



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

**Zapis stenograficzny**  
**(1703)**

100. posiedzenie  
Komisji Zdrowia  
w dniu 29 lipca 2010 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk senacki nr 942, druki sejmowe nr 3244 i 3255).

*(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 00)*

*(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

W porządku obrad mamy: rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Czy są uwagi do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń, a zatem porządek obrad uważam za przyjęty.

Chciałbym przywitać wszystkich przybyłych gości na posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. Witam zatem pana posła Norberta Rabę, który był w Sejmie sprawozdawcą rozpatrywanej ustawy, pana Wojciecha Matusewicza, prezesa AOTM, pana doktora Macieja Hamankiewicza z Naczelnej Izby Lekarskiej, pana Dariusza Dziełaka z Narodowego Funduszu Zdrowia, pana Zdzisława Bujasa z federacji związków zawodowych, panią Karolinę...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

O, właśnie, Sabarańską. I pana Krzysztofa...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

Sam brzydko piszę, więc rozumiem, że mogą być...

Witam także panią Katarzynę Blicharczyk-Ożgę z Ministerstwa Zdrowia.

Proszę państwa, proponuję, aby... Nie ma pana ministra?

*(Głos z sali: Jeszcze nie ma.)*

Jeszcze nie ma. Ale ma być ...

*(Głos z sali: Pan minister Szulc.)*

...pan minister Szulc?

To może najpierw poprosimy pana posła sprawozdawcę o wprowadzenie.

Bardzo proszę.

**Posel Norbert Raba:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Wysoka Komisjo! Panie Prezesie!

Projekt ustawy nowelizującej ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest projektem pilnym. To jest projekt poselski. Poza tym, że byłem sprawozdawcą tej ustawy w Sejmie, miałem również zaszczyt być przedstawicielem wnioskodawców.

Projekt zakłada zmiany merytoryczne, przedstawione są przede wszystkim w art. 1. Obejmuje on cztery artykuły, przy czym dwa z nich wprowadzają zmiany.

---

Art. 1 zawiera siedem zmian. Inicjatywa legislacyjna, jaka jest tam wskazana, pokazuje na potrzebę usprawnienia prac Agencji Oceny Technologii Medycznych w zakresie oceny świadczeń medycznych, które oczywiście mają być kwalifikowane bądź też niekwalifikowane jako świadczenia gwarantowane. Pozbawia się agencję kompetencji polegającej na ocenie przez nią wyłącznie warunków realizacji świadczeń gwarantowanych oraz wprowadza się zmiany w przepisach dotyczących realizacji i przygotowania rekomendacji bądź też rodzajów stanowisk rady konsultacyjnej albo rodzajów rekomendacji, które przygotowuje prezes agencji. Uznaliśmy, że dookreślanie przez agencję warunków jest daleko idące. Warunki te są już dookreślane w innych przepisach, a mianowicie w przepisach kontraktowania i w przepisach wprowadzających tak zwaną ustawę koszykową. Uznaliśmy więc, że dla sprawności pracy agencji te warunki, na przykład dookreślenie liczebności personelu medycznego, są zbędne. To usprawni w znaczny sposób pracę agencji. Niemniej jednak trzeba przyznać, że w tym przepisie nie pozbywamy agencję prawa do oceny technologii medycznych. To jest pierwsza zmiana.

Druga zmiana dotyczy rozporządzeń koszykowych, które wprowadzały wymagania wobec konkretnych świadczeń. Przyznam się państwu szczerze, że zarówno w komisji sejmowej, jak i podczas wszystkich etapów pracy nad tą ustawą w Sejmie ta zmiana wzbudzała pewne obiekcje. Przez cały czas mamy do rozstrzygnięcia taką kwestię, czy kontraktować usługę medyczną z podmiotem, który nie spełnia wszystkich wymogów zawartych w procesie kontraktowania, tym samym pozbawiać pacjenta jakiegokolwiek świadczenia medycznego, czy też warunkowo dopuścić tego typu kontraktowanie, dać czas na przygotowanie się podmiotu do normalnego kontraktowania i warunkowo podpisywać umowy z takimi właśnie świadczeniodawcami. Zmiana ta zakłada, że dopuścimy możliwość kontraktowania w odniesieniu do takich świadczeniodawców, którzy nie spełniają jednego z dwóch warunków, czyli nie posiadają odpowiedniego personelu albo aparatury medycznej. A więc świadczeniodawca musi spełnić jeden z warunków, musi posiadać personel albo musi posiadać aparaturę medyczną i niepełny skład personelu, który uzupełni w trakcie obowiązywania kontraktu. Warunkowe podpisanie kontraktu jest na określony czas, tylko na okres roku. W tym czasie świadczeniodawca musi...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Zapraszamy pana ministra. Odetniemy pana ministra od zaplecza merytorycznego i sprawdzimy.)*

...zapewnić oba warunki kontraktowania. To zakłada druga zmiana.

To wszystko, o czym powiedziałem, pozwoli uniknąć pojawienia się tak zwanych białych plam, które mogą wystąpić – oczywiście nie muszą – w przypadku niekontraktowania warunkowego świadczeniodawców niektórych usług medycznych. Z informacji, jakie uzyskaliśmy z Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, wynika, że skala tych usług stanowi około 10% świadczeń kontraktowanych. I tutaj będę posiłkował się wypowiedzią pana ministra, że 10% to jest i bardzo mało, i bardzo dużo, ponieważ w różnych regionach Polski mamy do czynienia z różną siecią szpitali. I jeżeli dziś mamy usługi kontraktowane w szpitalach położonych blisko siebie i jeden ze szpitali oddalonych o 20 km czy 60 km nie spełnia warunków, to nie stanowi to problemu, bo pacjent może dojechać do najbliższego szpitala. Ale jeżeli występuje taka okoliczność, że te 10% to trzy szpitale położone blisko siebie, to utrudnienie w skorzystaniu z usługi medycznej przez pacjenta może wiązać się z pokonaniem przez niego nawet kilkuset kilometrów.

Bardzo proszę o przychylnie potraktowanie tychże zmian i przyjęcie tej nowelizacji. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo, Panie Pośle.

Teraz bardzo proszę pana ministra o zabranie głosu.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Przede wszystkim proszę przyjąć z mojej strony przeprosiny z tytułu niewielkiego spóźnienia, niemniej jednak spóźnienia.

Szanowni Państwo, tak jak powiedział pan poseł sprawozdawca, w tym przypadku mamy do czynienia z projektem, który zakłada dwie niewielkie, acz istotne zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pierwsza zmiana dotyczy kwestii związanej z oceną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych warunków wykonywania świadczeń medycznych. Otóż zgodnie ze zgłoszonym projektem, który został uchwalony przez Sejm w ubiegłym tygodniu, odstępujemy w przypadku Agencji Oceny Technologii Medycznych, rady konsultacyjnej i prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych, jeżeli chodzi o wydawanie rekomendacji ministrowi zdrowia w zakresie włączenia zmiany bądź wyłączenia świadczenia jako świadczenia gwarantowanego, od oceny warunków wykonywania świadczeń medycznych. Oczywiście to nie oznacza, że w związku z tym warunki wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej w jakikolwiek sposób znikną, dlatego że one oczywiście znajdują się w rozporządzeniach koszykowych i są dalej uszczegóławiane w zarządzeniach prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dla świadczeniodawców, którzy muszą je spełniać, żeby móc zakontraktować świadczenia. Chodzi przede wszystkim o to, żeby Agencja Oceny Technologii Medycznych niekoniecznie każdorazowo zajmowała się kwestiami, takimi jak wyposażenie w sprzęt medyczny, który najczęściej jest określany już z definicji w odniesieniu do rodzaju wykonywanego świadczenia. W przypadku świadczeń z zakresu programów lekowych w zasadzie wszystko mamy określone we wskazaniach znajdujących się w charakterystyce produktu leczniczego czy też we wskazaniach dotyczących zasobności kadry medycznej, zarówno w personel wyższego, jak i średniego szczebla, dlatego że te warunki minimum co do zasady są określone na poziomie rozporządzeń. Trudno tak naprawdę określić, czy wystarczającym warunkiem jest dwóch czy czterech lekarzy specjalistów na oddziale szpitalnym, na którym wykonywane są określone świadczenia według standardów słowników ICD-9 i ICD-10, a to dlatego, że tak naprawdę wszystko zależy od tego, jak duży jest taki oddział szpitalny. Usuwamy więc tak naprawdę istotną komplikację, która stała na drodze Agencji Oceny Technologii Medycznych, bo w przypadku każdorazowej zmiany rozporządzeń koszykowych, te wszystkie procedury musiałyby być przeprowadzane. Pozostawiamy oczywiście to, co powinno być wystarczające, jeśli chodzi o przeprowadzenie analizy przez agencję, radę konsultacyjną i prezesa agencji przed wydaniem rekomendacji. Mam na myśli dane świadczenie, jego efektywność kosztową, jego efektywność kliniczną etc., etc. I to jest pierwsza zmiana.

Druga zmiana, o której także mówił pan poseł Raba, dotyczy sposobu kontraktowania, a ściślej możliwości zagwarantowania w drodze ustawowej sytuacji, w której świadczeniodawcy, notabene nie wszyscy świadczeniodawcy, spełniają wszystkie wa-

runki wymagane do zakontraktowania danego świadczenia czy do zakontraktowania danego rodzaju świadczeń, zakresu świadczeń. W tej sytuacji – mówiłem o tym podczas rozpatrywania ustawy w Sejmie – niejako stoimy w rozkroku, bo niestety, tak to trzeba powiedzieć. Z jednej strony bowiem naszym celem jest oczywiście podnoszenie standardów i zapewnienie jak najlepszej jakości udzielanych świadczeń medycznych, ale z drugiej strony dobrem nadrzędnym jest kwestia dostępności do świadczeń medycznych. I teraz nietrudno wyobrazić sobie taką sytuację, w której z racji tego, iż część świadczeniodawców nie spełnia warunków – podkreślam, to nie jest tak, że świadczeniodawca nie spełnia jakiegokolwiek warunku, ale wszystkich warunków wymaganych w rozporządzeniach koszykowych – dojdzie do tego, że po prostu zostanie ograniczony dostęp do świadczeń. W takiej sytuacji umożliwiamy dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ, który kontraktuje świadczenia opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami, po przeprowadzeniu postępowania konkursowego w normalnym trybie i zakontraktowaniu świadczeniodawców spełniających warunki uruchomienie postępowania dodatkowego. Jeżeli okaże się, że sytuacja, o której powiedziałem, czyli niespełniania wszystkich warunków przez część świadczeniodawców, doprowadzi do zagrożenia dostępności do świadczeń, wtedy dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może uruchomić postępowanie dodatkowe, w wyniku którego kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia otrzymają świadczeniodawcy niespełniający wszystkich warunków. W ustawie jest jasno zapisane, że albo warunek dotyczący wymagań co do personelu, albo warunek dotyczący wyposażenia w sprzęt. Jeden z tych dwóch warunków, które są warunkami podstawowymi, musi zostać w pełni spełniony. I wtedy dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ma możliwość zakontraktowania warunkowego na okres nie dłuższy niż rok i pod rygorem spełnienia tych warunków przez świadczeniodawcę, to jest wypełnienia tych warunków w ciągu tego okresu.

Wysoka Komisjo, ta ustawa jest projektem poselskim. Mówię o tym, bo pewnie pytania państwa senatorów będą też dotyczyć tej kwestii. Projekt był procedowany jako projekt poselski, ale powód przyjęcia takiego, a nie innego sposobu procedowania wyniknął z jednej dość prozaicznej kwestii. Mianowicie my jako Ministerstwo Zdrowia opracowaliśmy stosowne przedłożenie i rozpoczęliśmy konsultacje już na początku tego roku, żeby tę sprawę w miarę jak najszybciej móc zaadresować. Zgodnie z zasadami techniki legislacyjnej ten projekt ministra zdrowia był projektem szerszym i zawierał kilka innych rozwiązań, w tym także rozwiązania brzemienne w skutki finansowe dla budżetu państwa. W związku z tym ten projekt jest po konsultacjach zewnętrznych, ale przed pracami w Komitecie Stałym Rady Ministrów. Ze względu na to, że jednocześnie trwają prace nad budżetem państwa na rok 2011 do czasu podjęcia ostatecznych ustaleń nie będzie się odbywało procedowanie na tym projektem. Stąd też, kiedy zorientowaliśmy się, że możemy mieć problem z przedłożeniem tego projektu parlamentowi i z jego wejściem na czas w życie, podjęliśmy próbę zaadresowania go w inny sposób. I tutaj wielkie podziękowania należą się grupie posłów, którzy zdecydowali podpisać się pod rzeszonym projektem i go poprowadzić. To chyba na razie tyle. Serdecznie dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Poprosiłbym teraz może pana prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych o wypowiedź na temat omawianej ustawy i o odpowiedź na pytanie, na ile jest ona zgodna

z tym, czym kierowaliśmy się... Agencji Oceny Technologii Medycznych, i na ile te obawy, zwłaszcza te wyrażane przez posłów opozycji zarówno w trakcie posiedzenia plenarnego, jak i posiedzenia komisji, a które mamy oczywiście zapisane, są uzasadnione.

Bardzo proszę.

**Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych  
Wojciech Matusewicz:**

Dziękuję bardzo.

Dzień dobry państwu.

Panie Przewodniczący! Panie Ministrze!

Odniosę się tylko do zapisów, które dotyczą agencji. Nie chcę w tej chwili wnikać w zapisy dotyczące kontraktowania świadczeń przez NFZ. Od początku byłem orędownikiem świadczeń gwarantowanych, nad czym rzeczywiście procedowaliśmy kilka miesięcy. Mamy zatem już kilkumiesięczne doświadczenie nad...

*(Przewodniczący Władysław Sidorowicz: Wdrażaniem.)*

...wdrażaniem świadczeń gwarantowanych. Przypomnę państwu, że obecnie jesteśmy upoważnieni do wprowadzania nowych świadczeń gwarantowanych na zlecenie ministra zdrowia, usuwania świadczeń jeszcze gwarantowanych z listy świadczeń gwarantowanych, jesteśmy zobowiązani do rekomendowania programów zdrowotnych, a rada konsultacyjna przyjmuje, według starej ścieżki legislacyjnej, stanowisko w sprawie leków refundowanych, a zatem w tej kwestii nic się nie zmieniło.

Proszę państwa, jest faktem, że Agencja Oceny Technologii Medycznych na całym świecie i w tym kształcie, w jakim funkcjonuje, nie ma możliwości oceny technologii medycznych, określenia choćby świadczeń progowych do wydawania stanowiska, opinii, rekomendacji, ale ma możliwości oceny co do tego, jak ma rzeczywiście wyglądać skład osobowy personelu medycznego, jaki sprzęt medyczny jest niezbędny do zakontraktowania danego świadczenia medycznego. To ewidentnie powinno być w gestii prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie da się obecnie sporządzić takiego raportu za pomocą istniejącej metodologii w ocenie technologii medycznej, jest to praktycznie niemożliwe. Faktem jest, że w ustawie ten obowiązek spadł na nas. Mieliśmy świadomość, że możemy tylko wydawać taką opinię, ale ona nie zawiera raportu i jest mało wartościowa. Najlepsze rozeznanie w tej kwestii ma prezes Narodowego Funduszu Zdrowia.

Proszę państwa, w medycynie mamy do czynienia z różnymi sytuacjami, bo nie da się opisać medycyny w sposób czarno-biały. Podam może przykład. Mieliśmy ostatnio przedstawić rekomendację w sprawie wprowadzenia aparatu ultrasonograficznego do wykrywania minimalnych zmian nowotworowych w wątrobie i jego zakwalifikowania jako świadczenia gwarantowanego. I w tym przypadku opinia eksperta z tej dziedziny była jednoznaczna, że takie badanie może wykonywać rzeczywiście tylko osoba wybitnie wykształcona w tej dziedzinie, posiadająca certyfikat i to nawet międzynarodowy. I rada konsultacyjna w swojej opinii zarekomendowała tę procedurę – rzeczywiście procedura ta jest bardzo nowoczesna, bo za jej pomocą można szybko wykryć wczesną postać raka wątroby – ale nie napisała w rekomendacji, kto ma to wykonywać. W uzasadnieniu wypowiedziała się jedynie w tej kwestii, co też jest wskazówką dla ministra i prezesa NFZ, żeby miał świadomość, ogłaszając konkurs, kogo ma zatrudnić do wykonywania takiej procedury. Ta procedura będzie może wykony-

wana w trzech, czterech miejscach w Polsce, a to dlatego, że jest ona dosyć kosztowna. W związku z tym takie możliwości zapisu w uzasadnieniu rekomendacji są możliwe w przypadku agencji i to sugeruje rada konsultacyjna.

Jak wspomniał pan minister, rada konsultacyjna zajmuje się przede wszystkim efektywnością kliniczną, bezpieczeństwem i efektywnością kosztową. Oczywiście rada konsultacyjna nie zajmuje się wyceną wspomnianych procedur, bo też nie ma zapisów ustawowych o tym mówiących, chociaż chcielibyśmy na przestrzeni najbliższych kilku lat zająć się również problemem wyceny poszczególnych świadczeń, które są rekomendowane i które znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych. W związku z tym absolutnie obiema rękoma podpisuję się pod tym projektem, bo uważam, że nie tworzymy fikcji, lecz wykonujemy naprawdę rzetelną robotę, wydając rekomendacje w sprawie poszczególnych świadczeń, które mają być bądź dopisane, bądź usunięte, i nie wypowiadamy się na temat warunków, które powinny być rzeczywiście w gestii płatnika, czyli Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeśli będą pytania, to oczywiście na nie odpowiem.

### **Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

To za chwilę.

Mamy już wypowiedzi głównych graczy w tym całym układzie. Chcę powiedzieć, że jednym z zaleceń ludzi zajmujących się organizacją jest zalecenie, by organizacja była organizacją uczącą się. Odnoszę też wrażenie, czytając zapisy tej ustawy, że jest to z jednej strony próba urealnienia oczekiwań wobec Agencji Oceny Technologii Medycznych, a z drugiej strony uelastycznienie pewnego systemu kontraktowania, którego celem jest przede wszystkim bezpieczeństwo zdrowotne i eliminowanie miejsc, gdzie zupełnie nie ma dostępu do świadczeń. Gdy patrzę na funkcjonowanie tych różnych systemów, odnoszę wrażenie, że w Polsce poprzeczka jest ustawiona bardzo wysoko i często rozmija się ona z nakładami na ochronę zdrowia. Wymagamy więcej, płacąc trochę mniej. I w związku z tym myślę, że i ta dyskusja, i debata...

Bardzo mnie uspokoiła wypowiedź pana ministra, że resort zdrowia też pracował nad tym projektem ustawy i że to niejako posłowie wzięli na siebie odpowiedzialność szybszego przeprowadzenia tej ustawy, która jest potrzebna do najbliższego kontraktowania świadczeń. Tak więc po zapoznaniu się z zapisami i z opinią porównawczą wydaje mi się, że to jest właśnie to właściwe spożytkowanie pierwszej fazy prac nad bardzo trudną ustawą, która zmienia usytuowanie Agencji Oceny Technologii Medycznych i tak zwaną ustawę koszykową. Liczyliśmy się z tym, że niezbędne będą pewne korekty. Nie taję, że to nie jest głęboka korekta, ale jednocześnie uważam, że stawiano niesprawiedliwe zarzuty w trakcie debaty sejmowej pod adresem tej ustawy, bo ona niczego nie psuje. To może na razie tyle.

Otwieram dyskusję.

Czy są pytania?

Bardzo proszę, pan senator Muchacki.

### **Senator Rafał Muchacki:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Zgadzam się z panem przewodniczącym we wszystkim, co pan przewodniczący powiedział. Chciałbym dodać tylko jedno, że ta nowelizacja zwraca uwagę na to, że



przez całe lata w przypadku niektórych specjalizacji – nie chcę zaryzykować stwierdzenia, że w większości – była niestety założona blokada na kształcenie młodych lekarzy. I teraz mamy do czynienia z taką oto sytuacją – mówię na przykładzie województwa śląskiego – że w odniesieniu do niektórych specjalizacji konsultanci wojewódzcy po prostu stawiali szlaban. Tak było w przypadku gastroenterologii w województwie śląskim, gdzie po prostu nie było miejsc specjalizacyjnych bądź było uruchamiane tylko jedno miejsce specjalizacyjne. I w związku z tym brakuje specjalistów z zakresu gastroenterologii, chorób zakaźnych, anestezjologii, intensywnej terapii, a obecnie nawet z zakresu chirurgii ogólnej. O czym to świadczy? Otóż świadczy to o tym, że nie dopuszczono młodych lekarzy do robienia specjalizacji i stąd teraz Narodowy Fundusz Zdrowia musi kontraktować usługi tam, gdzie w sumie nie ma tych specjalistów.

Bardzo dobrze się stało, że jest ustawa o konsultantach w ochronie zdrowia, bo ona rozwiązuje pewne sprawy definitywnie. W tym roku w wielu województwach – o tym też wiem na przykładzie województwa śląskiego – będzie zmiana konsultantów. Inna sprawa, że jest kadencyjność konsultantów. I już teraz można zauważyć, że ci konsultanci, którzy blokowali, żeby się utrzymać na stołku, nagle potrafią otworzyć niektóre drzwi do niektórych specjalizacji. To będzie z pożytkiem dla wszystkich, bo ci młodzi lekarze będą u nas się kształcili, będą u nas leczyli, nie będą szukali zatrudnienia gdziekolwiek poza granicami naszego kraju, więc to jest pierwsza i najważniejsza kwestia. Jeżeli udostępnimy miejsca specjalizacyjne młodym lekarzom, za parę lat ta sytuacja się poprawi. Wymaga to jednak kilku lat szkoleń, bo jednak nie tak łatwo wykształcić lekarza specjalistę. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję.  
Proszę.

**Senator Henryk Woźniak:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.  
Kontynuując wypowiedź pana senatora Muchackiego, chciałbym zadać pytanie: jaka jest właśnie skala tak zwanych białych plam? Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Proszę, Panie Ministrze.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.  
Tak jak powiedział poseł sprawozdawca, skala tak zwanych białych plam w zakresie świadczeń jest bardzo różna i zależy od województwa, regionu. Wynika to nawet nie tylko z tego, jaki jest dostęp do specjalizacji, jak historycznie kształtowały się, po pierwsze, wymagania, po drugie, jak realizowaliśmy obowiązek kształcenia młodych lekarzy specjalistów, lecz przede wszystkim z polityki poszczególnych dyrekto-

rów oddziałów wojewódzkich NFZ, dlatego że w zależności od poziomu restrykcyjności, bo tak to trzeba nazwać, okazuje się, że mamy obszary, na których, krótko mówiąc, kontraktowanie z odstępstwami funkcjonuje od czasu istnienia Narodowego Funduszu Zdrowia. A zatem to nie jest tak, że my tą ustawą wprowadzamy jakiegokolwiek nowe rozwiązania. Otóż w tym zakresie nic się nie zmieni. Faktycznie tak zwana ustawa koszykowa usztywniła te rozwiązania, doprowadziła do sytuacji zerojedynkowej, czyli spełniam – nie spełniam, bez jakiegokolwiek możliwości stworzenia wentyla bezpieczeństwa w sytuacji, kiedy będziemy podnosić standardy, ale nie wszyscy świadczeniodawcy je spełniają. I teraz w zależności od tego, gdzie tak naprawdę jesteśmy, te różnice są bardzo duże, bo mamy wiele województw, w których w zasadzie nie ma kontraktów z odstępstwami, ale mamy też województwa, gdzie w niektórych przypadkach, bo to oczywiście nie jest tak, że świadczeniodawcy nie spełniają warunków w odniesieniu do wszystkich świadczeń z danego rodzaju, mamy nawet do 10% kontraktów z odstępstwami. I stąd ta konieczność, bo nie możemy doprowadzić do sytuacji, w której... To jest kwestia pewnego wyboru. Z jednej strony należy dbać o podnoszenie standardów – zgadzam się w stu procentach z tym, co powiedział pan przewodniczący, że nierzadko bardzo mocno je śrubujemy, ale jeśli popatrzymy na nakłady na ochronę zdrowia, to niekoniecznie odpowiadają one temu, z czym mamy do czynienia chociażby w krajach starej Unii, ale tak czy inaczej dbałość o podnoszenie standardów, o podnoszenie jakości musi być wpisana w system ochrony zdrowia – a z drugiej strony też nie możemy pozwalać na to, żeby dochodziło do sytuacji, w wyniku której świadczeniodawcy czasowo nie spełniają określonego standardu, bo w ten sposób nagle tracimy 10% świadczeń, a to z kolei działa bardzo mocno na niekorzyść pacjenta.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję.

*(Brak nagrania)*

**Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Maciej Hamankiewicz:**

...Trudno byłoby zaprawdę polemizować z tym wszystkim, co pan przewodniczący, pan minister i państwo powiedzieli, bo tak też wygląda rzeczywistość w tym zakresie. W tej chwili szukamy sposobu naprawienia tej sytuacji. Ale zastanówmy się nad tym – odnoszę się do ostatniej wypowiedzi pana ministra – po co w ogóle są te warunki świadczeń. Szukamy odpowiedzi. Czy one mają służyć podnoszeniu standardu leczenia? Nie. Warunki świadczeń mają być ustalone na takim poziomie, żeby – to po pierwsze – w tym miejscu można było bezpiecznie leczyć pacjentów. I jeżeli tak będziemy rozumieli istotę warunków świadczeń, to będzie to oznaczało, że skoro nie spełniam tych warunków świadczeń, to z tego wynika, że – to po drugie – nie potrafię bezpiecznie leczyć pacjentów. A zatem powstaje sytuacja zagrożenia wykonywania świadczenia w sposób absolutnie bezpieczny dla pacjenta.

W związku z tym może zamiast szukać obejścia zbyt srogich wymogów warunków świadczeń, należy je po prostu urealnić, w jakiś inny sposób zaś nagradzać tych, którzy mają wyższy standard bezpieczeństwa i jakości wykonywanych usług medycznych niż gdziekolwiek indziej. Z zapisu bowiem można by wywnioskować – oczywiście sprowa-

dzając sprawę już do bardzo przejawionej sytuacji – że wystarczy mieć albo personel, albo być wyposażonym w sprzęt i aparaturę medyczną, tak jak jest napisane. W związku z tym mogę mieć anesteziologa i chirurga, ale nie posiadać stołu zabiegowego i mimo to świadczenie będzie zawarte. Oczywiście to jest już absurdalne, ale w związku z tym, że nie mamy uszczegółowienia w tym zakresie widzę pewne zagrożenie.

Wydaje się, że właściwą metodą byłoby zastanowienie się, czy warunki, w jakich przyszło nam w Polsce wypełniać nasz zawód, są rzeczywiście realnie... biorąc pod uwagę... mogę bardzo szczegółowo odpowiedzieć na pytanie, gdzie i dlaczego brakuje specjalistów, i to się nie zmieni. W związku z tym tak naprawdę budujemy protezę, która będzie funkcjonowała przez najbliższe lata, zapewniam państwa, od dwunastu do dwudziestu lat, bo taka jest obecnie luka pokoleniowa w większości specjalizacji, które mogę wymienić szczegółowo. Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pan Bujas z federacji związków zawodowych.

**Wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych  
Zbigniew Bujas:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Szanowny Panie Przewodniczący! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Właściwie to jest trochę taka dyskusja nad czymś, co już zostało w pewnym sensie poprzez życie utworzone. Niemniej jednak chciałbym się z państwem podzielić kilkoma uwagami, które już wcześniej przesyłaliśmy do tego projektu.

Może tak powiem: pani minister Kopacz w swoich wypowiedziach ciągle powtarza: wysoka jakość świadczeń, dążenie do wysokiej jakości świadczeń, najwyższy poziom świadczeń. I mógłbym jeszcze przytoczyć bardzo wiele tego typu sformułowań. Proszę państwa, wielu pracodawców w momencie, kiedy zdecydowało się na świadczenia w zakresie ochrony zdrowia, podjęło bardzo trudne wyzwanie. Państwo dokładnie pamiętacie, jakie poszczególne placówki poniosły koszty, aby je, że tak powiem, odpowiednio dosprzętować, aby mogły zawrzeć kontrakty. Państwo dokładnie pamiętacie, jakie poszczególne placówki poniosły koszty, żeby pozyskać specjalistów, żeby wysłać specjalistów chociażby na różnego rodzaju szkolenia, które były konieczne przy zawieraniu kontraktów. Państwo dokładnie pamiętacie, ilu dyrektorów musiało zaciągnąć pożyczki, żeby kupić sprzęt, który do dziś jest spłacany. To są fakty. Ja rozumiem, że są tak zwane białe plamy na mapie Polski w zakresie świadczeń, ale, proszę państwa, istnieje jedna jedyna obawa i chciałbym, żebyście państwo w sposób jednoznaczny to odebrali. Otóż ta obawa nie dotyczy sprzętu, bo dziś można sobie pomagać, dziś można wykazać w kontrakcie, że zawieram umowę z podmiotem, który będzie wykonywał dla mnie konkretną diagnostykę. Problem pojawia się jednak wtedy, kiedy jest mowa o personelu – proszę państwa, obawiam się niestety o jakość świadczeń, i tą drogą pójda pracodawcy, nie wiercie państwo, że tak nie będzie – bo jeżeli dzisiaj mogę, że tak powiem, zejść z liczebności kadry, taką możliwość daje mi ustawa, to ja to uczynię i automatycznie zejdem z kosztów.

Panie Ministrze, wiem, że to są oczywiście skrajne sytuacje, ale proszę mi wierzyć, dziś wiemy dokładnie, jak to wygląda. Tak bardzo nie obawiałbym się o anestezjologię i intensywną terapię, które to specjalizacje państwo przywołujecie, dlatego że to reguluje między innymi rozporządzenie w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, tak więc to w pewnym sensie jest regulowane, ale są inne specjalizacje, w których nie ma tego typu rozporządzeń pomocniczych. Tak więc jeżeli państwo pozwolicie, to mimo wszystko będę twierdził w imieniu federacji związków zawodowych, że to stworzy pewnego rodzaju zagrożenia i na pewno to nie będzie wpływało na poprawienie jakości świadczeń, a wręcz przeciwnie, obawiam się obniżenia jakości świadczeń przez tych świadczeniodawców, którzy będą wykorzystywali dla siebie tę ustawę. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Ja zwracam tylko uwagę, że procedura, o której mówimy, jest drugą procedurą, jeśli w pierwszym konkursie nie uda się wypełnić ram, które wynikają z zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego na danym terenie. To, o czym mówimy, dotyczy kolejnego konkursu, wobec czego niejako trochę zmienia się optyka w tej całej sytuacji, a rygor roczny i drugi konkurs to nie jest coś, co zachęca dyrektorów do gry, na pewno nie zachęca do stabilizowania systemu. Bardzo proszę.

**Wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych  
Zdzisław Bujas:**

Panie Przewodniczący, nie chcę polemizować, zgadza się, to jest pierwszy termin. Proszę państwa, w sytuacjach, kiedy nie udaje się zakontraktować, zawsze ogłasza się drugi termin i te same podmioty startują do konkursu w drugim terminie. I właśnie ta jakość jest utrzymywana, bo te podmioty najczęściej minimalnie schodzą z kosztów i w ten sposób wygrywają te konkursy. Tak więc obawiam się, że potworzą się podmioty jednostkowe, ich będzie nieco więcej, ale, tak jak mówię, ta możliwość istniała i nadal istnieje. Jeżeli komukolwiek zależy na tym, aby dane świadczenie zostało w sposób właściwy... to można sprzedać ten kontrakt.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Bardzo proszę, pan Krzysztof Filip, NSZZ „Solidarność”.

**Doradca  
w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia  
NSZZ „Solidarność”  
Krzysztof Filip:**

Dziękuję.

Krzysztof Filip, sekretariat zdrowia NSZZ „Solidarność”. Dziękuję za zaproszenie.

Panie Przewodniczący, Drodzy Państwo, zgłaszaliśmy uwagi do tego projektu wówczas, gdy funkcjonował on jeszcze jako projekt rządowy. Niestety, nie zostały one

wtedy uwzględnione. Potem, już podczas prac nad nim w Sejmie, przysłuchiwalismy się bardzo pilnie objaśnieniom do niego, ale jeżeli można, to chciałbym ponowić część zapytań. Panie Ministrze, głównie do pana.

Co do tej pierwszej grupy rozstrzygnięć, rozumiemy, że jeżeli Agencja Oceny Technologii Medycznych wysuwa taki problem na podstawie swoich doświadczeń, to został on głęboko przemyślany. Ale mam takie oto pytania: czy minister zdrowia dysponuje podobnym gremium jak rada konsultacyjna i w jakim trybie mogłoby być rozpatrywane to zagadnienie, o którym mówimy, czyli warunki udzielania świadczeń? Skoro to gremium ma się tym nie zajmować, to jakie gremium to przejmie? Jakie gremium może się do tego ustosunkować? Jak wiadomo, w radzie konsultacyjnej na prośbę pana prezesa agencji wypowiadają się konsultanci we właściwych dziedzinach medycyny, ale jest to pewne grono ekspertów. To jest pierwsza sprawa.

Nie chciałbym już wchodzić w szczegóły, ale jeżeli mówimy o warunkach wykonywania świadczeń, to istnieje jeszcze pojęcie „warunki wymagane od świadczeniodawców”, które z kolei określa Narodowy Fundusz Zdrowia. I to jest dość mocno nieokreślone. Minister poza tym rozporządzeniem anestezyjologicznym nie odniósł się do standardów, do warunków wykonywania świadczeń. Niestety, to jest, powiedzmy, niejako biały kruk i jeżeli mamy określić, kto i w jakich warunkach co wykonuje, to zarówno minister, jak i fundusz mogą się różnić w tej ocenie. Słyszeliśmy od pani minister Kopacz, że rozporządzenia koszykowe zabetonują – takich pojęć używała – jakoś świadczeń, bo będą właśnie określone warunki. Teraz otrzymujemy to jakby w innej formie.

Druga sprawa. W dodanym art. 161b, dotyczącym tego nowego warunkowego trybu zawierania umów, określono, że umowy takie zostaną zawarte, jeżeli w trybie konkursu ofert nie zostaną wybrane. Pytanie jest takie: co z trybem rokowań? Czy to wyłącza z tejże oceny tryb rokowań?

Kolejne sprawa. Jeżeli odnosimy się do roku bieżącego i mówimy, że dotyczy to świadczeń, na które umowy zostały zawarte na rok bieżący, to co z takimi pojedynczymi przypadkami, kiedy w danym województwie nie zawarto umów na rok bieżący z określonego trybu. My znamy przypadki niezawarcia podobno takich umów z zakresu doraźnej pomocy stomatologicznej. Czyli nie ma się do czego odnieść, bo w roku bieżącym tego nie ma. Może się mylę, ale były takie sygnały, przynajmniej prasowe.

I ostatnia kwestia. Jaki realny wpływ na wynik tego rozstrzygnięcia mają świadczeniodawcy, którzy nie uczestniczyli w konkursie, i będą w tym trybie, a którzy próbowali zawrzeć umowy na określony zakres świadczeń? Czy będą mogli i w jakim trybie skarżyć zawarcie umów? Dziękuję.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pan minister, bardzo proszę.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Odniosę się do wszystkich wypowiedzi, rozpoczynając od tego, o czym mówił pan prezes Hamankiewicz. W moim przekonaniu mamy w tym przypadku do czynienia

jednak z dwiema kwestiami. Otóż bezpieczeństwo na poziomie minimum jest absolutnie kluczową sprawą i my zresztą teraz przy nowelizacji rozporządzeń koszykowych staramy się doprecyzować warunki wykonywania świadczeń w taki sposób, żeby raczej rezygnować z niepotrzebnych wymagań, które do tej pory były formułowane. Te zmiany oczywiście nie przyczynią się do tego, że nagle z dnia na dzień okaże się, że wymagania spadną o kilkadziesiąt procent w stosunku do tego, co obecnie jest wymagane. Niemniej jednak zdarza się, że w niektórych przypadkach to, co zostało sformułowane przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, niekoniecznie znajduje swoje odzwierciedlenie, po pierwsze, w rzeczywistości, jeśli chodzi o możliwości zakontraktowania, a po drugie, tak naprawdę w sensowności i konieczności posiadania na przykład określonego sprzętu do wykonywania określonego rodzaju świadczeń. I pod tym kątem przez ostatni rok, bo w zasadzie od wejścia w życie rozporządzeń koszykowych z 30 sierpnia ubiegłego roku, wykonywaliśmy w Ministerstwie Zdrowia przy współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia prace, żeby te wymagania, które są stawiane świadczeniodawcom, były wymaganiami jak najbardziej sensownymi. To jedna kwestia.

Z drugiej strony musimy jednak pamiętać o tym – zresztą nie do mnie należy państwu to tłumaczyć, bo państwo tutaj w większości jesteście przedstawicielami zawodu, o którym mówię, a ja jestem tylko prostym ekonomistą – że medycyna jest tą dziedziną nauki, która rozwija się niesamowicie dynamicznie. I to, co dzisiaj jest czy powinno być wymagane i jest uznawane za standard i minimum, jeśli chodzi o bezpieczeństwo pacjenta, jeszcze dziesięć lat temu w wielu przypadkach mogło być uznawane za niesamowicie wysublimowaną procedurę. O tym też musimy pamiętać. I dlatego uważam, że rozporządzenia koszykowe i warunki wykonywania świadczeń muszą starać się godzić obie te kwestie.

Faktycznie przyznaję, że z punktu widzenia systemu jako całości byłoby istotne wprowadzenie wartościowania, czyli nie wszystko po jednej cenie, niezależnie od tego, czy spełniam warunki minimum, czy mam te warunki dużo wyższe niż na przykład średnia krajowa, i od tego tak naprawdę uzależniać chociażby cenę za punkt przy kontraktowaniu. Bo ja mogę mówić o naszych bardzo ambitnych planach, ale też wiem, jak one są przesiewane przez smutną i żmudną rzeczywistość. To są niestety bardzo żmudne i bardzo długotrwałe prace, żeby wprowadzić taki system, aczkolwiek to nie oznacza, że nie toczą się prace koncepcyjne nad takimi rozwiązaniami w Ministerstwie Zdrowia.

Czy to jest proteza? Oczywiście, że ona ma za zadanie zapewnienie zakontraktowania świadczenia w sytuacji, kiedy dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ uznaje, że gdyby nie zakontraktował świadczeń, to zagrożony byłby dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej. Ale proszę zwrócić uwagę jeszcze na jedno, że warunki kontraktowania, tak jak powiedziałem, to nie jest pomysł, który pojawił się dzisiaj. Tak samo jak odstępstwa, które też nie pojawiły się dzisiaj. I jeżeli spojrzymy na to – mówił o tym pan przewodniczący Bujas – jakie mamy standardy wykonywania świadczeń, jakie mamy wymagania, które w znakomitej większości są spełniane, to naprawdę w żaden sposób nie możemy porównać obecnej sytuacji do tego, z czym mieliśmy do czynienia jeszcze kilka czy kilkanaście lat temu. A więc ta rola podnoszenia i standaryzacji, mimo możliwości funkcjonowania odstępstw, które... Pan prezes Matusewicz wspominał o tym, że tu mamy do czynienia z taką sytuacją – pan prezes mówił to w innym kontekście, ale ja się w pełni z tym zgadzam – niestety rzeczywistość nie

jest tylko i wyłącznie zerojedynkowa. System prawa, a system prawa polskiego w szczególności, bo można by też przeprowadzić analizę porównawczą, jak my wyglądamy wobec innych rozwiązań i przyjętych systemów prawnych, nawet kontynentalnych, niekoniecznie odchodząc w kierunku systemu anglosaskiego, który jest kompletnie inny, jest niestety systemem bardzo mocno zerojedynkowym. Krótko mówiąc, trzeba bardzo mocno uważać wtedy, kiedy podejmujemy jakiegokolwiek decyzje, żeby nie wylać dziecka z kąpielą. I przyznaję, i w żaden sposób nie chcę od tego uciekać, że to zaproponowane rozwiązanie tak naprawdę ma na celu dostosowanie się do rzeczywistości, która jest bardziej skomplikowana niż zapisy wymagane przez nasze prawodawstwo: tak – tak, nie – nie.

Ja nie bałbym się o to, o czym mówił pan przewodniczący Bujas. Zresztą pan przewodniczący Sidorowicz odnosił się do tego. To znaczy moim zdaniem nie warto i naprawdę konia z rzędem takiemu szefowi jednostki organizacyjnej ochrony zdrowia, który będzie wykonywał jakieś dramatyczne i skomplikowane zabiegi i ruchy kadrowe, mając przed sobą perspektywę tak naprawdę kilku miesięcy funkcjonowania tej zmiany i potem konieczności tak czy inaczej powrotu do rozwiązania... Bo i koszty fizyczne z tym związane, wynikające z tego, że w momencie, kiedy zwalniam pracownika, to muszę mu zapłacić, ten pracownik może jeszcze ze mną się procesować, oddać sprawę do sądu pracy et cetera, et cetera, i tak naprawdę już czysto praktycznie, czyli my naprawdę w systemie ochrony zdrowia – tu się zwracam do pana prezesa Hamankiewicza – nie mamy zbyt wielu kadr. I to niezależnie od tego, czy mówimy, tak jak teraz, o lekarzach poszczególnych specjalności, czy mówimy o personelu medycznym średniego szczebla. Nie jest łatwo z dnia na dzień zatrudnić pielęgniarkę i o tym też musimy pamiętać.

I na koniec odniosę się do pytań pana Krzysztofa Filipa. Czy Ministerstwo Zdrowia dysponuje gremium, które miałyby za zadanie ocenę? Rozumiem, że chodzi przede wszystkim o warunki realizacji świadczeń, czyli o to, z czego rezygnujemy w stosunku do Agencji Oceny Technologii Medycznych. Pan prezes Matuszewicz już o tym powiedział, że niezależnie od tego, jakie zalecenia wydaje Agencja Oceny Technologii Medycznych, bardzo często też mówi o tym, jakie wymagania kadrowo-sprzętowe powinny być zrealizowane. Nie chcemy tego zafiksowywać czy też raczej w tym momencie to odfiksowujemy, żeby nie doprowadzić do takiej sytuacji, w której ocena na przykład między dwoma a trzema specjalistami na oddziale skutecznie nam zablokowała proces weryfikacji danego świadczenia jako świadczenia gwarantowanego. My w swojej pracy posługujemy się oczywiście tym wszystkim, co jest nam dane, a system tak naprawdę jest dość bogato wyposażony, bo mamy przecież specjalistów krajowych, mamy specjalistów wojewódzkich i oni uczestniczą w każdym procesie legislacyjnym związanym z dziedziną ochrony zdrowia, którą się zajmują, w której się specjalizują, i są konsultowani na okoliczność każdego z aktów prawnych, w tym czy przede wszystkim właśnie rozporządzeń koszykowych. Mamy także Agencję Oceny Technologii Medycznych, którą, nie ukrywam, posiłkujemy się niekoniecznie na zasadzie twardej rekomendacji, tylko chociażby na zasadzie prostej opinii, czy coś jest właściwe, czy też nie. I mamy w końcu Narodowy Fundusz Zdrowia, który z kolei z praktycznego punktu widzenia jest w stanie określić, co jest do zrealizowania, a co nie jest do zrealizowania. Te wszystkie gremia kumulują się czy spinają się w Ministerstwie Zdrowia i tam zapadają finalne decyzje, pomijając już oczywiście fakt, że każdy powszechny akt prawny, jakim jest rozporządzenie...

*(Wypowiedź poza mikrofonem)*

W przypadku ustawy to w ogóle mamy cały proces legislacyjny, ale każdy akt prawa powszechnie obowiązującego, w tym wypadku akt wykonawczy, czyli rozporządzenie, jest oczywiście poddawany konsultacjom społecznym w tym trybie, w jakim przewidują to przepisy.

Co z trybem rokowań? Tutaj oczywiście nic się nie zmienia, to znaczy, po pierwsze, tryb rokowań nie może być wyłączony. Po drugie, jaki jest realny wpływ świadczeniodawców? Jest de facto podobny jak do tej pory. I tutaj my nie zmieniamy Narodowego Funduszu Zdrowia, to znaczy z jednego Narodowego Funduszu Zdrowia nie stworzymy w tym momencie dziesięciu, szesnastu, dwudziestu osobnych podmiotów, więc Narodowy Fundusz Zdrowia zawsze będzie miał w tej formie, w której funkcjonuje, sytuację uprzywilejowaną w stosunku do podmiotu, z którym kontraktuje. Tego w tej zmianie, w tej propozycji nie adresujemy. Zresztą państwo dokładnie wiecie, że byłaby to zmiana, której pewnie nie można by było dokonać tak po prostu, nie zastanawiając się nad tym, jakie niesłaby skutki.

I wreszcie co z podmiotami, które nie mają umów zawartych w tym momencie. Jeżeli ktoś nie ma umowy zawartej w tym momencie, to nie ma po prostu zawartej umowy, a więc nie ma żadnego stosunku czy to publicznoprawnego, czy cywilnoprawnego z Narodowym Funduszem Zdrowia, a co za tym idzie, my nie zmieniamy jego statusu. W tym roku będą ogłaszane w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia konkursy na znakomitą większość zakresów kontraktowanych świadczeń i nic nie stoi na przeszkodzie, żeby podmiot, który dzisiaj nie ma umowy, a spełnia warunki, wystartował w takim konkursie. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pan prezes Matuszewicz, bardzo proszę.

**Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych  
Wojciech Matuszewicz:**

Dziękuję.

Jeśli można, jeszcze jedno takie małe uzupełnienie, zresztą pan minister Szulc mówi jak lekarz, nie jak ekonomista i, prawdę mówiąc, trudno tutaj coś dodać.

Proszę państwa, agencja często na zlecenie ministra zdrowia... Wszyscy państwo zdajecie sobie sprawę, jak daleko poszła dzisiaj innowacyjność w medycynie, w ogóle, ale szczególnie w medycynie. Jaki jest napór pacjentów na pewne świadczenia gwarantowane, dotyczące głównie świadczeń lekowych, programów zdrowotnych, ale nie tylko, nowych metod mniej inwazyjnych w kardiologii itd., itd. I proszę sobie zdawać sprawę, że my zawsze korzystamy z opinii konsultanta krajowego w danej dziedzinie i grona ekspertów, często jest ich kilku, którzy podpisują konflikt interesów, itd., itd. I konsultanci krajowi często wskazują tylko miejsca, w których te świadczenia mogą być wykonywane. To są te minimalne progi, które muszą być spełnione przy innowacyjnych, nowych metodach, wobec których, przyznam szczerze, naprawdę w ciągu ostatnich dwóch lat wydaliśmy mnóstwo pozytywnych rekomendacji, mimo że te metody wiążą się z dużymi kosztami. Ale konsultant krajowy wskazuje często miejsca,



gdzie te programy zdrowotne mogą być realizowane, żeby było to bezpiecznie przeprowadzane, monitorowane, i tak samo jest z innymi metodami, nielekowymi.

Ponadto, proszę państwa, z całym szacunkiem również chciałbym podziękować nieobecnemu panu profesorowi Zębali, szefowi rady naukowej, i pani minister. Z inicjatywy pana profesora robiliśmy szkolenia dla konsultantów krajowych i wojewódzkich. I konsultanci krajowi mają też tę świadomość, że te innowacyjne metody, które rekomendujemy, a potem pan minister zgadza się z tą rekomendacją, mogą być wykonywane tylko w szczególnych, wyjątkowych ośrodkach. Tak więc te minimalne zasady, które są wymagane, są często rzeczywiście również eksponowane w naszych rekomendacjach.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pan dyrektor Dziełak, bardzo proszę.

**Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej  
w Narodowym Funduszu Zdrowia**

**Dariusz Dziełak:**

Ja chciałbym się tylko odnieść do wypowiedzi kolegi Filipa w kwestii tak zwanych białych plam w stomatologii w zakresie pomocy doraźnej. To akurat nie ma żadnego związku z tą nowelizacją. To, że pojawiają się przypadki, że nie zakontraktowano tej nocnej pomocy w stomatologii nie wynika z faktu, że świadczeniodawcy – szczególnie, że dotyczy to kilku sporych miast – nie spełniają warunków. Oni po prostu nie składają ofert, nie są zainteresowani złożeniem oferty. Mimo ponawiania postępowań żadna oferta nie wpływa, mimo podwyższania ceny żadna oferta nie wpływa.

Jest to pewien problem dla funduszu, ponieważ my nie mamy żadnej siły sprawczej, żeby zmusić kogoś do złożenia oferty. A z drugiej strony nie możemy windować cen tak wysoko, aż wreszcie ktoś się skusi, bo jednak w zdecydowanej większości, prawie że we wszystkich miejscach, ta pomoc jest zapewniona. Tak więc chcę powiedzieć, że to nie ma akurat żadnego związku z omawianą nowelizacją.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Dziękuję bardzo.

Wiecie państwo, rozumiem niepokój związków zawodowych, iż dopuszczenie tych mniejszych wymagań może w grze między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcami osłabiać pozycję negocjacyjną, zwłaszcza że zastrzeżenia do kultury, że tak powiem, relacji ciągle jeszcze są liczne. Skargi napływają od świadczeniodawców na monopolowe praktyki Narodowego Funduszu Zdrowia itd., tylko wiecie państwo, świadomość tych pewnych problemów istnieje i ministerstwo ciągle pracuje nad tym zagadnieniem, które jest szalenie ważne. Tym niemniej zwracam uwagę, że w tej nowelizacji chodzi jednak, tak jak rozumiem, przede wszystkim o wyciągnięcie wniosków i sensowniejsze postawienie wymagań Agencji Oceny Technologii Medycznych, żeby robiła to, co może dobrze zrobić, a nie wpakowywać ją w katalog spraw, do których nie ma narzędzi, a które ma Narodowy Fundusz Zdrowia tkwiący zdecydowanie silniej w panoramie świadczeń zdrowotnych. I myślę, że Narodowy Fundusz

Zdrowia już się sporo nauczył także w gwarantowaniu bezpieczeństwa zdrowotnego w ramach struktury świadczeń. Nie taję, że moim zdaniem jest ona jeszcze ciągle niedobra, ale NFZ jest na pewno kompetentny w tej materii. I wreszcie ministerstwo, które niejako ma realizować politykę zdrowotną państwa. I w tym sensie wydaje mi się, że to jest taka akurat bardzo pragmatyczna nowela ustawy i nie widzę tu jakiegoś ryzyka czy zagrożeń dla bezpieczeństwa zdrowotnego. Wręcz przeciwnie, mam wrażenie, że łatwiej będzie wypełnić tak zwane białe plamy za pomocą tej ustawy. A z kolei Agencja Oceny Technologii Medycznych będzie mogła bardziej skupić się na tym, do czego jest powołana, czyli rzeczywistego rekomendowania czy nierekomendowania, czy zalecania wykreślania określonych procedur medycznych.

Bardzo prosiłbym jeszcze panią mecenas, nasze Biuro Legislacyjne o przedstawienie opinii.

Bardzo proszę.

**Młodszy Legislator w Biurze Legislacyjnym  
w Kancelarii Senatu  
Iwona Kozera-Rytel:**

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.  
Biuro Legislacyjne nie zgłasza uwag do ustawy.

*(Brak nagrania)*

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

Pan Krzysztof Filip, ale to już króciutko.  
Proszę bardzo.

**Doradca  
w Krajowym Sekretariacie Ochrony Zdrowia  
NSZZ „Solidarność”  
Krzysztof Filip:**

Przepraszam, króciutko. Ja nie czuję się za bardzo usatysfakcjonowany tymi odpowiedziami pana ministra. Nie zgadzam się także z kolegą, bo uważam, że to ma wpływ prawny. Chciałbym tylko zwrócić uwagę na jedno, co mnie mocno zastanowiło. Pan minister powiedział, że trzeba schodzić z nierealnych wymagań. Panie Ministrze, ale jak ustalić, które są realne, a które nierealne? Jeżeli jeden konsultant, sam słyszałem, mówi tak, a drugi inaczej, to jak ocenić, które wartościowanie jest realne, a które nierealne, skoro nie ma standardów postępowania? Czy ministerstwo oprócz anestezjologii przygotowuje jakieś standardy postępowania? Wtedy będziemy mieli odniesienie, co jest realne, a co jest nierealne. W zamian tego nowelizujemy rozporządzenia na przykład w sprawie warunków, jakim odpowiadają pomieszczenia i urządzenia w placówkach ZOZ, też nie podwyższając tych standardów. Tak więc jak się do tego odnieść, Panie Ministrze?

A jeżeli chodzi o te gremia, że powołujemy konsultantów takich, siakich i owakich, to jest mieszanie w jednym tyglu. Ja chciałbym się dowiedzieć, czy ministerstwo, a jeżeli tak, to w jakim trybie dysponuje gremium niezwoływanym doraźnie, które jest zainteresowane rzetelną oceną. Tego chciałbym się dowiedzieć.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

To znaczy nie widzę wielkiego związku tych pytań czy opinii pana z omawianą ustawą. Powołanie Agencji Oceny Technologii Medycznych wyraźnie wskazuje, jaki jest kierunek państwowy w odniesieniu do tego, czego oczekujemy. Po to, by zobiektywizować kryteria wykonywania świadczeń, powołano agencję, przeprowadzając de facto depolityzację procedur. Można się zastanawiać, czy rozwiązanie, w którym decyzje Agencji Oceny Technologii Medycznych są wiążące dla ministra czy nie, to jest rozwiązanie szczęśliwe czy nieszczęśliwe. Ale próba znowu centralizowania i taka tęsknota za tym, że minister będzie onnipotentny, degradując niejako narzędzia, które powołał, a więc kolejne instytuty, takie jak Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Agencja Oceny Technologii Medycznych itd., itd., ma całe potężne zaplecze i nie udawajmy Greka, że tego nie ma. A ta ustawa jest jednak o czymś innym.

Pewnie jeszcze pan minister będzie chciał się odnieść.

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Jakub Szulc:**

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Jedna kwestia. Trzeba sobie zdawać sprawę z tego, jak odbywa się procedowanie nad różnymi aktami i różnymi dokumentami, które powstają. Jeżeli pan przewodniczący Filip uważa, że opracowywanie standardów świadczeń odbywa się bez udziału konsultantów, to ja naprawdę życzę szczęścia każdemu, kto będzie podejmował taką próbę. A to, że w środowiskach medycznych mamy do czynienia nierzadko z rozbieżnymi zdaniem, trudno tego uniknąć. W każdej dziedzinie nauki na poziomie wysokiej już specjalizacji i wysokiego poziomu zaawansowania wiedzy istnieją różne zdania, ale celem oczywiście jest przyjęcie pewnych rozstrzygnięć wynikających z najlepszej wiedzy, na której bazujemy.

I odnosząc się do tego, czy w Ministerstwie Zdrowia istnieje stałe gremium, to chciałbym powiedzieć, proszę pana, że faktycznie jest tak: możemy w takiej sytuacji, dokładnie idąc tym tokiem, o którym mówił pan przewodniczący, wyjść z założenia takiego, że w ogóle po co nam AOTM, po co nam Narodowy Fundusz Zdrowia, po co nam w końcu specjaliści wojewódzcy i krajowi, najlepiej, żeby wszystko skupiało się w Ministerstwie Zdrowia. Tylko to chyba trochę nie tędy droga. Dziękuję bardzo.

**Przewodniczący Władysław Sidorowicz:**

...państwo, że mamy chyba już wyrobioną opinię na ten temat, więc możemy przystąpić do głosowania. Nikt nie zgłaszał poprawek, Biuro Legislacyjne także nie zgłaszało poprawek do ustawy.

Zgłaszam wniosek o przyjęcie uchwały, w której proponujemy Senatowi przyjęcie tej ustawy bez poprawek.

Kto jest za? (4)

Dziękuję bardzo.

Jednogłośnie za.

Dziękuję bardzo panu ministrowi i panu posłowi.

A, jeszcze sprawozdawca. Michał Okła będzie sprawozdawcą.

Bardzo dziękuję wszystkim państwu za uczestnictwo.

W sprawach różnych... Skoro już w zasadzie pan Woźniak sobie poszedł, to reszta, to my... Dziękuję.

Zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia.

*(Koniec posiedzenia o godzinie 13 minut 08)*



Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851