

VIII kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 183)

z dnia 2 lipca 2019 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 183)

2 lipca 2019 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację Ministra Zdrowia na temat możliwości ograniczenia liczby obowiązków dokumentacyjnych związanych ze świadczeniami medycznymi i usprawnienia przepływu informacji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Janusz Cieszyński** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia ze współpracownikami, **Agnieszka Wernik** dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Anna Andrzejak** ekspert Business Centre Club, **Jacek Kozakiewicz** wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej ze współpracownikiem, **Justyna Marynowska** wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Elżbieta Piotrowska-Rutkowska** prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” oraz **Joanna Walewander** sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry, witam bardzo serdecznie.

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia.

Stwierdzam kworum.

Stwierdzam przyjęcie protokołów z posiedzeń od 168. do 179., wobec niewniesienia do nich zastrzeżeń.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji Ministra Zdrowia na temat możliwości ograniczenia liczby obowiązków dokumentacyjnych związanych ze świadczeniami medycznymi i usprawnienia przepływu informacji.

Czy są uwagi do porządku dziennego?

Nie widzę zgłoszeń, stwierdzam zatem, że porządek obrad został przyjęty.

Witam raz jeszcze członków Komisji, pana ministra, wszystkich zaproszonych gości i oddaję głos panu ministrowi.

Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, bardzo dziękuję za zaproszenie.

Ministerstwo przygotowało dla państwa wyczerpujący, 10-stronicowy materiał dotyczący informacji na temat możliwości ograniczenia liczby obowiązków dokumentacyjnych. Postaram się omówić ten temat w głównych punktach a następnie, oczywiście, bardzo chętnie odpowiem na wszystkie pytania, jakie państwo posłowie mogliby mieć. Jak rozumiem, są z nami też przedstawiciele strony społecznej, więc bardzo chętnie udzielę odpowiedzi na te pytania.

Przed wszystkim chciałbym powiedzieć o zmianach dotyczących elektronicznej dokumentacji medycznej i zdarzeń medycznych. To są takie zmiany, które pojawią się w przyszłym roku w ramach platformy e-zdrowie, dawniej mówiło się – P1. Można powiedzieć, że to jest bardzo duża zmiana ponieważ ona przewiduje, że – po raz pierwszy – zostaną połączone w jakimś zunifikowanym formacie zbiory danych, które są wytwarzane zarówno w sektorze publicznym, jak i prywatnym. Czyli, rozpoczniemy

zbieranie informacji na temat konkretnych realizowanych zdarzeń. Ich definicja będzie bliska definicji świadczenia opieki zdrowotnej, którą znamy dzisiaj z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, właśnie na potrzeby tego, aby informacje na temat tego, co działo się z pacjentem (niezależnie od tego, kto był płatnikiem – czy sam pacjent czy Narodowy Fundusz Zdrowia) były dostępne. Do tego będą podłączone – tam, gdzie ona będzie wytworzona – indeksy do elektronicznej dokumentacji medycznej.

Rząd prowadzi obecnie prace na etapie wewnętrznych konsultacji, dotyczące ustawy o dokumentacji medycznej, której głównym celem, mówiąc w skrócie – jest wdrożenie mechanizmów, które przeniosą tę dokumentację medyczną z postaci papierowej do elektronicznej. Na pewno, nie wystarczy do tego tak prosta zmiana polegająca na elektronizacji papieru, bo elektronika daje nam wiele nowych możliwości, które – w naszej ocenie – należy wykorzystać do tego, żeby ograniczyć te obowiązki dokumentacyjne i, żeby kwestie związane z prowadzeniem dokumentacji były związane, przede wszystkim, z istotnymi informacjami medycznymi a nie właśnie z informacjami o charakterze biurowym. Chcemy, żeby zdarzenia medyczne docelowo były też elementem sprawozdawczości Narodowego Funduszu Zdrowia. To znaczy, zakres zdarzeń medycznych, które my proponujemy na początek, jest bardzo wąski, jednak potem będzie on mógł być systematycznie rozszerzany, ale nie jako dodatkowe informacje, dodatkowa biurokracja, tylko – jako zastępstwo wobec tych rzeczy, które są w innych strumieniach sprawozdawane do NFZ.

Drugą kwestią, o której chciałbym powiedzieć, jest Internetowe Konto Pacjenta. Można powiedzieć, że – z jednej strony – nie ma to wpływu na kadry medyczne. Warto jednak powiedzieć (to sprawdza się we wszystkich rozwiązaniach w innych sektorach), że jeżeli mamy taką możliwość wprowadzenia rozwiązań samoobsługowych to zmniejsza się liczba operacji, które są realizowane właśnie przy udziale kadry medycznej. Tak jak kiedyś, żeby uzyskać w banku informację nt. salda naszego konta musieliśmy pójść do oddziału, odstać kolejkę do okienka i uzyskać informację, dzisiaj nikt tego nie robi, czy prawie nikt tego nie robi, każdy ma informacje w swoim telefonie komórkowym czy w komputerze i może w łatwy sposób z tym się zapoznać. To powoduje, że personel jest wolny od takich *stricte* biurowych obciążeń i, proszę państwa, Internetowe Konto Pacjenta dostępne pod adresem *pacjent.gov.pl* takie możliwości daje.

Kolejną kwestią jest wprowadzenie dalszych uproszczeń w zakresie wystawiania recept i określania poziomu refundacji produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Prowadzimy obecnie prace legislacyjne (już na etapie komisji prawniczej, przed obradami samej Rady Ministrów) nad ustawą o wdrożeniu rozwiązań e-zdrowia. Liczymy na to, że Rada Ministrów w najbliższym czasie tę ustawę przyjmie i skieruje do prac w parlamencie.

To jest ustawa, która wprowadza bardzo istotną zmianę polegającą na tym, że lekarz, zamiast określać poziom odpłatności dla danego leku na podstawie obwieszczenia i Charakterystyki Produktu Leczniczego, będzie miał możliwość, w przypadku recepty w postaci elektronicznej, podania jedynie wskazania refundacyjnego zgodnego właśnie z ChPL albo z obwieszczeniem, na podstawie czego będzie możliwe określenie przez system, jaki poziom odpłatności przysługuje dla danego produktu.

Gdyby były jakieś wątpliwości to warto podnieść, że już dzisiaj zawarcie w dokumentacji tego wskazania refundacyjnego jest *de facto* konieczne, jeżeli chcemy prawidłowo tę dokumentację prowadzić. Czyli, można powiedzieć, że – jeżeli wykorzystujemy jakieś narzędzie elektroniczne do prowadzenia dokumentacji – to ta informacja będzie mogła w bardzo prosty sposób być przekazana z jednego miejsca w drugie. To sprawi, że zamiast najpierw określać wskazania a później, ręcznie, określać poziom odpłatności, będzie to się działo w jednej operacji.

Warto też powiedzieć, że leków refundowanych jest bardzo dużo. W każdej kolejnej liście pojawia się coraz więcej pozycji. Wydawane są ich miliony każdego tygodnia. Wobec powyższego można powiedzieć, że na każdy wydany lek refundowany, przypada co najmniej jeden wypisany (pewnie nawet część nie jest realizowana), więc istotny będzie zakres, jeśli chodzi o mniejszą liczbę tych wymogów biurowych.

Poza tym, szanowni państwo, zlecenia na wyroby medyczne także będą zawierały mniej danych niż do tej pory. Mniejsza liczba informacji będzie musiała być przekazywana do Narodowego Funduszu Zdrowia a to wszystko właśnie po to, żeby mniej czasu poświęcać na czynności biurokratyczne związane z prowadzeniem tej dokumentacji. Liczymy na to, że to jest kolejny sposób prowadzący do tego, żeby wykorzystując cyfrowe usługi ograniczać to, z czym staramy się walczyć od wielu lat, czyli biurokrację w ochronie zdrowia.

Kolejną rzeczą jest takie pośrednie działanie (to też jest w tej ustawie o rozwiązaniach e-zdrowia) – wprowadzenie roli asystenta medycznego, który – na podstawie dokumentacji medycznej – będzie mógł wystawić dla pacjenta, w imieniu lekarza, zwolnienie, e-receptę albo e-skierowanie. Czyli, co prawda ta czynność biurokratyczna nie zostanie zlikwidowana, ale będzie jasna prawna możliwość, aby w imieniu lekarza zrobił to za niego asystent. W naszej ocenie, jest to korzystne rozwiązanie, które oczywiście nie wypełnia 100% naszych ambicji, natomiast jest odpowiedzią na już funkcjonujące w wielu podmiotach rozwiązania organizacyjne, w przypadku których brakuje kropki nad „i”, czyli możliwości podpisania tego dokumentu przez kogoś – w imieniu lekarza.

Oprócz tego, z działań strategicznych, które są jeszcze w sferze planowania a nie realizacji, jest stworzenie jednolitego systemu sprawozdawczości, który sprawi, że te same informacje będą wielokrotnie trafiały w kilka miejsc. To jest bardzo istotne, natomiast wymaga bardzo szerokiego przeglądu wszystkich rozwiązań, zarówno po stronie NFZ, jak i po stronie instytucji rządowych, samorządowych. Chcemy w tę stronę iść, natomiast niewątpliwie jest to proces bardzo długotrwały.

W związku z powyższym, jest to co najmniej kilka miesięcy pracy koncepcyjnej i przynajmniej drugie tyle, jeżeli chodzi o implementację, ponieważ to będzie rewolucyjna zmiana. Natomiast, to będzie zmiana, która – w naszej ocenie – dzięki wykorzystaniu współczesnych, nowoczesnych rejestrów i takich rozwiązań, które pozwolą na raportowanie wszystkiego w jedno miejsce, doprowadzi do tego, że skala sprawozdawczości (a co za tym idzie – koszt dostosowywania się do ewentualnych zmian) będzie po stronie podmiotów jak najmniejszy i dzięki temu jak najwięcej środków będzie trafiać na wydatki absolutnie bezpośrednio związane z leczeniem pacjenta.

To są najważniejsze kwestie, które chciałem poruszyć i, oczywiście, zachęcam państwa do zadawania pytań.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Otwieram dyskusję.

Bardzo proszę, pani przewodnicząca Beata Małecką-Libera.

Poseł Beata Małecką-Libera (PO-KO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący.

Panie ministrze, wszystko, co pan powiedział, jest Komisji znane, ponieważ wszystkie te pomysły przechodziły przez Komisję Zdrowia, były tutaj poddawane pod głosowanie. W związku z tym, chciałabym zapytać, w jakim celu Komisja Zdrowia dzisiaj tu się spotkała, bo – jak na razie – nic odkrywczego i nowego pan nie powiedział, z wyjątkiem ostatniego pomysłu, który na razie jest w sferze planowania i – jak sam pan powiedział – najbliższych kilkunastu miesięcy, co być może się spełni, a być może – nie.

Jeżeli więc chciał pan opowiedzieć o tym, co się wydarzyło w celu poprawienia biurokracji, za czym absolutnie optujemy, to uważam, że lepszym miejscem byłaby konferencja prasowa niż posiedzenie Komisji, zwoływanie posłów, żeby wysłuchali tego, o czym doskonale wiemy.

Chciałabym więc zapytać, w jakim celu jest dzisiejsze posiedzenie Komisji?

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Zanim oddam głos panu ministrowi... myślę, że na to pytanie to ja, przede wszystkim, powinienem odpowiedzieć, a właściwie my wszyscy, dlatego że jest to jeden z ważnych punktów, jak się wydaje, który – jeśli pamiętam – na czerwiec był przewidziany w planie

pracy. Realizujemy więc plan pracy. Mamy ogromne zaległości, jeżeli chodzi o plan pracy. Było to też związane z przedstawianiem różnego rodzaju dokumentów rządowych, więc te komisje, które spotykały się i obradowały w czasie posiedzenia Sejmu, pracowały najczęściej nad konkretnymi ustawami. Niemniej jednak myślę, że nie zwalnia nas to z realizowania tego, co przyjęliśmy jako plan pracy bez zastrzeżeń.

Powiem więcej, ten punkt wydawał się wówczas nam wszystkim istotny i ważny.

Mimo głosu pani przewodniczącej, chciałem to państwu wyjaśnić, że realizujemy plan pracy, niemniej jednak, panie ministrze, powiem tak (mówię teraz o tytule tego posiedzenia) – wydaje się, jeśli chodzi o sprawy związane z samą informatyzacją czy usprawnieniem przekazywania danych, że jak najbardziej to jest ten kierunek, o którym pan wspomniał – i to ważne, że to jest realizowane. Natomiast, jeżeli chodzi o kwestie związane z ograniczeniem biurokracji to ja widziałbym to trochę inaczej – to znaczy, przekazanie różnego rodzaju kompetencji innym osobom, żeby odciążyć chociażby lekarzy w ich codziennej pracy, jest niewątpliwie słuszne i potrzebne, nie musi to jednak oznaczać ograniczenia czy zmniejszenia biurokracji. Paradoksalnie, może być tej biurokracji więcej.

Wydawało się kiedyś, gdy dyskutowaliśmy na ten temat w Komisji Zdrowia i również wtedy, gdy ten tytuł był proponowany do planu pracy, że uda się w toku zbierania danych wyeliminować choć kilka lub kilkanaście elementów, z których można zrezygnować. Wiem, że w ministerstwie funkcjonuje (a przynajmniej funkcjonował, jeśli dobrze kojarzę) taki zespół, który zbiera dane dotyczące przesadnej czy niepotrzebnej biurokracji. Sam też znam takie przykłady.

Nie ukrywam, że liczyłem na to (i w dalszym ciągu liczę), że przynajmniej z kilku spraw, które można załatwić korektą rozporządzenia ministra (bo z ustawą sprawa jest trudniejsza) będzie można zrezygnować, ale zobaczymy...

Widzę zgłoszenia do dyskusji, więc...

Proszę bardzo, pani przewodnicząca.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO-KO):

Panie ministrze, ja mówiąc to, co powiedziałam, miałam na uwadze to, żeby pan ewentualnie posunął temat do przodu, żeby pan powiedział, co się wydarzyło, jak pan to obserwuje, jaki jest zasięg tej e-recepty, jak to jest realizowane w terenie?

To dla mnie byłyby dane, natomiast – jeśli chodzi o opowiadanie, że to zostało wdrożone – to my to, naprawdę, wiemy. Tu, w Komisji Zdrowia, wiemy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Teraz może...

Panie ministrze, myślę, że za chwilę będzie można... bardzo proszę, panie ministrze, a później – widzę kolejne zgłoszenia.

Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:

Panie przewodniczący, ja – oczywiście – bardzo się cieszę, bo jeśli pani przewodnicząca mówi, że wszystkie te sprawy zna, to znaczy, że pani przewodnicząca z wielką szczegółowością zapoznaje się z przedłoženiami rządowymi nim one trafią na posiedzenie Rady Ministrów...

Poseł Beata Małecka-Libera (PO-KO):

Słuchałam kilka razy na posiedzeniach Komisji i zespołów.

Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:

Rozumiem.

Natomiast 60% rozwiązań, o których mówiłem, dotyczy projektowanej ustawy o wdrażaniu rozwiązań e-zdrowia, która obecnie jest na etapie komisji prawniczej.

Ja bardzo się cieszę, bo jeżeli pani zna te rozwiązania, to znaczy, że pani śledzi proces legislacyjny na poziomie rządowym – nie miałem tej pewności. Taka też była moja intencja, żeby nie mówić o ustawach, które już trafiły do Komisji, ponieważ – jak słusznie państwo przewodniczący zauważyli – to absolutnie byłby brak szacunku dla państwa czasu. Natomiast, odnoszę się przede wszystkim do rozwiązań, które jeszcze

nie trafiły pod obrady Rady Ministrów a które – w mojej ocenie – jednak w istotny sposób na zakres obowiązków informacyjnych wpływają. To pierwsza kwestia.

Druga – oczywiście, ja bardzo chętnie podam wszystkim informacje na temat bieżącej statystyki a więc wszystkich tych e-usług, które realizujemy. Muszę natomiast przyznać, iż nie uznałem, że takich statystyk dotyczy akurat ten tytuł, ale oczywiście – nie wiem, czy teraz, czy w toku dalszej dyskusji – chętnie wszystkie te informacje podam a także, jeżeli pani przewodnicząca ma konkretne pytania, w formie pisemnej takiej odpowiedzi udzielię.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze.

Kontynuujemy dyskusję z udziałem zarówno posłów, jak i zaproszonych gości.

Bardzo proszę, tu było zgłoszenie.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Jacek Kozakiewicz:

Szanowny panie przewodniczący, szanowne panie, szanowni panowie – Jacek Kozakiewicz, Naczelna Izba Lekarska.

Pacjent czy dokumentacja – to dylematy polskiego lekarza i nie w przeszłości, ale dzisiaj, jutro. Jeżeli zaniedbuje dokumentację, to naraża się na niemałe konsekwencje służbowe a, w dalszej lub bliższej przyszłości, także prawne, wysokokosztowe.

To, że znajdujemy jeszcze czas na spokojne wysłuchanie pacjenta, nawiązanie dobrego kontaktu, graniczy niejednokrotnie z cudem. Przykłady wszechobecnej w Polsce w ochronie zdrowia „papierologii” możemy długo cytować. Jeżeli mówimy dzisiaj jednym głosem o tym, że należy pomóc lekarzom poprzez asystenta lekarza oraz sekretarkę medyczną, to znaczy, że przyznajemy powszechnie, iż dzisiaj lekarz pracuje za dwie czy trzy osoby. Na ten stan rzeczy nakłada się fakt przemęczenia lekarzy starających się wyrównać deficyty kadrowe w wielu jednostkach, ratujących niemalże byt większych lub mniejszych szpitali.

Warunki placowe wielu polskich lekarzy uległy poprawie, ale wielu nadal dorabia, a nie zarabia, poprzez wielozatrudnienie, kosztem czasu wolnego i koniecznego wypoczynku. Dlatego też, panie przewodniczący, panie ministrze, konieczne są radykalne kroki w walce z nadmierną biurokracją – kosmetyka albo futurologia niczego tutaj nie zmieni.

Czego oczekują polscy pacjenci, którzy mają być beneficjentem wszystkich zmian, które wprowadzamy? Oczekują dostępności lekarzy, ale – proszę państwa – nie poprzez skrócenie kolejek, oni oczekują dostępności do lekarzy w relacji: człowiek do człowieka. Oceny systemu polskiej ochrony zdrowia byłyby o niebo lepsze, gdyby to pacjent był, rzeczywiście, podmiotem systemu a nie dotycząca go dokumentacja. Na dzisiaj, to dokumentacja dotycząca pacjenta jest w centrum systemu.

Dlatego Naczelna Rada Lekarska znalazła sprzymierzeńca, jakim jest w tym zakresie Rzecznik Praw Pacjenta, reprezentowany tutaj przez panią dyrektor. Kiedy zaczęliśmy rozbiierać na składowe słowo „biurokracja”, odmieniane przez wiele przypadków, okazało się, że mamy rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie dokumentacji medycznej, ale mamy też wiele dokumentów tworzonych poza tym rozporządzeniem.

Otóż, okazuje się, że prezes NFZ (być może nie chcąc czuć się mniej ważnym) wprowadza kolejne wymogi i kolejne dokumenty. To mówią koledzy, których podmioty są np. kontrolowane. Jako przykład dokumentów, których NFZ żąda ponad rozporządzeniem Ministra Zdrowia o dokumentacji medycznej, jest zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

To, co pan minister Cieszyński powiedział – wprowadzenie od 2020 r. elektronicznej dokumentacji medycznej (obciążone dzisiaj wieloma wątpliwościami, znakami zapytania, które są formułowane w bardzo wielu miejscach) nie spowoduje, naszym zdaniem, zatrzymania potoku biurokratycznego a kroki powinny być podejmowane niemalże natychmiastowo. To Minister Zdrowia ma pełne narzędzia w tym zakresie i to Minister Zdrowia – jak powiedział pan przewodniczący – powinien być liderem tych zmian.

Dlatego, w imieniu polskiego samorządu lekarskiego, w imieniu tysięcy polskich lekarzy i lekarzy dentyków, stawiam pytanie: co w sprawie odbiurokratyzowania medycyny można zrobić dziś i jutro – i co zostanie zrobione?

Przeszłość jest niezwykle ważna, ale trzeba przeżyć teraźniejszość.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Kto z państwa jeszcze?

Bardzo proszę, pani.

Ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” Joanna Zabielska-Cieciuch:

Joanna Zabielska-Cieciuch, Federacja „Porozumienie Zielonogórskie”.

Szanowni państwo, panie i panowie posłowie, panie ministrze, ja bardzo się cieszę, że w dniu dzisiejszym odbywa się to posiedzenie Komisji, ponieważ mam możliwość przekazania apelu o jak najszybsze podjęcie prac i działań zmierzających do zahamowania biurokracji, która spadła na lekarzy od wczoraj. My już po prostu nie nadążamy ze śledzeniem tego, co i kiedy na nas spadnie.

Od wczoraj, od 1 lipca, świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są zobowiązani, do codziennego raportowania pierwszego wolnego terminu w kolejkach, w zapisach, do godziny 10.00. Zrozumiałe jest, że to jest pożądana informacja dla pacjentów, NFZ i całego systemu informacji, natomiast w przypadku podmiotów, zwłaszcza małych, które pracują 3-4 razy w tygodniu i udzielają świadczeń od godziny 12.00, nawet nie wiemy, jak to można zorganizować logistycznie.

Sprawa byłaby prosta, gdybyśmy dysponowali dobrymi programami informatycznymi, które automatycznie generowałyby takie raporty. To wymaga starannego prowadzenia na bieżąco terminarza w wersji elektronicznej. Wyobrażam sobie, że jest to możliwe do zorganizowania w prosty sposób, ale przynajmniej za 1,5 roku, 2 lata. takie są nasze doświadczenia. Niestety, bolączką personelu medycznego, nie tylko lekarzy, ale też pielęgniarek, ratowników, fizjoterapeutów – całego personelu medycznego – jest brak dobrych programów, które by nam ułatwiały codzienną pracę.

Generalnie elektroniczna dokumentacja medyczna (ja taką prowadzę od lat dziesięciu), rzeczywiście, znacznie podnosi jakość dokumentacji, ale jest to mrowcza praca przez wiele miesięcy polegająca na dostosowaniu programu do naszych potrzeb. Wiem, że koledzy, zwłaszcza w szpitalach, borykają się z ogromnym problemem, kiedy systemy elektroniczne są wdrażane i dokumentacja w wielu miejscach jest prowadzona w wersji papierowej i to jest wpisywane do systemów informatycznych. Jest to ogrom pracy, ale też bałagan, bo część informacji jest w wersji papierowej, a część w elektronicznej.

Wracam do sedna sprawy.

Jeśli chodzi o tę zmianę, która weszła od 1 lipca, naprawdę nie ma możliwości realizacji tego obowiązku przez wielu świadczeniodawców. Narodowy Fundusz Zdrowia ma możliwość, zgodnie z zapisami ustawy, wyrazić zgodę na przekazywanie informacji o pierwszym wolnym terminie przez świadczeniodawcę raz w tygodniu, bo do tej pory taka sprawozdawczość była, ona uległa zmianie od 1 lipca. To jest pierwszy temat, okropny, biurokratyczny.

Natomiast drugi czeka nas od 1 stycznia 2020 r. Jest to pokłosie nowelizacji ustawy o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych z lipca 2014 r. W tej ustawie minister Arłukowicz bardzo dużo rzeczy znowelizował i właściwie zapomnieliśmy, że jeden taki „niewinny” zapis zacznie żyć 1 stycznia a jest to rachunek kosztów – obowiązek nałożony na wszystkich świadczeniodawców, i małych, i dużych. Kilka dni temu w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji odbyła się konferencja, na którą był zaproszony prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, pan prof. Tomasz Tomasik – i to on przekazał nam tę informację. Ponieważ my, jako lekarze rodzinni, prowadzący małe firmy, prowadzimy bardzo prostą księgowość to obowiązek takiego prowadzenia rachunku kosztów, jaki jest w propozycji, zmusza nas do zatrudnienia specjalnej osoby do przygotowywania różnych faktur i naszych rachunków dla księgowych. My nie zatrudniamy księgowych, nie mamy kadrowych.

Współpracujemy z biurami, które raz w miesiącu dostają pakiet kilkudziesięciu rachunków i to księgują.

Pytanie do Ministerstwa Zdrowia: czy to musi tak wyglądać?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pani poseł Gelert.

Posel Elżbieta Gelert (PO-KO):

Dziękuję bardzo.

Ja z podobnym problemem, o którym pani przed chwilą mówiła, ponieważ ta ustawa dotyczy również szpitali. Muszę państwu powiedzieć, że sprawozdanie codziennie o kolejkach wydaje mi się zbędne, bo ja nie wiem, kto to ewentualnie analizuje w funduszu. Dla pacjentów, faktycznie, ale nie wiem, czy jest potrzebne codziennie.

Mam natomiast pytanie do pana ministra: czy to wszystko ma być bezkosztowo? Czy wprowadzanie tych wszystkich zmian dla wszystkich świadczeniodawców ma być bezkosztowe, bo przecież trzeba zatrudniać dodatkowy personel – obojętne, czy w małej czy w dużej firmie. Natomiast, jeżeli jest to duża firma, to ma tak dużo tych danych, że to też powoduje dodatkowe koszty.

Ja byłam bardzo zadowolona czytając, że pan minister będzie tu mówił o możliwości ograniczenia obowiązku dokumentacji, czyli o zdjęciu części obowiązków albo uproszczeniu dokumentacji. W mojej ocenie, to wszystko zasada się nie na uproszczeniu dokumentacji, tylko na programach internetowych. Państwo wydajecie tak dużo zarządzeń i rozporządzeń (ministerstwo, następnie Narodowy Fundusz Zdrowia), że firmy nie są przygotowane do tego, żeby to szybko przystosować. Oczywiście, każda duża firma ma podpisaną umowę z firmą informatyczną, która ma obowiązek dostosować, ale nawet oni nie mają takich mocy przerobowych, żeby to szybko zrobić.

Programy są mało przyjazne. Wszyscy świadczeniodawcy raczej chcieliby, żeby te programy były jednolite, aby była możliwość przekazywania informacji z jednego ośrodka do drugiego, aby pomiędzy szpitalem, AOS i POZ była przekazywana informacja elektroniczna, ale większość – po prostu – funkcjonuje na bazie bardzo różnych programów, więc często nie jest to możliwe i powoduje bardzo duże zatory.

Uważam, że przede wszystkim oczekiwano od ministerstwa, aby właśnie w tym kierunku poczyniło pewne działania a nie mówiło, że okrawa dokumentację medyczną, potem przy dokumentacji typu DiLO zamiast dwóch powstały cztery strony. Czyli, jak to właściwie było ograniczone? Trudno powiedzieć, czy to jest ograniczenie, czy rozszerzenie. Natomiast, jak mówiłam, diabeł tkwi nie w liczbie dokumentacji a w programach, które są nieprzyjazne i, naprawdę, nie nadążają za wszystkimi zmianami, które są przez państwa fundowane.

Odnosnie do tych rozporządzeń – gdyby państwo raz poszli do szpitala (albo nawet do AOS) i zobaczyli, ile pojawia się zarządzeń a do tego potrzeba jest osoba, która by to wszystko śledziła... chyba każdy szpital mógłby być oskarżony, że gdzieś czegoś nie dopilnował, że czegoś nie zrobił, bo przecież nie jest możliwe, żeby nad tym wszystkim zapanować.

Pan tak naprawdę nie przekazuje nam informacji o tym, w jaki sposób te systemy informatyczne mają działać w całym kraju. To, że jest e-recepta to fajnie, ale to wszystko jest uzależnione właśnie od systemów informatycznych. Natomiast nic nie mówi się o pieniądzach. Jestem ciekawa, jeżeli państwo uruchomią w końcu tę dodatkową funkcję, jak asystent lekarza, w jaki sposób to się sfinansuje, w jakiej grupie się znajdzie, skąd będą pieniądze, bo jeżeli powstaje jakakolwiek ustawa, to wszędzie na końcu jest napisane, że to jest bezkosztowe.

Pani też mówiła poprzednio, że jest potrzebny pracownik, żeby sprawozdawać pewne rzeczy, ale – w związku z tym – nie idą za tym żadne pieniądze. Samo oprzyrządowanie komputerowe właściwie wszystkie firmy już mają. To nie jest taki problem, bo większość firm właściwie posiada sprzęt komputerowy, ale diabeł tkwi w systemach informatycznych a nie w sprzęcie komputerowym, który zresztą też się zużywa i też trzeba go wymieniać i na to też są potrzebne pieniądze. Administracji jest naprawdę wiele...

O tym asystencie lekarza mówi się już od bardzo dawna. Nie wiem, czy to ma być na pograniczu sekretarki medycznej, czy to ta sekretarka będzie tym asystentem, ale najistotniejszy w tym wszystkim będzie zakres upoważnienia dla takiego pracownika, bo on w pewnym sensie będzie współodpowiedzialny za tę dokumentację medyczną. To nie jest tak łatwe i proste, że on będzie wypisywał. Oczywiście, że lekarz będzie podpisywał, ale co to za interes, jeśli trzeba będzie wszystko *apiać* czytać, żeby podpisać, bo przecież, jeśli podpisuje się wiarygodnie, to trzeba przeczytać to, co się podpisało. Czyli, w rezultacie, trzeba... jakie ograniczenie? Tyle, że się nie klepie, ale się czyta.

Na pewno wszyscy czekają na to, jakie będą zasady funkcjonowania, bo na pewno jest to bardzo dobry pomysł, tylko o tym mówi się już od dwóch lat – i on raczkuje. Może by przyspieszyć pewne rzeczy, które by faktycznie odciążyły personel medyczny, bo czasu dla pacjenta, tak naprawdę, nie ma.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Pani poseł Chylicka – pani profesor, bardzo proszę.

Poseł Alicja Chylicka (PO-KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, powiem szczerze, że bardzo się ucieszyłam, że będziemy dzisiaj dyskutować nad redukcją dokumentacji medycznej a tymczasem słyszę, że to nie będzie żadna redukcja. Mało tego, nie będzie od zaraz, tylko za naście lat.

Panie ministrze, pytanie moje jest następujące: czy pan wie (jeśli pan tego nie wie w tej chwili, to proszę o odpowiedź na piśmie), ilu lekarzy w przyszłym roku może przejść na emeryturę i ilu, w wieku emerytalnym, pracuje w tej chwili w systemie polskiej ochrony zdrowia? To samo pytanie dotyczy pielęgniarek, bo z danych, które ja zgrubnie posiadam, jest to ogromna liczba, która spowoduje totalną zapaść w ochronie zdrowia a konkretnie zamykanie poszczególnych oddziałów i to, na co pacjenci teraz bardzo się skarżą, że lekarz nie ma czasu, bo rzeczywiście, biurokracja zajmuje bardzo dużą część pracy lekarzy.

Można by coś... Ja myślałam, że pan to dzisiaj powie, że pan takie nowe zapisy... Tak jak zresztą powiedziała pani przewodnicząca Małecka-Libera, my już wcześniej wałkowaliśmy to, co pan powiedział. Myślałam, że pan powie coś nowego, co zostanie zrobione od zaraz, czyli, że lekarz będzie mógł poświęcić się pacjentowi. A w przypadku, kiedy rzeczywiście jest nas coraz mniej, będzie to jak zbawienie, bo za chwilę pacjent w ogóle...

W tej chwili bardzo często chorzy dostają do domu papier, że zabieg jest odsunięty, że termin przyjęcia do poradni specjalistycznej jest przesunięty itd. Z czego to się bierze? Ze szczupłego zasobu personelu medycznego. I tu żadne kamasje, za przeproszeniem – nic nie pomogą, bo lekarz, który jest zmęczony, przepracowany i wypalony zawodowo – to samo dotyczy zespołu pielęgniarskiego – nie jest w stanie dobrze pracować.

O informatyzacji mówimy nawet więcej niż od dwóch lat – od wielu, wielu lat – tylko że sam system informatyczny (tak jak tu mówiła moja koleżanka), który w Polsce nie jest w całości spójny, w ramach którego nie można ze wszystkimi się dogadać, nawet na terenie jednego miasta, który jest jakby sam sobie... My od dawna pracujemy w systemie czysto informatycznym i co z tego, skoro i tak wszystko jest drukowane, gdy leżą sterty historii chorób, gdy muszę złożyć trzysta podpisów, bo gdy moje dziecko np. jedzie karetką na naświetlania (tam i z powrotem) to ja muszę podpisać (i tam, i z powrotem) i nie tylko ja, bo podpisuje się lekarz i jeszcze pielęgniarka, która wsadzi to dziecko... to jest do obłędu posunięta biurokracja – ja to mówię z punktu widzenia praktycznego.

To są rozporządzenia Ministra Zdrowia i zapisy ustawowe – czyli, tego nie da się obejść.

Ja myślałam, że pan dzisiaj powie, że stworzycie błyskawicznie ustawę (a potraficie to zrobić), która naprawdę zdejmie obowiązki z nas – lekarzy, pielęgniarek, tak, aby uratować jeszcze część oddziałów. Sam pan to wie.

Chciałabym więc zapytać, ile do tej pory i gdzie zamknęło się oddziałów?

My taką listę posiadamy, jest ich dużo i będzie coraz więcej – i to z niczyjej złej woli, tylko – jeśli nie ma personelu to kto ma leczyć. Nawet, jeśli potem pan przesunie jakiegokolwiek środki, to kto będzie konsumował te środki. Nie będzie jak ich...

To w ogóle jest chore, że w tej chwili szpitale między sobą walczą na finanse, czyli, kto gdzie wyszarpię więcej pieniędzy to wyszarpię lekarza i wyszarpię pielęgniarkę.

Czy naprawdę tak ma wyglądać ochrona zdrowia?

Panie ministrze (a pan jest jeszcze z informatyki bardzo mocny), niech pan coś zrobi – i zrobi szybko, nie za kilkanaście lat, czy za kilkanaście miesięcy. To jest do niczego, naprawdę, bo w międzyczasie panu tyle się rozłoży... a, jeśli raz coś się zamknie to otworzyć to potem jest bardzo trudno.

Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Pani poseł Hrynkiewicz – pani profesor, proszę bardzo.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Bardzo dziękuję.

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, podejmujemy temat bardzo ważny z wielu powodów.

Wypowiadali się tutaj świadczeniodawcy a ja jestem świadczeniobiorcą. Jako świadczeniobiorca bardzo chętnie nie chodziłabym z całą teczką różnej dokumentacji, którą przynoszę do każdego lekarza.

Jeśli potrzebuję konsultacji to nie mogę jej odbyć w ten sposób, że wyślę elektronicznie dokumenty do lekarza w innym mieście i on przygotuje się do tej konsultacji. Muszę pewne badania robić. Mam liczne przykłady – badania w maju, konsultacja 30 września. Dlaczego ona jest 30 września? Dlatego, że lekarz, który pracuje, jest samodzielnym przedsiębiorcą w tym szpitalu i jako samodzielny przedsiębiorca wyznacza sobie zakres, czas pracy i to, kiedy będzie konsultował. A co warta jest konsultacja po pół roku od przeprowadzonego badania, to państwo wiedzą lepiej ode mnie, nie będę już tutaj o tym mówiła.

Bardzo ważną sprawą jest system informacyjny ochrony zdrowia.

Tym systemem informacyjnym interesowaliśmy się przez 8 lat. Muszę powiedzieć, że ten system informacyjny, który chyba powstał jeszcze w czasach śp. prof. Religi, do tej pory nie może sobie z tym poradzić. To jest najistotniejsze w tym systemie, żeby przejść do takiego stanu, kiedy pacjent będzie miał wszystkie badania, wszystkie procedury, które były wobec niego zastosowane, na jednej karcie i lekarz, który go leczy, nie będzie miał stosu papierów, tylko na podstawie numeru tego pacjenta otworzy komputer i sprawdzi, w którym punkcie jesteście. Ja myślę, że to może istotnie tę biurokrację ograniczyć, bo wtedy wszyscy nie będą musieli pisać, robić kopii, podpisywać, tylko wszystko będzie w odpowiednim miejscu.

Co więcej, taki system da nam możliwość kontrolowania jakości leczenia (bo z tym też nie jest najlepiej) i pewnych spraw, które łatwiej będzie wyjaśnić wtedy, kiedy one trafiają do różnych grup, rzeczników i różnych instytucji, które sprawdzają. To jest dzisiaj bardzo ważne i te drobne kroki, które wykonało ministerstwo w ostatnich trzech latach, są już istotne, jakoś to się posuwa.

Chciałabym więc zapytać, panie ministrze, kiedy ja, jako świadczeniobiorca i pewnie z biegiem lat coraz częściej frekwentowany w różnych placówkach ochrony zdrowia, zapomnę o tych wszystkich papierach, zdjęciach, płytkach, zwojach zdjęć, które przynoszę i, po prostu, będę mogła być zawiadomiona telefonicznie, że tego dnia, o tej godzinie czeka na mnie lekarz, pielęgniarka czy ktoś, kto będzie udzielał takiej konsultacji, porady czy ustawiał leczenie.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Zanim oddam głos następnej osobie, tytułem uzupełnienia czy wyjaśnienia – to już po ministrze Relidze, z tego, co pamiętam, platforma P1, CSIOZ. To było realizowane za byłego ministra, szefa CSIOZ, Sikorskiego, a właściwie niezrealizowane, bo wydano dużo pieniędzy a *de facto* cały czas mamy z tym problem.

Bardzo proszę.

Wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Justyna Marynowska:

Dziękuję, panie przewodniczący.

Panie ministrze, szanowni państwo – Justyna Marynowska, wiceprezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych.

Mam jedną kwestię, ponieważ my jako diagnostyka laboratoryjna pracujemy w systemach już od dawna, wymieniamy się pomiędzy sobą i podmiotami związanymi umową wszelkimi danymi. U nas nie ma żadnego problemu z biurokracją, bo jesteśmy w stanie już od wielu lat te dane wzajemnie sobie przekazywać pomiędzy różnymi świadczeniodawcami, żeby pacjent nie musiał chodzić pomiędzy podmiotami, z którymi mamy podpisane umowy.

Sama reprezentuję taki podmiot, który ma pięć lokalizacji i pacjent nie nosi nic, bo nie musi. Każdy lekarz widzi dokładnie to samo, oczywiście – to, co wprowadzi do systemu, to już inna rzecz.

Natomiast bardzo się cieszę – i dziękuję pani poseł. Nawiązując do jej wypowiedzi, chciałabym zwrócić uwagę na jakość leczenia i dokument, który będzie się z tym wiązał jako implementowany do dokumentacji medycznej, a mianowicie – sprawozdanie z badania laboratoryjnego.

Państwo nie zdają sobie sprawy z tego, że skierowanie, które idzie za pacjentem to jedno, ale to, co wraca do państwa, to drugie. To jest w ogóle niedopuszczalne, żeby na wyniku badania laboratoryjnego, które wraca do lekarza, było imię, nazwisko – i prawo wykonywania zawodu. Pytanie: czyje i po co?

W przypadku chorób rzadkich lub w mocnych stanach patologicznych państwo bazują na kompetencjach osoby, która takie badanie wykonuje. Ja bardzo proszę, żeby ministerstwo zwróciło się również do nas, bo z chęcią ten temat podjęlibyśmy. Wielokrotnie zgłaszaliśmy się do państwa z różnymi prośbami i pismami, żeby wspólnie spróbować uregulować tę kwestię odnośnie do dokumentacji medycznej, bo odnośnie do pozostałych to u nas to działa, i to od wielu lat, ale nie dlatego że to są prace ministerstwa, tylko dlatego, że – po prostu – wymusił to rynek i rozwój technologii. My, w najnowszych technologiach pracujemy już od dłuższego czasu i mamy duże doświadczenie w tym zakresie. Natomiast państwo muszą wiedzieć...

To samo, jeśli chodzi o powtarzanie badań non stop. Pacjent idzie rano do POZ, ma wykonać komplet badań. Następnie zgłasza się do SOR, albo NPL, wieczorem, bo mu się pogarsza i drugi raz ma wykonany ten sam komplet badań lub badań tożsamyh. Są parametry, które się zmieniają, ale są takie, które przez kilka godzin nie ulegną zmianie. Tak naprawdę, jest to brak nadzoru i kontroli nad tymi badaniami i nad dublowaniem środków finansowych, zupełnie niepotrzebnie.

Na to chciałabym zwrócić uwagę, i również na to, że wpięcie do platformy i sprawozdawanie badań, sczytywanie także sprawozdawczości po kodyfikacji ICD, nie tylko procedur medycznych, ale i badań laboratoryjnych, da państwu dużą informację odnośnie do kosztów i dopiero wtedy, kiedy będą odpowiednie rejestry, będzie możliwość wymiany tych informacji pomiędzy lekarzami, pomiędzy państwem. Wtedy pacjent nie musi wszystkiego nosić. Jeżeli pacjent trafia z jednego szpitala do drugiego, lub jest przenoszony z oddziału na oddział, to każdy ma wgląd w to, co się działo i jest możliwość lepszej i szybszej diagnozy tego pacjenta bez duplikowania i straty czasu na niepotrzebne dokumenty.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie.

Czy są jeszcze inne zgłoszenia?

Nie widzę zgłoszeń.

Proszę bardzo, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:

Bardzo państwu dziękuję.

Rzeczywiście – możliwe, że niewystarczająco wyczerpująco poinformowałem o tym, co robimy.

Na początek chciałbym sprostować jedną kwestię, bo dzisiaj to wielokrotnie się powtarzało, szczególnie w wypowiedzi pani prof. Chywickiej – kiedy my coś przedstawimy...

Szanowna pani profesor, tak jak mówiłem, 60% tego, o czym powiedziałem, to nie są... to znaczy, bardzo dobrze, że państwu się wydaje, że nam już tyle udało się zrobić, ale, niestety, jeszcze – nie. To są projekty zmian, które są na etapie prac rządowych.

Mam nadzieję, że życzenie pani profesor właśnie się spełni i ten projekt trafi do Komisji w bardzo niedługim czasie i będzie mógł być przedmiotem jej prac. Dokładnie te kwestie: asystenci medyczni, uproszczenia w refundacji, dokończenie likwidacji pieczętek.

Szanowni państwo, my usuwamy... oczywiście, mówi się „błaha sprawa”, ale nie da się informatyzować, jeżeli w obowiązującym przepisie jest wymóg pieczętki. Taki wymóg, po prostu...

Posel Alicja Chywicka (PO-KO):

To przepisy trzeba zmienić.

Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:

Pani profesor, właśnie dlatego realizujemy zmianę dwóch ustaw i pięćdziesięciu dwóch rozporządzeń, właśnie teraz to się dzieje.

Zleciłem w połowie tego półrocza przegląd wszystkich aktów prawnych pod kątem obowiązku stosowania pieczętki i wyeliminujemy wszystkie pieczętki z rozporządzeń Ministra Zdrowia do końca tego roku. Narzucimy też prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązek usunięcia pieczętek ze wszystkich aktów, które publikuje prezes NFZ – wszystkich zarządzeń itd., a jeżeli prezesowi nie udałoby się tego zrobić, to – z mocy ustawy – takiego obowiązku nie będzie.

Czyli, to jest ustawa, pani profesor, która jest teraz w komisji prawniczej. Z tymi przepisami, o których teraz mówię, przyjął ją Stały Komitet Rady Ministrów. Wydaje się więc, że jest pełna wola rządu, żeby w takim kształcie ten projekt przekazać do parlamentu.

Z państwa strony pojawiały się wątpliwości, jak będą działać ci asystenci, że tego nie wiadomo – szanowni państwo, to jest dokładnie opisane właśnie w tym projekcie.

Na szczęście, mogę rozwiać wątpliwości pani poseł Gelert, że trzeba będzie pewne rzeczy dwukrotnie czytać, rozpatrywać przed podpisaniem, ponieważ – tak jak mówiłem – lekarz nie będzie podpisywał tego dokumentu, tylko będzie mógł do tego upoważnić asystenta.

Już dzisiaj, jeżeli ktoś z państwa chce, żeby asystent przygotował państwu dokumenty, może to zrobić, tego nie regulujemy w żadnych przepisach. My dajemy możliwość asystentowi, na podstawie dokumentacji, którą i tak lekarz musi przygotować. To się nie zmienia, tak było i, w naszej ocenie, jeszcze przez jakiś czas być powinno... Jeżeli państwo w dokumentacji zaznaczają jako lekarze, że pacjentowi przysługuje takie a takie skierowanie, taka a taka recepta i taka a taka niezdolność do pracy, to na podstawie tej dokumentacji asystent, bez angażowania państwa, na podstawie własnego podpisu, na podstawie rejestru, który my prowadzimy, z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu z ZUS-u, który chcemy udostępnić wszystkim pracownikom, którzy funkcjonują w systemie ochrony zdrowia – czyli, nie ma konieczności płacenia za żadne dodatkowe certyfikaty... Takie upoważnienie będzie mogło być podpisane. To właśnie jest częścią tego przedłożenia rządowego, które – mam nadzieję – niedługo trafi do parlamentu.

Pan prezes Kozakiewicz wskazywał, że jeżeli lekarz zaniedbuje dokumentację to naraża się na konsekwencje. Niewątpliwie jest to prawdą, natomiast warto też przeanalizować, ile jest takich przypadków. My rozmawialiśmy na ten temat wielokrotnie, panie prezesie, przy okazji zmian przepisów dotyczących odpowiedzialności lekarzy.

Szanowni państwo, każdego roku w samym systemie publicznym udziela się setek milionów świadczeń medycznych, natomiast sytuacje, w których – za prowadzenie

dokumentacji czy jakiegokolwiek inne kwestie – są nakładane kary, bardziej liczy się w setkach w skali całego kraju.

Wobec powyższego – oczywiście, należy wszystkie obowiązki realizować, natomiast – w naszej ocenie – trudno powiedzieć, że dodatkowym źródłem dochodów NFZ, oprócz składki, jest właśnie nakładanie tego rodzaju kar.

Pan prezes też wskazuje, że skoro lekarzowi jest potrzebny asystent, to znaczy, że lekarz pracuje za 2-3 osoby.

Otóż, szanowni państwo, to jest spotykane w bardzo wielu innych dziedzinach życia, że osoby, których pracę szczególnie cenimy (a tak można powiedzieć o całym personelu medycznym) mają wsparcie tzw. personelu pomocniczego. W tym przypadku, jest to asystent.

To, że my jako rząd – jak pan prezes sam zauważył – podnieśliśmy wynagrodzenia i doprowadziliśmy do tego, że praca lekarzy, nawet w najbardziej bezwzględny przeliczeniu na złotówki za godzinę, jest wysoko wyceniona, jest zupełnie normalnym i racjonalnym gospodarczym działaniem. Jak i to, że w takiej sytuacji proponujemy rozwiązania, w których pewne czynności może zrealizować osoba, która posiada troszkę mniejsze kwalifikacje, jest na początku swojej drogi zawodowej i jest naturalne, że jeszcze pewnych rzeczy, nawet w trakcie pracy asystenta, może się nauczyć. Czyli ta teza, że jeżeli potrzebny jest asystent, to znaczy, że ktoś pracuje za 2-3 osoby, wydaje się...

Panie prezesie, jak powiedziałem, ja z tą tezą się nie zgadzam. Wydaje mi się, że udało mi się powiedzieć, nawet dość dokładnie, dlaczego.

Kolejna kwestia, którą tutaj zgłaszała pani Joanna z „Porozumienia Zielonogórskiego”, a także pani poseł Gelert: codzienne raportowanie kolejek. Otóż, szanowni państwo, Narodowemu Funduszowi Zdrowia te informacje właściwie w ogóle nie są potrzebne. Czy wiedzą państwo, komu one są potrzebne? One są potrzebne pacjentom. Najpopularniejszą stroną Narodowego Funduszu Zdrowia jest strona *terminyleczenia.nfz.gov.pl*, na której każdy pacjent może sprawdzić, kiedy jest najbliższy wolny termin.

My, szanowni państwo, wprowadziliśmy tę zmianę na podstawie postulatów środowisk pacjenckich, które wskazywały nam, że wielokrotnie dane na tych stronach nie są aktualne. Tak więc, proszę państwa, to naprawdę nie jest informacja, której my potrzebujemy jako ministerstwo czy jako fundusz, że chcemy państwa kontrolować. Nie, proszę państwa. To są informacje, których potrzebują pacjenci.

Prawdę mówiąc, w mojej ocenie, jest tak, że to jest zupełnie podstawowa informacja, której bym oczekiwał w placówce medycznej. Czyli, przychodzę do takiej placówki i pytam, na kiedy mogę umówić wizytę. To, proszę państwa, jest zupełnie fundamentalna informacja.

Mam nadzieję, że państwo rozumieją, że nie jest naszą intencją narzucanie państwu obowiązku w zakresie, który nikomu nie jest potrzebny, ma państwa kontrolować, ma w jakiś sposób uprzykrzać życie. Nie, to jest postulat pacjentów...

Poseł Elżbieta Gelert (PO-KO):

A gdzie są pieniądze na te postulaty?

Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:

Pani poseł, myślę, że – przede wszystkim – w planie finansowym NFZ, który od czasów końca rządów Platformy Obywatelskiej zwiększył się o 25 mld zł. Myślę, że tam najlepiej tych pieniędzy poszukać, one właśnie stamtąd do państwa placówek trafiają.

Jeżeli zaś chodzi o systemy informatyczne, szanowni państwo, to ja absolutnie się zgadzam, że to jest rynek, na którym było wiele rzeczy, które realnie, można powiedzieć, utrudniały pracę lekarzom. Dlatego, w zeszłym roku, wprowadziliśmy obowiązek publikowania przez ministra minimalnych wymagań wobec systemów informatycznych.

Przecież państwo też realizują zamówienia publiczne. Jeżeli ktoś prowadzi małą praktykę to trudno oczekiwać, że taka osoba będzie sama posiadała bardzo dokładną, profesjonalną wiedzę na temat tego, jaki system wybrać. Dlatego my każdemu podmiotowi, w formie zaleceń publikowanych oficjalnie w Biuletynie Informacji Publicznej, pokazujemy, jakie są nasze minimalne oczekiwania wobec świadczeniodawców i jakie oczekiwania powinni mieć świadczeniodawcy wobec swoich dostawców.

Oprócz tego, po raz pierwszy w historii systemu ochrony zdrowia zostały, przez Narodowy Fundusz Zdrowia, przekazane środki właśnie na zakup systemów, komputerów i innych elementów niezbędnych do przyspieszenia informatyzacji.

Szanowni państwo, oczywiście, można powiedzieć, że te potrzeby są większe, ale – z drugiej strony – warto zauważyć, że po raz pierwszy te potrzeby są przez ministerstwo zauważane i są zapewniane konkretne środki na realizację tych zadań.

Jeżeli chodzi o kartę DiLO to myślę, że warto sobie przypomnieć, kto tę kartę wprowadzał i do niego skierować te pytania... Została zmodernizowana zgodnie z zaleceniami raportu NIK. Podobnie, jak pytanie na temat tego, ilu lekarzy może przejść na emeryturę i ile jest zamkniętych oddziałów. Osoba, która te pytania zadała, sama powiedziała, że zna odpowiedzi na nie, ale oczywiście my też chętnie po raz wtóry je prześlemy.

Jeżeli chodzi o kwestie, które poruszała pani prof. Hryniewicz, to właśnie jest element tych działań, które podejmujemy. Pani profesor pytała, dlaczego trzeba nosić ze sobą badania. Pojawiło się to również w głosie pani reprezentującej izbę diagnostów laboratoryjnych.

Szanowni państwo, dokładnie temu ma służyć ten system. Warto też spojrzeć na to, co jest punktem wyjścia.

Otóż, proszę państwa, jeżeli ktoś z państwa przejrzy uchwaloną w 2011 r. ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia (która weszła w życie od 2012 r.) pod kątem tego, jakie informacje zawiera informacja o zdarzeniu medycznym, które – zgodnie z obowiązującym prawem – prowadzący podmioty lecznicze powinni przekazywać codziennie, w czasie rzeczywistym, do podmiotów leczniczych to, naprawdę, by się państwu włos na głowie zjeżył, jaki jest zakres biurokracji.

Szanowni państwo, ustawa uchwalona w 2011 r. przewidywała, że podanie – dosłownie – każdego kolejnego leku pacjentowi powinno być, w momencie zaistnienia tego zdarzenia, zaraportowane do systemu, który wtedy nie istniał, proszę państwa. Taka jest rzeczywistość, którą zastaliśmy a którą teraz zmieniamy, istotnie racjonalizując i fundamentalnie ograniczając zakres informacji, które będą przekazywane jako zdarzenia medyczne.

To też jest w tym projekcie, którego – jak tutaj widzę – państwo oczekują.

Bardzo się cieszę, że tak to wygląda.

Jeżeli chodzi o jakość leczenia, pani profesor, to jest bardzo dobre pytanie. Z badań przeprowadzonych przez CBOS wynika, że Polacy chcą mieć możliwość wyrażania opinii na temat jakości leczenia. To jest, proszę państwa, jedna z funkcjonalności, które zostaną wprowadzone do Internetowego Konta Pacjenta, które będzie zawierało taki moduł. On już funkcjonuje w odniesieniu do badań profilaktycznych. Na podstawie tego, będzie można zadać pytanie świadczeniobiorcom (to jest straszne słowo, ja go bardzo nie lubię, właściwie należałoby mówić „pacjentom”), jak oni oceniają świadczenie udzielone im ze środków publicznych.

To będzie prosty system, oparty na podstawie międzynarodowych standardów, jeśli chodzi o ewaluację, ale dostarczy nam informacji, których do tej pory nie mieliśmy. Wtedy, oczywiście, nie będzie trzeba nosić ze sobą tych dokumentów, ponieważ w ramach prac, które prowadzimy, w ramach zdarzeń medycznych, bardzo istotna ich część będzie powiązana właśnie z indeksami elektronicznej dokumentacji medycznej. Tak, że odnośnie do podwójnie czy potrójnie realizowanych badań (co pani wskazywała) – my te informacje będziemy mieli w systemie. Będą raportowane zdarzenia medyczne i do tego, jeżeli będzie wytworzona dokumentacja np. w postaci badań, one też tam trafią.

Tylko, szanowni państwo, ja od razu mówię, że jestem absolutnie przekonany, iż wtedy, kiedy będziemy to wdrażali to wtedy wiele osób będzie zgłaszało, że po co one mają raportować informacje o zdarzeniach, po co mają informować o dokumentacji, skoro to jest właśnie ten dodatkowy obowiązek sprawozdawczy. Zatem tutaj zawsze jest ten wybór, żeby jakieś informacje były w systemie, to najpierw ktoś musi je do niego wprowadzić. Warto tu powiedzieć, że już dzisiaj lekarz może z naszej platformy uzyskać dostęp do tych danych, które w niej są, czyli informacji o wystawionych e-receptach,

zrealizowanych receptach elektronicznych i papierowych a tam, gdzie na razie w ograniczonym zakresie jest prowadzony pilotaż, także informacje o e-skierowaniach.

To, proszę państwa, będzie systematycznie poszerzane.

Jeżeli chodzi o pytanie, kiedy będą powiadomienia z Narodowego Funduszu Zdrowia to my zobowiązaliśmy fundusz, żeby tam, gdzie są wprowadzane tzw. kolejki centralne, czyli przez centralę NFZ, takie powiadomienia w dowolnej formie (telefonicznie, przez SMS czy ustnie) były do pacjentów kierowane, ponieważ oprócz tego, że to jest wygodne, to też jest bardzo dobre z punktu widzenia systemu, ponieważ pacjenci bardzo często nie pojawiają się na umówione wcześniej zabiegi czy badania. Wtedy, informując o czymś takim, dajemy pacjentowi szansę na powiedzenie, że nie będzie mógł być obecny i, w związku z powyższym, poinformowanie też świadczeniodawcy, że tam zwolni się miejsce...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, panie ministrze – bardzo was proszę, proszę koleżanki i kolegów, o zaprzestanie rozmów, bo straszny szum zaczął się robić.

Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:

Na szczęście, właściwie już skończyłem.

Mam nadzieję, że udało mi się na te kluczowe pytania odpowiedzieć.

Oczywiście, za zaproszenie do współpracy, jak rozumiem, skierowane zarówno przez pana prezesa Kozakiewicza, w ramach zespołu z Rzecznikiem Praw Pacjenta, jak i przez panią Justynę reprezentującą KIDL, dziękuję.

Bardzo chętnie na ten temat porozmawiamy.

Ta pierwsza kwestia, którą pani poruszyła, jest bardzo techniczna, ale ona właśnie pokazuje, że jak się zmienia system, to wiele rzeczy, które do tej pory nam umykało, staje się istotnych. Tak więc, bardzo chętnie takie prace też podejmiemy.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo, jeszcze pan prezes chciałby zabrać głos.

Wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz:

Panie ministrze, bardzo gratuluję panu pasji, jaką pan otacza elektroniczną dokumentację medyczną i nadziei, jaką pan pokłada w elektronicznej dokumentacji medycznej. Ja mam za sobą troszkę rozmów z tymi, którzy tę elektroniczną dokumentację wdrażali w innych krajach – sprawy nie potoczyły się tak prosto, jak by wydawało się na początku.

Jednak, panie ministrze, larum grają.

Prosiłbym więc pana przewodniczącego Komisji, aby w imieniu Komisji zobowiązał pana ministra (jeżeli to jest możliwe) do przedstawienia zamierzeń resortu w lipcu, sierpniu, wrześniu i październiku, w zakresie ograniczenia dokumentacji a nie – zmiany sposobu jej przetwarzania.

Mnożenie świadczeń przy zaniżaniu ich kosztów wszystkim wychodzi bokiem. Rozpoczęło się to z wprowadzaniem systemu JGP, kiedy wzrosła raptownie liczba hospitalizacji. To droga donikąd, panie ministrze. Odpowiadanie potrzebom społecznym, że wszystkim wszystko się należy o każdej porze, nie doprowadzi nas do dobrego końca. Dlatego to, że ludzie odwiedzają stronę z informacją, gdzie można szybko dostać się do specjalisty, nie jest drogą do dobrego celu.

Kolejki w medycynie były, są i będą. Żaden kraj nie pozwoli sobie na to, żeby nie było kolejek, bo pan wie, że jeżeli nie będzie kolejek to będzie politerapia, polipragmazja, mnożenie świadczeń. Edukacja zdrowotna to jest zadanie nr 1 dla polskiego społeczeństwa, żebyśmy wyeliminowali wszechobecne reklamy. Polacy wydają 2% PKB na wydatki prywatne – na co wydają, panie ministrze? Czy resort wie, na co Polacy wydają pieniądze? Rynek tzw. uzdrowiaczy szacowany jest na kilkanaście miliardów. Czy stać jest Polaków, żeby na to wydawać pieniądze?

Ja mam informacje, panie ministrze, że pacjenci przychodzą do aptek i...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, panie prezesie, ale już trochę odchodzimy od tematu.

Wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz:

Nie, zadaję pytanie: co w lipcu, co w sierpniu i co we wrześniu? Jakie dokumenty zostaną zlikwidowane?

Pozwoli pan jeszcze na wątek osobisty, panie ministrze, bo pan powiedział, że ja teoretyzuję mówiąc o konsekwencjach służbowych.

Ja jutro panu wyślę list, który otrzymałem od dyrektora szpitala – po 35 latach kariery zawodowej i po wielu latach bycia ordynatorem, że jestem szkodnikiem finansowym szpitala, dlatego, że przyjmuję pacjentów po zakończeniu limitu. Ja to panu prześlę. To nie znaczy, że ta kara jest mniej bolesna niż 200 zł.

Pan wie, co to znaczy otrzymanie takiego listu od dyrektora szpitala po 30 latach pracy zawodowej?

Dlatego nie możemy bazować tylko na liczbie kar dyscyplinarnych. Nie możemy straszyć lekarzy, dlatego że pan wie, i wszyscy tu wiedzą, że idzie medycyna asekuracyjna, defensywna. To młodzi lekarze już robią – oni tego nie mówią, oni się do tego nie przyznają. Oni są poddawani takiej presji administracyjnej i prawnej, że wolą się wycofać na bezpieczne przestrzenie a przecież odwaga jest potrzebna, bo średnia długość życia Polaków wzrasta, wzrasta liczba schorzeń wielonarządowych i dlatego musi być jakaś przestrzeń ryzyka.

Medycyna defensywna i brak edukacji zdrowotnej – w moim przekonaniu, panie ministrze – to największe zagrożenie polskiej ochrony zdrowia. Jeżeli nie postawimy na prawidłową edukację zdrowotną to żadne zmiany, przetwarzanie papieru na elektroniczne dokumenty, nic nie pomoże.

Jeszcze jedno zdanie na koniec.

Ja, panie ministrze, jestem użytkownikiem tych systemów. Ja dobrze wiem (jedna z pań to powiedziała), że systemy są niekompatybilne. Wzrasta liczba komputerów jako edytorów tekstu, jako maszyny do pisania, natomiast my nie korespondujemy i nie potrafimy korespondować pomiędzy sobą. Jeżeli nawet zmuszą państwo do zakupu nowego sprzętu to pytam, gdzie będą kadry informatyczne. Dzisiaj w szpitalach jest 1-2 informatyków – i co zrobić, gdy zwiesi się system. Ja wchodzę do dyżurki a lekarz mówi: *zawiesił się system. Czy zadzwoniłeś po informatyka? Dzisiaj nie ma w szpitalu informatyka.* Tak wygląda rzeczywistość.

Dlatego – jeszcze raz, panie przewodniczący – w imieniu polskiego samorządu lekarskiego proszę, aby pan minister pokazał nam, co będzie zrobione w lipcu, w sierpniu, we wrześniu, w sytuacji niezwykle kryzysowej, bo zaczyna się okres urlopowy – jaka dokumentacja wypadnie z systemu?

Mógłbym przez godzinę cytować, ile tych sprawozdań jest.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Panie prezesie (zanim oddam głos panu ministrowi), myślę, że troszkę odszedł pan od tematu i tę tematykę...

Zaraz dam pani głos, pani profesor.

Myślę też, że cała sprawa wymaga pewnego komentarza z mojej strony.

Otóż, szanowni państwo, panie prezesie, po pierwsze, oczywiście pamiętajmy o zaniedbaniach związanych z wydaniem kilkuset milionów złotych mniej więcej dziesięć lat temu, kiedy tworzono platformę P1 i przy okazji kilka innych rzeczy, w sposób znakomity, powiedziałbym z pewnym przekąsem, zmarnowano tę szansę, która wtedy przed nami była. To, że systemy są niekompatybilne, jednak jest związane właśnie z tymi błędnymi decyzjami, które wtedy podjęto.

Na dobrą sprawę, następcy musieli podejmować decyzję: albo mówimy, że to wszystko jest nic niewarte i oddajemy Unii 500 mln zł, albo próbujemy to naprawiać. Ten proces naprawiania i nadrabiania czasu trwa właśnie w tej chwili i to są: e-skierowania, e-recepty i kilka innych rzeczy. To jest coś, z czego wszyscy musimy sobie zdawać sprawę, bo nie o to chodzi, żeby tutaj prowadzić jakąś walkę polityczną – zwłaszcza że koleżanki

i koledzy z klubu Platformy Obywatelskiej wyszli, więc tym bardziej nie chcę tego robić. Natomiast pewne rzeczy się wydarzyły i musimy teraz wspólnie jakoś z tego wybrnąć – to jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa – oczywiście, ma pan rację, jeśli chodzi o medycynę defensywną, ale to jest kwestia związana nie tyle z tym, o czym teraz mówimy (z biurokracją, z informatyzacją...), na dobrą sprawę ta medycyna defensywna generuje coś dokładnie przeciwnego. Czyli generuje dodatkowe, niepotrzebne badania. Są publikacje (akurat ja tym się zajmuję), że w radiologii około 30% badań jest zupełnie zbędnych, niepotrzebnych. Retrospektywnie można nawet powiedzieć, że nikomu na nic te badania nie były potrzebne, ale m.in. były wykonywane na wszelki wypadek, zwłaszcza na poziomie SOR. To pierwsza sprawa.

Druga sprawa – to, oczywiście, będzie rodziło potrzebę dodatkowej dokumentacji, bo jeśli pan zna systemy, to pan doskonale wie, że nawet w Stanach (i nie tylko) jest mnóstwo dokumentacji związanej właśnie z podejściem defensywnym, pomijając to, że pierwsze pytanie do pacjenta jest takie: czy jest ubezpieczony i ewentualnie, jak jest ubezpieczony. To rzeczywiście, ma pan rację, jest wyzwaniem dla nas wszystkich, ale szczególnie dla młodego pokolenia, które w takich warunkach wchodzi...

Pojawiają się również prawnicy, którzy zaczynają się specjalizować (na razie jest to u nas marginalne) w tego typu sprawach odszkodowawczych, tak to nazwijmy. Na pewno to zjawisko będzie narastało.

Natomiast, oczywiście, oprócz systemów informatycznych, oprócz zamierzeń pana ministra, które zostały tu przedstawione, z dwiema sprawami należy się zgodzić. Jedno pan minister już zadeklarował – ja cieszę się z tej deklaracji, a mianowicie z tego, że – jak rozumiem – będzie kontakt z państwem, czy z innymi środowiskami, na temat różnych rozwiązań (pewnie od strony bardziej praktycznej) tego, co ministerstwo przygotowuje, co jest w Centrum Legislacyjnym Rządu i co jest na agendzie rządowej, tego, co jest przygotowywane przez ministra i – miejmy nadzieję – będzie przyjmowane przez rząd. Rozumiem, że takie konsultacje z państwem będą.

Natomiast, jest też sprawa druga – mianowicie, szukanie (również przy tej okazji, ale nie tylko) sposobu uproszczenia tego, co uprościć można, nie tylko w formie asystentów medycznych czy innych spraw, życie bowiem pokazuje, że z pewnych spraw można zrezygnować.

Ja państwu podam jako przykład, w jakimś sensie prześmieszny, puentujący to wszystko – to, jak mój kolega stomatolog prowadzący indywidualną praktykę lekarską przygotowuje rokroczne sprawozdanie do sanepidu i m.in. wypełnia rubryki, gdzie deklaruje, że myje ręce i sterylizuje narzędzia. Jest to kuriozalne. Można powiedzieć: po co to jest, przecież nikt nie napisze, że robi inaczej. Banalna sprawa i pewnie, tak naprawdę, na 30 sekund, ale to pokazuje, że w różnego rodzaju dokumentach (podkreślam, różnego rodzaju) jest mnóstwo rzeczy zupełnie niepotrzebnych, które ktoś kiedyś wymyślił na potrzeby sprawozdawczości, statystyki itd.

Z tym, rzeczywiście, trzeba skończyć, bo na to zwyczajnie szkoda czasu.

Jeszcze pani prof. Hrynkiewicz i pani prezes, pan minister dwa zdania – i kończymy, bo wydaje się, że wszystko zostało powiedziane.

Panie prezesie, później w kulisach, bardzo proszę... już dwa razy pan zabierał głos. Bardzo proszę, pani profesor.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Bardzo dziękuję, panie przewodniczący.

Panie ministrze, szanowni państwo, ja mam taką dedykację bardzo ważną do pana ministra. Otóż, jestem uczestnikiem pewnych działań, które prowadzi NFZ. Polegają one na tym, że NFZ zgłasza do prokuratury pewne – jego zdaniem – przestępstwa lekarzy. Prokuratura, która jest kompletnie niekompetentna w tych sprawach, zgłasza to do sądu a sąd podejmuje decyzję o tym, że będzie sędzić. W tej chwili mam sprawę w Rzeszowie, gdzie sąd przesłuchuje ponad 3 tys. świadków. Dotyczy to stomatologii.

Ja w tej sprawie zwracałam się do prezesa NFZ, który zlekceważył całą rzecz. Zwracałam się do prezesa NIK a pracownicy NIK – i to uzgodniłam z prezesem –

sfalszowali wyniki. Nie wiadomo, kogo sądzić, ponieważ te rzekome nadużycia lekarza zostały już dawno zrekompensowane przez tego lekarza. Sprawa jest od 2014 r., więc nie byłam wtedy... nie, to było przed przejęciem władzy przez Prawo i Sprawiedliwość. W związku z tym, ta sprawa się toczy – i będzie się toczyła jeszcze długo.

Ja zgłosiłam tę sprawę do Prokuratora Generalnego, Ministra Sprawiedliwości – i nagle okazało się, że jestem świadkiem w sprawie.

Bardzo bym więc pana prosiła, żeby – po prostu – minister z urzędu zarządził kontrolę tych wszystkich spraw, które z nadania NFZ są w sądach, dlatego że one nigdy nie powinny były się znaleźć w sądach. W tym przypadku lekarz postąpił zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentyści, ale niezgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ale przecież sąd nie jest tak biegły, żeby dwie ustawy jednocześnie rozpatrywać, więc rozpatruje tylko jedną, o świadczeniach. Takich spraw jest dużo.

Moim zdaniem, jest rzeczą absolutnie niedopuszczalną, żeby sprawy między płatnikiem a udzielającym świadczeń odbywały się na drodze sądowej. Do tego są po prostu specjaliści, do tego są konsultanci krajowi, do tego mogą być powoływani dodatkowo eksperci z kraju i zagranicy. To wszystko jest tańsze...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani profesor, to też już troszkę poza tematem...

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Ja wiem, ale to dotyczy także biurokratycznego traktowania świadczeniodawców przez NFZ.

W tym przypadku trzeba ten procedur sądowo-prokuratorski naprawdę ograniczyć w najwyższym stopniu. Kto może mieć zaufanie do lekarza, którego trzeba sądzić przez prokuraturę, sądy itd.?

To, po prostu, jest praktyka absolutnie niedopuszczalna.

Bardzo więc pana proszę (co więcej, jako poseł zobowiązuję pana do tego), żebyście państwo poddawali to dokładnej analizie. Jeśli chcecie, wezmę w tym udział, bo już wiele lat nad tym siedziałam i bardzo dokładnie rzecz rozpoznałam. To naprawdę nieco poprawi atmosferę między tymi dwiema stronami.

Dziękuję i przepraszam bardzo pana przewodniczącego, że troszkę „nabrałam” pana.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Bardzo proszę i, naprawdę, krótkie wypowiedzi, bo kończymy.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Elżbieta Piotrowska-Rutkowska:

Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, Naczelna Izba Aptekarska.

Ja popieram pytanie pana prezesa Kozakiewicza, rozumiem jego niepokój – jakiego rodzaju dokumentacja medyczna zostanie uproszona, dlatego, że projekt, który teraz ukazał się na stronach RCL jest dość mocno zmodyfikowany w stosunku do wersji, która była opublikowana w maju.

W pierwotnej wersji mówiło się o osobie upoważnionej do prowadzenia dokumentacji medycznej a teraz, w tym projekcie, jest mowa o osobie upoważnionej do wypisywania skierowań i recept. Czyli, mamy zdecydowanie węższy katalog. Ta osoba upoważniona jakby przejmuje część obowiązków zawodowych lekarza – oczywiście, podpisuje recepty i skierowania, ale też ma prawo do oceny zasadności ordynacji lekarskiej w zakresie liczby i rodzaju przepisywanych leków. Ta osoba upoważniona to może być pracownik, oczywiście, wykonujący zawód medyczny, ale też pracownik wykonujący czynności pomocnicze, czyli np. informatyk w szpitalu czy inna osoba...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

OK, wiemy.

Pan minister zaraz wyjaśni.

Prezes NRA Elżbieta Piotrowska-Rutkowska:

Pytanie pana prezesa Kozakiewicza jest jak najbardziej zasadne, bo ten projekt zdecydowanie mocno ewaluował, zawiera inne zapisy i może budzić niepokój.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję pani prezes.

Jedno zdanie, panie prezesie, tak się umówiliśmy.

Wiceprezes NRL Jacek Kozakiewicz:

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, na zakończenie chciałbym podziękować za umożliwienie mi zabrania głosu przez tak długi czas, ale chcę wyraźnie powiedzieć, panie przewodniczący: my nie recenzujemy pracy tego rządu

Polski samorząd jest świadomy, że konsumujemy wieloletnie zaniedbania. My wiemy, jak była prowadzona platforma P1, w jakiej sytuacji się znaleźliśmy. Wiemy też, że nadrabianie czasu jest trudniejsze niż jego marnotrawienie. I taką świadomość mamy, ale – panie ministrze – te zmiany, o które proszę, są bezkosztowe. Pieniądzy w systemie natychmiast nie przybędzie – wiemy, bo państwo ma taki stan finansowy, jaki ma, ale te działania polscy lekarze zauważyli.

To są proste działania, niewymagające nakładów finansowych i o to jeszcze raz apeluję.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję.

Na koniec pan minister.

Podsekretarz stanu w MZ Janusz Cieszyński:

Szanowni państwo, dziękuję za tę ostatnią rundę uwag.

Dziękuję też i przyjmuję to wezwanie, żebyśmy jeszcze bardziej te nasze działania zintensyfikowali. Wiele tych kwestii, które dzisiaj padły, dotyczyło rzeczy, które funkcjonowały od bardzo długiego czasu. Rzeczywiście, zmiana ich wszystkich w jednym momencie pewnie nie byłaby prosta, natomiast prowadzimy działania w stronę uproszczenia tego i będziemy się starali systematycznie kolejne tego typu zmiany prezentować.

Odnośnie do wątpliwości, którą pani prezes przedstawiła, wyjaśniałem to już przedstawicielom rady, natomiast nie jest tak, jak pani prezes wskazuje. Projekt absolutnie nie przewiduje tego, że asystent cokolwiek robi i decyduje o ordynacji na własną rękę. Jest fundamentalna zasada, która mówi, że asystent decyduje na podstawie dokumentacji, czyli – na podstawie dokumentacji, którą sporządza lekarz.

Ten projekt, rzeczywiście, wyewoluował (ma pani rację), ale w stronę pewnego ograniczenia uprawnień asystentów. Ono polegało na tym, że w pierwotnym projekcie asystent mógł, w imieniu lekarza, wypełnić całą dokumentację. Pojawiły się jednak wątpliwości dotyczące tego, jak na końcu ustalimy, jaki był rzeczywisty przebieg wizyty. Przyjeliśmy więc zasadę, że rzeczywisty przebieg wizyty zapisujemy w dokumentacji, natomiast wszystkie pochodne, czyli wystawienie dokumentu (recepty, skierowania czy zwolnienia lekarskiego) jest dokonywane na tej podstawie.

Wtedy bardzo proste jest ustalenie: wszystkie kwestie medyczne – pracownik medyczny, na podstawie tego – asystent. Jeżeli asystent popełnia błąd to można bardzo łatwo stwierdzić, że lekarz wskazał, że powinno być tak, tak i tak – i czy asystent poprawnie przeniósł to na dokument.

Dlatego chciałbym uspokoić, że takiego ryzyka, o którym pani prezes mówi, nie ma. Może właśnie te przepisy, które tutaj omawialiśmy, nie były wystarczająco precyzyjnie sformułowane.

Mam nadzieję, że podczas prac komisji prawniczej, ewentualnie, dojdzie do doprecyzowań, które sprawią, że ten tekst, który trafi do Rady Ministrów, nie będzie już budził takich wątpliwości, które pani prezes wskazywała, ponieważ taka sytuacja, o której pan prezes mówi, nie byłaby dobra i nie jest to intencją ministerstwa.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji.