdecydowanie za mało.

Drugie pytanie: jak państwo chcecie kształtować politykę kadrową w Polsce? Częściowo wypowiedzieli się już na ten temat państwo eksperci. Bo jeśli chodzi o kształcenie lekarzy, poprawę infrastruktury na studiach czy tworzenie centrów symulacyjnych, to z tym nie ma problemu. Ale co zrobimy – i tu jest problem, jeśli chodzi o odbudowę ochrony zdrowia – żeby ta kadra nie odpływała z naszego kraju, żeby nasz rynek medyczny był atrakcyjny dla nowych pokoleń lekarzy, medyków, ratowników? I tu nie chodzi tylko o pieniądze, tu chodzi też o warunki pracy. My zawsze łączymy to z finansami, ale chodzi też o warunki kształcenia. No, powiedzmy, że poprawimy te warunki w ramach Funduszu Odbudowy, ale chodzi też o to, żeby tych specjalistów miał kto kształcić. Absolutnie musimy iść w tym kierunku, potrzebne są zmiany systemowe. Zwróćmy też uwagę na kształcenie dyplomowe kadr medycznych, nie tylko na studia medyczne.

I teraz chciałabym jeszcze zadać takie konkretne pytanie dotyczące tej pożyczkowej części komponentu zdrowotnego w zakresie zmian w POZ. Bo państwo tutaj zapisaliście, iż od 1 października będą obowiązywać umowy

o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem opieki nocnej i świątecznej. Ja jako praktyk uważam, że POZ to powinna być POZ. Powinno się świadczyć całodobową opiekę medyczną w ramach POZ. Niestety te świadczenia przeszły do szpitali. Wiadomo, że dyrektorzy brali te świadczenia, żeby zyskać jakieś tam finasowanie. Szpitale są po prostu zapełnione, nie spełniają swojej funkcji, jeśli chodzi o leczenie ciężkich chorób, bo zajmują się leczeniem pacjentów, którzy mogliby korzystać z podstawowej opieki. I tutaj państwo podajecie takie cele, jak koordynacja opieki nad świadczeniobiorcą – budżet powierzony, profilaktyczna opieka zdrowotna – opłata zadaniowa, oczekiwany efekt zdrowotny – dodatek motywacyjny. Chciałabym, żeby pan nam to troszeczkę przybliżył. Jak to będzie wyglądać procentowo? Bo to jest jakaś nowość w Funduszu Odbudowy. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Są jeszcze 2 zgłoszenia. Pan prezes Rychwalski reprezentuje przemysł farmaceutyczny. Ja jestem, tak jak powiedziałam, po spotkaniu z państwem. Wczoraj odbyło się takie spotkanie online, a więc jestem zorientowana, jakie państwo chcecie podnieść problemy. Uważam, że są one dość istotne. I zgłasza się jeszcze pan Wojciech Wiśniewski, który reprezentuje Federację Przedsiębiorców Polskich. To będą 2 ostatnie głosy, później oddam głos panu ministrowi.

Proszę bardzo.

**WICEPREZES ZARZĄDU  
POLSKIEGO ZWIĄZKU PRACODAWCÓW  
PRZEMYSŁU FARMACEUTYCZNEGO  
GRZEGORZ RYCHWALSKI**

Szanowna Pani Przewodnicząca! Szanowny Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Bardzo dziękuję za spotkanie i możliwość zabrania głosu w zakresie wymienionego przez pana ministra komponentu dotyczącego substancji czynnych i leków gotowych. Przede wszystkim muszę podziękować za to, że wycena tego komponentu została zwiększona ze

193 milionów euro, które zostały przekazane, do 300 milionów euro. Niemniej rodzi się tutaj bardzo dużo pytań. Czy pan minister byłby łaskaw udzielić nam kilku odpowiedzi w tym zakresie?

Przede wszystkim chcielibyśmy zrozumieć nasze miejsce w tym całym systemie – i w KPO, i w strukturze priorytetów rządu. We wszystkich dokumentach – zarówno rządowych, jak i tych z Komisji Europejskiej – krajowy przemysł farmaceutyczny postrzegany jest jako ten sektor, który jest konieczny do odbudowy naszej siły i odporności. No, pani senator także o tym wspomniała, tylko że w innym kontekście. Sektor farmaceutyczny, sektor wyrobów medycznych i substancji czynnych, to ten sektor, który powinien zostać odbudowany ze względu na to, co się działo w związku z konkurencją azjatycką i zerwaniem łańcuchów dostaw. Dzięki temu, że krajowy przemysł farmaceutyczny zawsze traktuje rynek polski priorytetowo, w czasie pandemii nie było problemów z dostępem do leków, które były potrzebne czy to systemowi ochrony zdrowia, czy to pacjentom. A takie problemy miały miejsce w innych państwach członkowskich, które krajowego przemysłu farmaceutycznego nie mają. Krajowy przemysł farmaceutyczny to państwowe i prywatne firmy, które każdego dnia dostarczają leki.

Chcielibyśmy o to dopytać, bo z perspektywy KPO substancje czynne i leki gotowe są w gestii ministra rozwoju, niemniej jest to jeden z aspektów ochrony zdrowia. A więc chcielibyśmy, Panie Ministrze, dopytać, czy to Ministerstwo Zdrowia jest odpowiedzialne za decyzję, że to nie będą granty, tylko pożyczki. A jeżeli to minister zdrowia jest za to odpowiedzialny, to jaka argumentacja wpłynęła na to, że to zostało zmienione, że część grantową zamieniono na część pożyczkową? Bo jeżeli mamy realizować strategiczne cele Krajowego Planu Odbudowy, wszystkich dokumentów rządu i Komisji Europejskiej... Tu nie chodzi tylko o taką codzienną biznesową produkcję, ale także o odbudowę tych wszystkich utraconych kompetencji. To wiąże się z wysokim ryzykiem, także z uwagi na niepewność zbytu takich produktów. Inne państwa członkowskie współpracują ze swoimi krajowymi przemysłami farmaceutycznymi. Warto tu wspomnieć Francję i Austrię, które za pomocą partnerstw publiczno-prywatnych czy decyzji strategicznych przenoszą produkcję substancji czynnych na swoje terytorium. Jeśli chodzi o Włochy,

to nie będę tego przypominał, ale tam wycena tego komponentu wynosi 1,4 miliarda. No, o tym już wcześniej tutaj dyskutowano. A więc pytanie do ministerstwa jest takie: co wpłynęło na zmianę formy finansowania z grantów na pożyczki? Czy Ministerstwo Zdrowia miało na to wpływ, czy też była to decyzja ministerstwa funduszy?

I pytanie trzecie: czy taka pożyczka będzie dla beneficjenta końcowego pożyczką, czy zostanie ona udzielona w formie dotacyjnej? Czy to zostanie uszczegółowione w ustawie wdrożeniowej?

Tak że dziękujemy za zwiększenie wyceny, ale zadajemy też pytania o zmianę formy finansowania. Rozmawiamy także z innymi stowarzyszeniami, które reprezentują krajowy przemysł farmaceutyczny. Wszyscy podnosimy to samo. Jeżeli państwo oczekujecie, że w ramach instrumentu dłużnego będą realizowane cele bardzo ryzykowne i jeszcze nieokreślone, to ten instrument może być naprawdę w małym stopniu wykorzystany. Chodzi szczególnie o systematykę innych projektów. Chociażby fundusze strukturalne w zakresie badań i rozwoju mówią o grantach na badania i rozwój, a w KPO mówimy o pożyczkach. Tak więc tutaj także jest niespójność, jeśli chodzi o inne unijne instrumenty pomocowe.

Bardzo dziękuję i zostawiam pana ministra z tymi pytaniami. Bardzo dziękuję państwu.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.  
Proszę bardzo, pan Wojciech Wiśniewski.

**PREZES ZARZĄDU  
PUBLIC POLICY SP. Z O.O.  
WOJCIECH WIŚNIEWSKI**

Dzień dobry. Kłaniam się.  
Dziękuję, Pani Przewodnicząca.  
Panie Ministrze! Szanowni Państwo!  
Ja reprezentuję reprezentatywną organizację pracodawców – Federację Przedsiębiorców Polskich...

(Przewodnicząca Beata Małicka-Libera: Proszę troszkę głośniej, dobrze? Może bliżej mikrofonu, żeby było troszkę głośniej.)

Oczywiście, tak. Przepraszam, będę troszkę bliżej. Proszę mi to wybaczyć.

W związku z tym, że finansowanie ochrony zdrowia dla naszej organizacji ma zupełnie fundamentalny charakter, mimo że na pierwszy rzut oka może się wydawać, że nie jest w interesie pracodawców podnoszenie składki zdrowotnej, my wystąpiliśmy z taką propozycją, biorąc pod uwagę to, że pandemia chyba pokazała, jak ważny jest system ochrony zdrowia. Chciałbym się przyłączyć do głosów, w których wielokrotnie powiedziano, że nie należy na Krajowy Plan Odbudowy spoglądać w sposób wyizolowany. Także struktura tego dokumentu, jego ostatecznej wersji, jakże inna od wersji pierwszej, jak rozumiem, jest przejawem otwartości na rozmowy z partnerami społecznymi o tym, jak można w dobry sposób odpowiedzieć na potrzeby systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Zdajemy sobie sprawę z tego, że dyskusja dotyczy Krajowego Planu Odbudowy. W związku z tym chciałbym troszeczkę poszerzyć tę dyskusję i zapytać o powiązania tego dokumentu z innymi. To, na co w szczególności chcemy zwrócić uwagę Wysokiej Komisji i pana ministra, to jest to, że złoty złotemu przeznaczanemu na ochronę zdrowia, niestety, nie jest równy. Otóż z dużym niepokojem obserwujemy, że z roku na rok skokowo wzrasta udział środków na ochronę zdrowia poza Narodowym Funduszem Zdrowia. Proszę zwrócić uwagę na to, że jeżeli Krajowy Plan Odbudowy, przynajmniej w części, traktujemy jako kolejne źródło finansowania chociażby projektów infrastrukturalnych – mamy przecież regularne środki unijne, mamy środki budżetowe, mamy ustawę o Funduszu Medycznym, którą przez parlament, jeżeli mnie pamięć nie myli, przeprowadzał właśnie pan minister – to może się okazać, że polscy pacjenci wciąż będą narzekać na długi czas oczekiwania na świadczenie, tyle że będą czekać na realizację tych świadczeń w wyremontowanych ośrodkach. I mamy już tego pierwsze dowody. W prognozie przychodów Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2021–2023 planowane poziomy dotacji z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia na finansowanie świadczeń wynosił niespełna 9 miliardów zł. Ostatecznie w planie finansowym na dzisiaj widzimy kwotę niespełna 2,5 miliarda zł. Ta różnica to jest mniej więcej taka kwota, jaką zapewnia się rocznie w planie finansowym na całą ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.

Wobec tego rosnącego udziału wydatków na ochronę zdrowia poza Narodowym Funduszem Zdrowia, m.in. wobec takiej sytuacji, że zapisy art. 8 ustawy o Funduszu Medycznym nie gwarantują, że są to chociażby dodatkowe środki na ochronę zdrowia, chciałbym zwrócić się do pana ministra z 2 pytaniami.

Po pierwsze, zdając sobie sprawę z tego, że środki z Krajowego Planu Odbudowy nie mogą być przeznaczone na świadczenia, chciałbym zapytać, czy wprowadzenie Krajowego Planu Odbudowy w tej wersji oznacza uwolnienie środków z innych źródeł, np. z Funduszu Medycznego, i skierowanie ich do Narodowego Funduszu Zdrowia na finansowanie świadczeń.

I drugie pytanie. Czy w ramach... Jeżeli pan minister byłby gotów rekomendować takie działanie, aby skierować dodatkowe środki np. z Funduszu Medycznego na świadczenia, to jakie zadania mogłyby być z nich realizowane?

I trzecia rzecz. Przepraszam, że na początku tego nie zaznaczyłem. W dokumencie Krajowego Planu Odbudowy pojawiają się plany kolejnych projektów zwiększających finansowanie ochrony zdrowia poza Narodowym Funduszem Zdrowia. Chciałbym zapytać, czy już wiadomo, ile będzie nas kosztować Agencja Rozwoju Szpitali, a także o to, czy te środki również pomniejszą np. kwotę dotacji z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczaną na świadczenia. Pięknie dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Wszystkie głosy w dyskusji zostały wyczerpane.

Ja tylko chciałabym bardzo mocno podkreślić, że te konsultacje społeczne, które odbywają się na temat KPO, były stymulowane zarówno przez parlamentarzystów, jak i przez samorządowców, a nie tylko przez stronę rządową. Wydaje mi się, że jednak główne wsparcie w sprawie prowadzenia takiej dyskusji było ze strony społecznej.

Panie Ministrze, udzielam panu głosu. Kilka pytań to były pytania bardzo konkretne. Bardzo bym była wdzięczna, gdyby pan minister odniósł się do tych konkretów, odpowiedział, w jaki sposób podzielone są te środki na grantowe

i pożyczkowe, a także poruszył ten ciekawy wątek, czy państwo przewidujecie możliwość przekazania środków budżetowych do Narodowego Funduszu Zdrowia i zwiększenie środków na świadczenia zdrowotne, bo dotychczas raczej przepływ w drugą stronę był bardziej widoczny i ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia finansowaliśmy niektóre zadania, które nie mieściły się w pojęciu świadczeń zdrowotnych.

Proszę bardzo, Panie Ministrze, udzielam panu głosu.

**PODSEKRETARZ STANU  
W MINISTERSTWIE ZDROWIA  
SŁAWOMIR GADOMSKI**

Dziękuję, Pani Przewodnicząca.

Bardzo dziękuję za te pytania, myślę, że naprawdę trafne.

Faktycznie potwierdzam to, co powiedział na koniec pan Wiśniewski, zresztą nie tylko on, że nasza otwartość na tę dyskusję była duża. Chyba nie chcę się tutaj przerzucać, czy to była inspiracja parlamentarzystów, senatorów, posłów, samorządowców, czy jednak nasza aktywność, jeśli chodzi o proces konsultacji. Na pewno były one potrzebne, na pewno, jak widzicie państwo, ogromnie dużo uwag zaadresowaliśmy, a myślę, że jeszcze do tych, które dzisiaj się pojawiają, spróbuję się odnieść.

Zacznę może od senatorów, ja może odwrotnie niż pani przewodnicząca. Te pytania były konkretne, więc szybko przez nie przebrnę, a potem przejdę może do tych bardziej ogólnych.

Na pożyczki w KPO 450 milionów, z tego 300 w komponencie związanym ze wsparciem sektora lekowego i 150 w komponencie związanym ze wsparciem szpitali, infrastruktury na poziomie powiatowym. Nie ma jeszcze takiej jednoznacznej decyzji co do tego, czy to będą środki pożyczkowe dla budżetu państwa, czy pożyczkowe dla beneficjentów. Zakładamy, że istotna część tych środków, szczególnie w komponencie lekowym, utrzyma formę pożyczkową. Czy wszystkie? Nie chciałbym tego determinować dzisiaj, być może określimy takie zadania, które z punktu widzenia bezpieczeństwa państwa, charakteru strategicznego będą na tyle istotne w obszarze lekowym, że powiemy, że one mogą być realizowane w formie dotacji. Podobnie jest w przypadku szpitali powiatowych czy jednostek samorządu

terytorialnego organów tworzących. Myślę, że jeśli chodzi o niektóre cele – nie rozpatrywałbym tego po podmiotach, tylko właśnie po celach – np. takie, o których mówiła pani prof. Chybicka, szczególnie te o wymiarze antykryzysowym, szczególnie te mające na celu przygotowanie do przyszłych pandemii, choć mam nadzieję, że ich nie będzie, to środki, zakładam, być może uwolnimy na zasadzie dotacji, ale tej decyzji jeszcze dzisiaj nie ma.

Środki na szczepionki. Pani senator pytała też o to, na co zostały one przeznaczone. Mówiąc kolokwialnie, rozsmarowaliśmy to po różnych obszarach, zwiększyliśmy w obszarze cyfryzacji, jak dobrze pamiętam, zwiększyliśmy w zakresie kadr, infrastruktury. De facto chyba każdy z komponentów został zwiększony z tych środków.

Pani prof. Chybicka pytała o odporność antykryzysową. Ja mam trudność z tym pytaniem, dlatego że ja mam przekonanie, że wszystkie te działania są odpowiedzią antykryzysową, i wsparcie infrastruktury, przygotowanie nowej, modernizacja... Tutaj pan prof. Flisiak mówił o zaniedbanych oddziałach zakaźnych, a jeszcze bardziej zaniedbanych po pandemii. Nie zgodzę się z tym do końca, uważam, że akurat oddziały zakaźne były istotnym beneficjentem środków covidowych, więc na temat tego, czy aż tak zaniedbane wychodzą z pandemii, bym polemizowałbym. Ale to właśnie pokazuje, że działaniem antykryzysowym jest wsparcie infrastruktury, jest wsparcie infrastruktury szpitalnej, jest wsparcie infrastruktury podmiotów czy wsparcie dziedzin priorytetowych, jest w szczególności gigantyczne wsparcie obszaru kadrowego, transformacji cyfrowej, API i tego, co mówimy tutaj o sektorze lekowym. Dla mnie to są wszystko działania antykryzysowe. Gdy nałożymy na to inne działania finansowane z innych źródeł, to de facto daje to taką całość przygotowania pod przyszłe zdarzenia, szczególnie że są to zdarzenia, chciałem powiedzieć, losowe, w pewnym sensie losowe, bo nikt z nas 2 lata temu nie przewidywał pandemii koronawirusa i jej skutków, zasięgu, oddziaływania na wszystkie sektory czy podsektory sektora ochrony zdrowia. Tak więc dla mnie to budowanie czy odbudowa i budowanie działań antykryzysowych to jest właśnie zapewnienie takiego kompleksowego planu rozwojowego, nawet nie odbudowy, planu rozwojowego.

Pani senator Gorgoń-Komor pytała o rekomendacje unijne dla tworzenia planów. To będzie

może również odpowiedź na pytanie o alokację środków. Bo też trzeba pamiętać o tym, że Komisja Europejska postawiła przede wszystkim 2 cele czy też 2 cele uwypukliła: jeden to transformacja cyfrowa, a drugi to transformacja zielona, można powiedzieć, czyli wsparcie obszarów klimatycznych. Te 2 filary zostały wyraźnie wypunktowane przez Komisję Europejską. Co więcej, jeden z nich, czyli działania klimatyczne, uzyskał zapewnienie minimalnej alokacji, 37% czy 40% ma być przeznaczone wyłącznie na te działania, co w pewnym sensie tę naszą pulę środków KPO też jakoś blokuje, w sposób naturalny ogranicza o te 40%. Takich wytycznych dla obszaru zdrowia nie było, czyli Komisja Europejska nie proponowała rozwiązań, w których wskazałaby minimalną alokację w tym sektorze.

Pani senator słusznie zwróciła uwagę na zdrowie psychiczne może nawet nie tyle Polaków, ile personelu medycznego. To rzeczywiście ogromne wyzwanie. Ja rozmawiałem o tym z panem prof. Andrzejem Matyją, szefem Naczelnej Izby Lekarskiej. Tutaj w ramach szybkiej odpowiedzi tak naprawdę w tych środkach projektu REACT-EU, tego programu pomocowego, wydzieliliśmy 25 milionów zł na wsparcie psychologiczne głównie lekarzy czy personelu medycznego. Myślę, że jest to projekt, który rzeczywiście szybko uruchomiony może do takiej odbudowy czy wsparcia posłużyć.

Pani senator pytała też o te rozwiązania szczegółowe w zakresie NPL, POZ, roli POZ, o to, czy całodobowo, czy nie. Obawiam się, że to jest trudne. Dzisiaj, po tych zmianach, które już wiele, wiele lat temu zaistniały, w odniesieniu do roli lekarza POZ, wyłączenia z obowiązków pełnienia całodobowej opieki, później uruchomienia NPL, ale też być może możliwości w tym obszarze lekarzy POZ, wygląda to tak, że wydaje mi się, że powrót czy jakby zbudowanie całodobowej opieki w POZ jest trudne. Ale na pewno zgadzam się z tym, że NPL wymaga modyfikacji. W jaki sposób? Myślę, że dzisiaj już... Tylko nie udało mi się potwierdzić, więc nie będę zdradzał tajemnic. Otóż odbędzie się konferencja w Narodowym Funduszu Zdrowia, który pokaże pewne rozwiązania, mamy nadzieję, pozwalające odciążać NPL. To rozwiązania związane przede wszystkim z uruchomieniem infolinii i swojego rodzaju teleporad właśnie via NFZ, niejako zanim nastąpi chęć skorzystania z NPL. To jest tylko początek. My planujemy jednak daleko idącą



zmianę funkcjonowania nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej. Ja osobiście, patrząc na te doświadczenia, szczególnie szpitali, i po rozmowach z wieloma dyrektorami jestem zwolennikiem rozwiązania, które włączy lekarzy POZ do świadczenia usług w zakresie NPL, niekoniecznie zwolennikiem przejęcia, ale włączenia, czyli np. konieczności zapewnienia określonej liczby dyżurów. Uważam, że byłoby to fair, bo też nie oszukujmy się, wielu dyrektorów szpitali mówi, że duża część pacjentów trafiających do NPL trafia po POZ, gdzie nie uzyskała porady albo nie uzyskała satysfakcjonującej porady. No, to niestety nie jest mierzone w systemie.

Co do komponentu lekowego – tu były pytania środowiska – tak jak już mówiłem, zajmie się tym ustawa wdrożeniowa. Pewnie potem szczegóły określą ten parytet środków, to, czy wszystkie będą pożyczkowe, czy jednak w części dotacyjne.

Jeśli chodzi o pytania związane przede wszystkim ze strukturą i działaniami zaprogramowanymi, to powiem, że tutaj główny udział, a może jednak w kooperacji, Ministerstwo Gospodarki, ministerstwo funduszy i Ministerstwo Zdrowia... Odpowiedzialne za ten komponent co do zasady było Ministerstwo Gospodarki, ale aktywnie braliśmy udział w tych pracach, również w zakresie ostatecznej alokacji.

Pytanie przedstawicieli Federacji Przedsiębiorców Polskich: czy KPO uwalnia inne środki? Nie, nie zakładamy, żeby KPO uwalniało inne mechanizmy wsparcia infrastrukturalnego czy rozwojowego, po stronie ABM, środków na transformację cyfrową czy środków w zakresie kształcenia kadr. Nadal pozostają one na tym samym poziomie albo nawet je zwiększamy. A czy to uwolni środki z przeznaczeniem dla NFZ? No, to jest pytanie, którym już trochę wchodzimy w całościowy system finansowania świadczeń ochrony zdrowia. Po pierwsze, zwiększenie możliwości Narodowego Funduszu Zdrowia ma nastąpić poprzez ogłoszony w Polskim Ładzie plan dojścia do 7% PKB, być może w dłuższym horyzoncie czasowym, ale ten sam plan zakłada, że nakłady na poziomie 6% uzyskamy rok wcześniej. Przypominam, że pierwotna ustawa mówi o tym, że 6% uzyskamy w roku 2025, później już ja miałem przyjemność procedować ustawę, która to przyspieszyła, wskazała rok 2024, a teraz chcemy to przyspieszyć o kolejny rok, czyli w 2023 r. uzyskać nakłady na poziomie 6% PKB.

Już to da zwiększone możliwości finansowe po stronie sektora ochrony zdrowia. Ja tak naprawdę nie rozbijam tego na Narodowy Fundusz Zdrowia i inne, bo tutaj z kolei nie do końca... Właściwie w ogóle nie mogę się zgodzić z panią przewodniczącą, która mówiła, że z budżetu NFZ zaczyna się finansować inne działania. Od roku 2018 z budżetu państwa, mimo że nie było obowiązku przekazywania dotacji do Narodowego Funduszu Zdrowia, obowiązku wynikającego z ustawy 6%, w każdym roku dodatkowe finansowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia trafiało. W pierwszym roku, czyli w roku 2018, jeśli dobrze pamiętam, 1 miliard zł, w 2019 r., jeśli dobrze pamiętam, 1,8 albo 1,9 miliarda, a w roku 2020 chyba ponad 2,7 miliarda zł, o ile dobrze pamiętam. Te środki nie wynikały z ustawy 6%, a były skierowane dodatkowym strumieniem do Narodowego Funduszu Zdrowia. Co więcej, gdy tylko będą możliwości finansowe po stronie budżetu państwa, chcemy tę politykę realizować. Myślę, że już dzisiaj mogę złożyć deklarację, że ten poziom referencyjny z ustawy 6% środków zaplanowanych na rok 2021, po wyeliminowaniu wydatków związanych z COVID, bo tych nie wliczam do wydatków na zdrowie do ustawy 6%, i tak pewnie istotnie przekroczymy, a jeżeli tylko pojawią się jakiegokolwiek możliwości przekazania dodatkowej dotacji dla Narodowego Funduszu Zdrowia, to na pewno skrzętnie z tego skorzystamy.

Pan Wiśniewski pytał jeszcze o działania NFZ. Ja myślę, że ten katalog działań... To już w ogóle jest takie pytanie o strategię dotyczącą zdrowia. Postaram się odpowiedzieć, pokazując priorytety, które w mojej ocenie są ważne. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zniesienie limitów i prawdopodobnie konieczność zwiększenia wycen w tym zakresie – myślę, że to jest jeden z największych priorytetów w najbliższym czasie. Gdybym miał spojrzeć na budżet NFZ, to pewnie znajdzie się tutaj także zwiększenie aktywności czy zwiększenie zaangażowania w takie dziedziny jak rehabilitacja, psychiatria, a także dodatkowa motywacja dla POZ za realizowanie celu w zakresie profilaktyki zdrowotnej, w szczególności profilaktyki onkologicznej.

Chciałbym jeszcze wrócić do pytań czy wypowiedzi ekspertów zaproszonych przez panią przewodniczącą. Rozpocznę może od pana prof. Flisiaka i wypowiedzi o niewspieraniu szpitali zakaźnych. Nie mogę się z tym zgodzić

z 2 powodów. Po pierwsze, szpitale zakaźne, tak jak już mówiłem, stały się beneficjentem istotnych środków w czasie pandemii COVID, ale poza tym w zakresie odbudowy dziedzina chorób zakaźnych została wskazana, enumeratywnie wymieniona jako 1 z bodajże 5 czy 6 dziedzin medycyny, które chcemy wspierać ze środków Krajowego Planu Odbudowy, w szczególności w obszarze infrastrukturalnym. Ja rozumiem, że KPO daje ogólne ramy i być może rzeczywiście trudno znaleźć wyodrębniony komponent, który w całości miałby służyć chorobom zakaźnym, ale chociażby już ta dyskusja, w czasie której pani prof. Chybicka mówiła, że też ma wątpliwości, czy akurat tutaj taki wyodrębniony komponent... No to właśnie pokazuje nam poziom dyskusji. Ale myślę, że gdy posadzimy tu 79 konsultantów w sprawach ochrony zdrowia, to każdy z nich powie, że jego dziedzina wymaga największego odbudowania po pandemii, i pewnie z większością trzeba byłoby się nawet merytorycznie zgodzić, bo każdy takie potrzeby znajdzie. W każdym razie choroby zakaźne traktujemy absolutnie priorytetowo, wymieniając je w tych zakresach, które w ogóle będą mogły korzystać ze środków Krajowego Planu Odbudowy w części infrastrukturalnej.

Po drugie, co może jest ważniejsze i podam to państwu dla informacji, jeśli chodzi o środki programu REACT-EU, wskazaliśmy 5 priorytetów, które chcemy wspierać. Przypomnę, że te środki to prawie 3 miliardy zł. To jest poziom odpowiadający temu, czym minister zdrowia dysponował na infrastrukturę w poprzedniej perspektywie unijnej – to tak dla zobrazowania – tutaj mamy je na 2 lata, tam na 6. Tutaj jako cel nr 2 jest enumeratywnie wskazane wsparcie oddziałów zakaźnych. Kwota, którą dzisiaj chcemy przeznaczyć na ten cel, to 200 milionów zł, to są środki tylko i wyłącznie na oddziały zakaźne w Polsce.

A trzecia sprawa, o której chciałbym powiedzieć, w zakresie wsparcia oddziałów zakaźnych jest taka. Pamiętajmy, że dzisiaj minister zdrowia ma ograniczone możliwości finansowania wszystkich podmiotów w Polsce, a nawet nie ma takich możliwości, może wspierać podmioty, których jest organem tworzącym. Mówię tu o środkach własnych ministra zdrowia, o środkach budżetowych, o środkach z programów wieloletnich, o środkach, które pozostają w dyspozycji programów unijnych, Programu Operacyjnego

„Infrastruktura i środowisko”. Tak więc chciałbym też zwrócić uwagę na to, że istotne wsparcie ze środków covidowych otrzymał chociażby Instytut Medycyny Wsi w Lublinie właśnie na utworzenie nowego oddziału chorób zakaźnych. Aktualnie poddawane są procedowaniu istotne środki z pewnych oszczędności wyodrębnionych ze środków unijnych. Wymienię tu Górnośląskie Centrum Medyczne, Szpital Kliniczny w Katowicach, a chodzi o budowę nowego oddziału, nowego szpitala zakaźnego. Inne projekty, które również z Programu Operacyjnego „Infrastruktura i środowisko”, z dodatkowej alokacji, którą udało nam się wynegocjować w czasie pandemii COVID... Środki trafiły do oddziałów zakaźnych również na modernizację czy tworzenie nowych funkcji. Tak więc nie mogę zgodzić się z tym, że choroby zakaźne pominęliśmy, odwrotnie, wyszczególniliśmy je, wymieniliśmy i określiliśmy jako priorytet.

Podobnie jest co do braku priorytetyzacji kształcenia w chorobach zakaźnych w KPO. Wracam tu do tego, co powiedziałem we wstępie. KPO nie realizuje wszystkich celów. Akurat obszar kształcenia, zarówno przeddyplomowego, podyplomowego, jak i specjalistycznego, będzie w dużej części uwzględniony w ramach tej standardowej perspektywy unijnej. Tutaj, przede wszystkim w programie FERS, czyli Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego, szukujemy istotny komponent związany z kształceniem. Też nie będę dzisiaj jednoznacznie określał, że wyłącznie w zakresie chorób zakaźnych, aczkolwiek, tak jak państwo widzicie, choroby zakaźne priorytetyzujemy i w KPO też jest to odzwierciedlone.

Odnosząc się do spostrzeżeń pana Boguckiego, eksperta komisji, powiem, że na pewno zgodzę się z tym, że minister zdrowia mógłby być w randze wicepremiera. Uważam, że to faktycznie jest bardzo dobry postulat. Jednak co do innych... Poruszony został ważny wątek, dotyczący wyjazdów z Polski i budowania pewnej, rozumiem, kultury pracy, warunków pracy, prowadzących do systemowego zatrzymania lekarzy. No, w mojej ocenie to my tę ścieżkę już rozpoczęliśmy. Pierwsze narzędzia wprowadzono przecież nie tak dawno, w ostatnich latach, np. pewne lojalki dla rezydentów, lojalki, na podstawie których wynagrodzenie rezydentów jest zwiększone, a za to jest pewien obowiązek odpracowania czy pozostania w Polsce. Są stypendia lojalnościowe dla pielęgniarek. To są projekty

finansowane ze środków unijnych w ostatnich latach. Podobnie działają stypendia wypłacane na ostatnim roku studiów, później zwiększone wynagrodzenie w pierwszych latach zatrudnienia, za to gwarancja przez określony czas pozostania w Polsce.

Kolejna sprawa to procedowana obecnie ustawa o finansowaniu kredytów studenckich. Tu chcemy rzeczywiście istotnie zwiększyć limity przyjęć na studia i chcemy umożliwić większej liczbie osób kształcenie na uczelniach medycznych, szczególnie tym, którym niewiele zabrakło do dostania się na studia płatne, mają determinację, żeby studiować medycynę, ale wiemy, że te na to potrzebne są środki, że to jest bardzo drogie. Dzisiaj kształcenie na uczelni medycznej jest chyba najdroższe, grubo ponad 30 tysięcy czy 35 tysięcy zł, takie są roczne koszty kształcenia. Chcemy tym osobom w pewien sposób ulżyć, udostępniając im preferencyjne kredyty, ale za to rzeczywiście ma być obowiązek z jednej strony pracowania w systemie publicznym w Polsce przez 10 lat, z drugiej strony dodatkowo ukończenia specjalizacji w jednej z dziedzin priorytetowych. Myślę, a nawet jestem przekonany, że to jest właśnie tworzenie narzędzi lojalnościowych. Trzeba tylko pewnie żałować, że te narzędzia nie były tworzone wtedy, kiedy miała miejsce największa emigracja lekarzy z Polski, bo w ostatnich latach, jak obserwujemy, wcale tak nie jest.

Nie mogę również zgodzić się z opinią co do roli Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a przede wszystkim Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH. Myślę, że pracownicy instytutu zaczerpnięli się ze złości, słuchając, że nie zaangażowali się w czasie pandemii. Wręcz przeciwnie, od pierwszych dni zaangażowali się w sposób ponadstandardowy. Myślę, że te prawie 1,5 roku pandemii pokazało, że w instytucie praca 24-godzinna jest jednak możliwe. Myślę, że wielu celów nie osiągnęlibyśmy bez wsparcia PZH. Pragnę przypomnieć, że jedno z pierwszych laboratoriów covidowych zostało uruchomione właśnie przez PZH w momencie, w którym większość z obecnych ponad 300 laboratoriów w tej szerokiej sieci, którą utworzyliśmy, nawet nie myślała o tym, żeby stworzyć takie możliwości. Tak więc nie mogę w żadnym aspekcie zgodzić się z niskim zaangażowaniem, odwrotnie, uważam, że było ono bardzo wysokie, również na forum międzynarodowym, na poziomie wielu warsztatów, wielu dyskusji eksperckich.

Państwowa Inspekcja Sanitarna, bo tutaj też została ona wymieniona, to również obszar, który wysoko spriorytetyzowaliśmy. Po wielu, wielu latach, mówiąc kolokwialnie, prawdziwej miserii w obszarze Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie tylko zwiększyliśmy istotnie budżet inspekcji – pragnę przypomnieć, rozmawialiśmy o tym przy okazji omawiania ustawy budżetowej, że w roku 2021 o prawie 30% zwiększyliśmy finansowanie inspekcji sanitarnej, zwiększyliśmy tu budżet o 330 milionów zł – ale, co ważne, już tu mówiłem o programie REACT, również w ramach 1 z tych 5 celów przeznaczamy dodatkowe 140 milionów zł na rozwój Państwowej Inspekcji Sanitarnej. To są środki, których inspekcja w takiej wielkości nigdy nie widziała i nie miała okazji wchłonąć.

Szanowni Państwo! Szanowna Pani Przewodnicząca! Mam nadzieję, że rozwiąłem część albo wszystkie wątpliwości, odniosłem się do wszystkich uwag. Wierzę w to, że finalnie, również dzięki procesowi konsultacji, również dzięki temu, że mieliśmy okazję się spotkać i dyskutować, KPO będzie służył jako rzeczywista tarcza antykryzysowa na przyszłość i zapewni mechanizmy odbudowy, ale mechanizmy prorozwojowe. Dziękuję serdecznie.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Zanim podsumuję posiedzenie komisji i przedstawię wnioski, jakie mi się tutaj nasunęły, to jeszcze zabierze głos pani senator Matecka, bo o to prosiła.

Proszę bardzo.

**SENATOR  
EWA MATECKA**

Dziękuję bardzo.

Szanowni Państwo! Szanowny Panie Ministrze!

We wszystkich akcjach promujących środki unijne rząd podaje informację o 770 miliardach zł, czyli rozumiem, że odnosi się zarówno do wieloletnich ram finansowych, jak i do całej puli środków z Funduszu Odbudowy, części grantowej i części pożyczkowej. Mam gorący apel

do pana prezydenta, aby tą częścią pożyczkową nie obciążać samorządów. Są opinie ekspertów, które mówią o tym, że właściwym kierunkiem byłoby tą częścią pożyczkową obciążyć spółki Skarbu Państwa, np. te, które wypracowują duże zyski, które wypracowują pewne dobra i stać je na ewentualną spłatę tych pożyczek, gdyby ta kwota miała do nich dotrzeć właśnie w formie pożyczek, a nie dotacji. Samorządy będą miały ogromne trudności ze zrealizowaniem tych zadań z części pożyczkowej, bo nie będzie ich po prostu stać na zaciągnięcie tychże pożyczek, jeżeli takie li tylko będą przewidziane w planie rządowym. Dlatego bardzo proszę, aby wziąć to pod uwagę i z tej puli pożyczkowej przeznaczyć dla samorządów, dla podmiotów leczniczych pieniądze w formie dotacji. To jest tylko i wyłącznie decyzja rządu. Komisji Europejskiej to nie interesuje, ona oczekuje spłaty od rządu. Tak jak powiedziałam, ta redystrybucja, jeśli chodzi o samorządy, z powodzeniem może mieć formę dotacji. Dziękuję bardzo.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Czy pani senator...  
Proszę bardzo.

**SENATOR  
AGNIESZKA GORGOŃ-KOMOR**

Ja króciutko, tylko wrócę do polityki kadrowej, bo ona mnie nurtuje z praktycznego punktu widzenia. Niestety statystyka mówi sama za siebie, pokazuje, że 30% potrzeb zdrowotnych Polaków jest zaspokajanych przez lekarzy na emeryturze, a nasi rezydenci, którzy się kształcą w szpitalach, biegają po południu do POZ, żeby sobie dorobić. Ja w tym wymiarze bym chciała, żeby w ramach Funduszu Odbudowy czy w ogóle w ramach odbudowy popandemicznej troszkę inaczej na to popatrzeć. Dla mnie każdy lekarz, który się kształcił w jakiejś specjalizacji niszowej, a który potem, na szczycie swojej kariery ucieka do podstawowej opieki albo – mam takie przykłady ze swojego życia – do uzdrowiska, zamiast robić bardzo dobre procedury, pchać tę naszą naukę i rozwój do przodu, z powodów finansowych, bo cały czas lepiej jest pracować

w POZ, żeby zarobić pieniądze, niż w szpitalnictwie... Tutaj powinniśmy wdrażać te systemowe zmiany kadrowe. I tutaj, przyklaskując trochę wypowiedzi ekspertów, także potrzeba zmiany, aby praca na uniwersytecie była marzeniem dobrego lekarza, który chce się rozwijać, a nie tylko swojego rodzaju niepożądanym zjawiskiem, polegającym na tym, że trzeba przekazywać wiedzę studentom, bo to ciągle nie jest dobrze opłacane.

Tak że chodzi o to, żeby zmienić system wartościowania pracy lekarza na poszczególnych etapach opieki nad pacjentem, czy to na uniwersytecie, czy w POZ. Bo to wszystko jest wymieszane. Lekarz ze szpitala, który pracuje w POZ... No, to wszystko wymaga gruntownej zmiany. I myślę, że to jest moment, żeby również nad tym się pochylić. Dziękuję.

**PRZEWODNICZĄCA  
BEATA MAŁECKA-LIBERA**

Dziękuję bardzo.

Myślę, że to posiedzenie Komisji Zdrowia to był dobry czas, bo poruszyliśmy wiele wątków.

Dziękuję również panu ministrowi za te wyjaśnienia.

Chciałabym w jakiś sposób podsumować nasze dzisiejsze spotkanie. Po pierwsze, rozumiem – i to wybrzmiało na posiedzeniu Komisji Zdrowia – że priorytetem w KPO ma być zdrowie, ale środki przeznaczone na ten priorytet, naszym zdaniem, zdaniem Komisji Zdrowia, są mimo wszystko za niskie. To jest pierwsza kwestia.

Druga. Wielokrotnie pan minister powoływał się na to, że szczegóły będą zawarte dopiero w ustawie wdrożeniowej, że pojawi się pewna strategia ochrony zdrowia w pewnej perspektywie, na lata. Bardzo bym apelowała do pana ministra, żebyśmy mogli o tym podyskutować, zanim ta strategia przybierze kształt ostateczny. To jest ogromnie ważne, abyśmy mogli mówić o wieloletniej polityce dla zdrowia społeczeństwa i abyśmy w tej polityce mogli zawrzeć te wszystkie priorytetowe wyzwania, o których też dzisiaj była mowa.

Ponieważ nie ma tej strategii, ona dopiero będzie, pan minister, tak to rozumiem, odpowiadając m.in. branży farmaceutycznej, nie jest w stanie tak naprawdę odpowiedzieć na podstawowe pytania, pytania o to, czy branża będzie... To, że będzie strategiczna i że będzie potrzebna, to wiemy, tylko nie wiemy, w jakim zakresie. Nie ma

tutaj wspólnego przekazu pomiędzy ministerstwem rozwoju, gospodarki a Ministerstwem Zdrowia, które by jasno powiedziało, w którym kierunku branża farmaceutyczna powinna pójść, w jaki sposób będzie finansowana, czy będzie to tylko pożyczka i później dotacja, czy sama dotacja. To wszystko są to bardzo istotne elementy, które branża pewnie bierze pod uwagę.

Ale najważniejszy w tej całej strategii, oprócz tych spraw, w moim odczuciu jest element zdrowia publicznego. To wybrzmiało wielokrotnie. W przypadku zdrowia publicznego mówimy, Panie Ministrze, nie tylko o randze i znaczeniu ministra zdrowia, choć podkreślamy od samego początku, że minister zdrowia powinien zajmować się szeroko pojętym zdrowiem i jego ranga jako wicepremiera jest tutaj naprawdę ogromnie ważna. Może warto wrócić do tych zapisów, które się pojawiły w ustawie o zdrowiu publicznym, bo jest taka możliwość. To tylko kwestia woli i chęci, nic więcej. A w przypadku tego systemu, który mamy w tej chwili, w sytuacji tej katastrofy po pandemii może warto wrócić do pewnych zapisów, które były proponowane w ustawie. One wprawdzie nie były obowiązkiem, one były fakultatywne, ale być może to jest czas dla zdrowia publicznego, może właśnie teraz powinniśmy przede wszystkim postawić na profilaktykę, na dobrze zbudowane programy zdrowotne, które obejmą większą część społeczeństwa, nie będą rozdrobione na 70 tysięcy małych programów zdrowotnych, ale będą składały się z 2 czy 3 ogromnie istotnych, które w sposób szczególny to zdrowie społeczeństwa zbudują. Bo to, że przez profilaktykę możemy odbudować zdrowie... To jest jedyna droga. Jeżeli będziemy finansować tylko szpitalnictwo, infrastrukturę i odpowiedni sprzęt, to cały czas będziemy poruszali się w obszarze choroby, a nie zdrowia. Na ten element bardzo mocno chciałabym zwrócić uwagę.

I ostatnia rzecz, do której chciałabym się odnieść, Panie Ministrze, to jest rola GIS i całego systemu, jaki w tej chwili w czasie epidemii

został wyeksponowany. Doskonale wiemy, że dotychczas inspekcja sanitarna miała swoje zadania, które realizowała w sposób absolutnie dobry, i że to są osoby, które są bardzo mocno zaangażowane w swoją pracę. Ale okazało się, że w czasie pandemii zostało narzuconych na inspekcję wiele nowych wyzwań, nowych obowiązków, a to również prowadzi do weryfikacji tego, jak ta organizacja powinna działać. Ja nie mówię, że ona do tej pory działała źle, nie chcę nikomu tutaj niczego ujmować, a szczególnie osobom, które pracowały na dole, które pracowały bardzo żmudnie i nadal pracują, ale może warto porozmawiać o tym, jak rzeczywiście docelowo ten cały system powinien działać. My wielokrotnie mówiliśmy o potrzebie... Nie chcę tu się przywiązywać do pojęcia „urząd zdrowia publicznego”, bo to nie chodzi o słownictwo, tu chodzi o zakres pojęcia, o to, jak to powinno działać, jak powinno być wspierane przez naukowców i jak powinniśmy prowadzić działania zapobiegawcze, przewidujące. Tak jak mówił m.in. pan prof. Flisiak, my musimy mieć z tyłu głowy to, że epidemia wróci w takiej czy w innej postaci, i my powinniśmy być do tego przygotowani, tak jak, nie wiem, do katastrofy. To brzmi może bardzo ekspresyjnie, ale prawdziwie, bo to była katastrofa i my na tę katastrofę nie za bardzo byliśmy przygotowani. Teraz mówimy, że to było coś nowego. Każda katastrofa jest nowa i z myślą o każdej katastrofie powinny być przygotowane standardy i procedury. O tym tu mówimy.

Panie Ministrze, tak jak pan słyszy, my tutaj, na posiedzeniach Komisji Zdrowia, nie uprawiamy polityki, mówimy tu bardzo merytorycznie i z troską o zdrowie społeczeństwa, bo w tej chwili oprócz katastrofy poepidemicznej mamy katastrofę związaną z chorobami, z tym wszystkim, co nie działo się przez cały rok. Myślę, że to jest naprawdę ogromne wyzwanie. My z troską o tym dzisiaj mówimy.

Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 42)*

**Kancelaria Senatu**

Opracowanie:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk i łamanie:

Centrum Informacyjne Senatu, Dział Wydawniczy