SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (**65.**)
w dniu 5 marca 2018 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty (druk senacki nr 749, druki sejmowe nr 2264 i 2315).

Zapis stenograficzny jest tekstem nieautoryzowanym.

(Początek posiedzenia o godzinie 15 minut 04)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu. Witam państwa na sześćdziesiątym piątym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Dzisiaj mamy do rozpatrzenia ustawę o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty.

Bardzo serdecznie witam na naszym posiedzeniu po raz pierwszy pana ministra Janusza Cieszyńskiego wraz ze współpracownikami. Witam panie i panów senatorów. Witam przybyłych gości.

Ażeby nie tracić czasu, proszę, Panie Ministrze, o przedstawienie w kilku słowach założeń tej ustawy.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

To jest ustawa, której głównym celem jest umożliwienie przeprowadzenia pilotażu wdrożenia funkcjonalności w ramach platformy P1, funkcjonalności: wystawianie recept w formie elektronicznej. Zgodnie z zapisami ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia to jest projekt, który do końca bieżącego roku powinien zacząć obowiązywać we wszystkich aptekach, tzn. każda apteka w Polsce winna przyjmować, akceptować recepty wystawiane w formie elektronicznej, a rok później obowiązkowe stanie się także wystawianie tych recept co do zasady wyłącznie w formie elektronicznej. Tam są pewne wyjątki, ale ogólnie można powiedzieć, że ten obieg recept będzie się odbywał w taki sposób, elektronicznie. Ponieważ to wdrożenie jest tak duże… Proszę państwa, ja tylko wspomnę, żeby troszeczkę sobie zwymiarować, jak istotna to jest zmiana, że szacuje się, iż rocznie w Polsce wystawia się 250 milionów recept, a na pewno – to są dane stuprocentowo pewne – 156 milionów recept na leki refundowane zrealizowano w roku ubiegłym. To nam pokazuje, że to jest rzeczywiście taki proces, którego informatyzacja przyniesie bardzo duże, wymierne efekty i społeczne, i ekonomiczne dla systemu ochrony zdrowia. Dla porównania tylko dodam, że zwolnień lekarskich jest ok. 23 milionów rocznie, a zleceń na wyroby medyczne jest ok. 2,5 miliona, czyli to jest odpowiednio 0,1 i 0,01 tej wielkości, o której mówimy w przypadku elektronicznych recept. I tyle gwoli wstępu.

Chciałbym tu opowiedzieć o 4 najważniejszych zmianach, które tu przeprowadzamy. Po pierwsze, wprowadzamy zmiany w zakresie sposobu podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej. Te zmiany będą polegać na tym, że udostępnimy możliwość podpisywania tejże elektronicznej dokumentacji medycznej za pomocą bezpłatnego, wystawianego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, także zdalnie, bez konieczności wizyty w siedzibie zakładu, certyfikatu, który z jednej strony gwarantuje bezpieczeństwo, a z drugiej strony upraszcza proces i nie niesie za sobą żadnych dodatkowych kosztów dla świadczeniodawcy. Ja powiem tylko o przykładzie elektronicznego zwolnienia. Byłem świadkiem tego, jak wygląda proces wystawiania go, podpisywania np. za pomocą profilu zaufanego, bo to jest inny bezpłatny sposób podpisywania takiej dokumentacji, i to trwa mniej więcej dwa razy dłużej niż podpisywanie z użyciem takiego bezpiecznego certyfikatu wystawianego przez ZUS. My chcemy wyjść naprzeciw środowisku lekarskiemu i chcemy umożliwić podpisywanie niejako za pomocą jednego nośnika, tego bezpiecznego certyfikatu ZUS, wszystkich rodzajów dokumentacji, czyli zarówno elektronicznych zwolnień, jak i elektronicznej dokumentacji medycznej.

Kolejną kwestią jest umożliwienie wystawienia recept bez osobistego kontaktu osoby wystawiającej z pacjentem. Już teraz – to też chciałbym wyjaśnić, ponieważ tu się pojawiły pewne wątpliwości, powiedziałbym, w sferze medialnej – w żadnym wypadku nie dotyczy to wyłącznie recept kontynuowanych. Od tej pory, od momentu wejścia w życie tej ustawy w obecnym kształcie takie zdalne wystawienie recepty będzie dostępne zarówno w przypadku terapii kontynuowanej, jak i w przypadku pierwszej wizyty, pierwszego przepisania danego produktu leczniczego. Uważamy, że to jest niezwykle istotna kwestia w zakresie rozwoju medycyny świadczonej na odległość, telemedycyny, ponieważ ona umożliwi lekarzowi, u którego dziś w niektórych przypadkach nawet 30% wizyt odbywa się wyłącznie, że tak powiem, po receptę – tak, 30% przyjęć są to wizyty pacjentów wyłącznie po receptę – realizowanie tych wizyt w formie konsultacji telemedycznej. To oznacza, że nie będzie konieczności zapraszania pacjenta do placówki medycznej, tylko po prostu będzie można z domu, można powiedzieć, siedząc na kanapie, taką telekonsultację odbyć i otrzymać receptę.

Kolejna kwestia dotyczy czegoś, co nie jest w 100% związane z tematyką elektronicznej recepty, ale jest elementem prawa farmaceutycznego ogółem, to jest kwestia

przepisów dotyczących wystawiania zapotrzebowań przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Te zapotrzebowania, jak to zidentyfikował główny inspektor farmaceutyczny, stały się, można powiedzieć, takim wyłomem w systemie, przez który niestety jest kierowany strumień nielegalnie wywożonych leków. Początkowo głównym źródłem były placówki apteczne, później to były hurtownie, a stopniowo, gdy główny inspektor podejmował z tymi zjawiskami walkę, nasi przedsiębiorczy przestępcy przenosili się po prostu do kolejnych kanałów. Zauważyliśmy, że przenieśli się oni niestety również do tych placówek leczniczych. W związku z tym my tu wprowadzamy pewną dodatkową sprawozdawczość, jednocześnie ze względu na wagę sprawy wydaje się, że nie aż tak dotkliwą, mianowicie konieczność złożenia oświadczenia, że te produkty, na które to zapotrzebowanie jest wystawione, zostały podane pacjentom, a nie służyły do jakiegoś handlu, oraz konieczność, tak referencyjnie, podania liczby pacjentów, którym te środki lecznicze zostały wydane. Tu nie chodzi o taką buchalterię z dokładnością do jednego miejsca po przecinku, bardziej chodzi o to, żeby sprawdzić, czy rzeczywiście ten wolumen leków, na który zapotrzebowanie się składa, nie jest aby nadmierny i czy nie ma podejrzenia, że po prostu niemalże o rząd wielkości jest za dużo, się nie zgadza itd.

I ostatnia kwestia to już jest taka, bym powiedział, kwestia techniczna, lecz jednocześnie niezwykle istotna z punktu widzenia powodzenia tego pilotażu, o którym mówiłem, to jest kwestia modyfikacji przepisów związanych z rozliczeniami z Narodowym Funduszem Zdrowia. Myśmy już rozpoczęli ten pilotaż, rozpoczęliśmy go 15 lutego. Rozpoczęliśmy go cyklem spotkań z farmaceutami, tutaj przy zaangażowaniu samorządu aptekarskiego prowadzimy takie rozmowy, konsultacje. I muszę powiedzieć, że z informacji, które do mnie docierają, wynika, że podczas tych spotkań główne pytania, które się pojawiają, dotyczą właśnie 2 kwestii: rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz kwestii związanych z kontrolą prowadzoną przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną. Myśmy początkowo planowali dwufazowość tego pilotażu i rozpoczęcie go wyłącznie od recept na leki nierefundowane, ale później uznaliśmy, że skoro to jest jedynie 40% całości, to też dodatkowo wprowadzi to być może nieporozumienia, niepewność, może zniechęcić do tych nowych rozwiązań, więc uznaliśmy, że lepiej zrobić to wszystko jednym ruchem, od razu uruchomić pełen zakres tych produktów leczniczych, czyli zarówno refundowane, jak i nierefundowane, i wymagało to pewnych niewielkich zmian, umożliwiających zrealizowanie zgodnie z prawem tych rozliczeń przez punkty apteczne i Narodowy Fundusz Zdrowia. To są takie 4 punkty.

Jeśli ktokolwiek z państwa ma jakiekolwiek pytania, to bardzo chętnie na nie odpowiem, jeśli są ewentualnie jakieś wątpliwości, to postaram się je rozwiać. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Teraz proszę państwa senatorów o ewentualne pytania.

Czy ktoś z państwa ma…

Pan senator Stanisławek. Proszę.

Senator Andrzej Stanisławek:

Pani mecenas będzie chyba na temat tych recept jeszcze mówiła. A ja mam takie pytanie. Jest z nami przedstawiciel stowarzyszenia lekarzy rodzinnych, który zwrócił uwagę na art. 4 pkt 4d. Chodzi o ten jednomiesięczny zapas konieczny do realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach wykonywanej działalności leczniczej. Pytanie pana doktora jest… Poprosimy, żeby później jeszcze nam to szczegółowo wyjaśnił. Chodzi o comiesięczne sprawozdawanie. Ja słuchałem tego, co pan minister mówił, a mówił, że to jest mały problem. Tyle że my ciągle mówimy „mały problem" i cały czas dokładamy nową papierologię, zamiast ją zmniejszać, cały czas ją zwiększamy. Pytanie lekarzy praktyków jest takie: czy nie można ograniczyć obwieszczeniem ministra zdrowia tych produktów, które są wywożone? Dlaczego mamy sprawozdawać na temat wszystkich? Na pewno nie wszystkie leki są wywożone, wywożone są pewne grupy leków. Dlatego można by je wyłączyć z tej sprawozdawczości. Jeżeli jednostka POZ zamawia np. adrenalinę, to będzie co miesiąc sprawozdawała na temat tej jednej adrenaliny i pisała, że jej np. nie zużyła, tak? Albo dla jednego pacjenta, albo… Budujemy niepotrzebną sprawozdawczość. Czy to można by było troszeczkę ograniczyć i usprawnić? To jest raz.

I drugi problem dotyczy art. 4 lit. b, pktu 10: „informację o liczbie pacjentów, którym zostały podane – w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi – produkty lecznicze" itd. Pan minister powiedział, że to tak plus minus. Tylko potem przychodzi kontrola i nie ma plus minus, musi się zgadzać. Po prostu budujemy sprawozdawczość.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Panie Ministrze, może…

(*Senator Andrzej Stanisławek*: Przepraszam, tylko pani mecenas powiem: poprzedni to był art. 4 lit. b.)

Proszę odpowiedzieć, dobrze?

Proszę.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Otóż tak, to jest rzeczywiście istotna uwaga, bardzo dziękuję za jej zgłoszenie, a odpowiem tak. Myśmy, przedstawiając ten projekt przepisów, konsultowali to przede wszystkim z głównym inspektorem farmaceutycznym, ponieważ to GIF jest organem odpowiedzialnym za to, aby to bezpieczeństwo lekowe zapewniać. Ja zgadzam się z tym i mogę już zupełnie od siebie powiedzieć, że tak w duszy to też staram się działać deregulacyjnie, tam gdzie jest to możliwe. I w tym kontekście też pragnę zwrócić uwagę na przepisy, które wprowadziliśmy w zakresie kar administracyjnych, one się znajdują trochę dalej. W każdym razie proszę zauważyć, że w odniesieniu do projektu, który otrzymałem w pierwotnym kształcie na etapie tych prac ministerialnych, ja nalegałem na to, żeby tutaj… Muszę też powiedzieć, że mieliśmy nieco różne zdania z inspekcją farmaceutyczną w odniesieniu do przepisu wskazującego, że

karze pieniężnej podlega podmiot prowadzący działalność leczniczą, który uniemożliwia dokonanie wglądu do ewidencji, nie przekazuje kopii zapotrzebowań itd. Ja nalegałem na to, żeby wysokość tej kary nie była jedna dla wszystkich przypadków, tylko żeby dodać słowo „do", które zgodnie z wytycznymi wprowadzonymi w ramach zmiany kodeksu postępowania administracyjnego pozwoli na miarkowanie tej kary, dostosowanie jej wysokości do skali zawinienia. To jest tutaj o tyle istotne –dlatego też pozwoliłem sobie na taką uwagę – że tu nie chodzi o jakieś pojedyncze pomyłki, pomyłki co do 1 osoby czy 2 osób, my mówimy o tym, że inspekcja będzie musiała uzasadnić wysokość kary. Ja już nie chcę za bardzo w tę kuchnię wchodzić, ale rzeczywiście jest tak, że były po stronie inspekcji pewne wątpliwości co od tego, dlaczego inspekcja ma przedstawiać takie uzasadnienia, lepiej zróbmy jedną karę, te 10 tysięcy, bo to wcale nie jest tak dużo. No, ja jednak myślę, że 10 tysięcy zł to jest bardzo dużo, bez względu na to, czy ktoś jest aptekarzem, lekarzem, czy jakimkolwiek przedsiębiorcą, czy po prostu zwykłą osobą. Myślę, że niezwykle istotne jest właśnie to, aby wszystkie kary nakładane w ramach tych przepisów, których cel, jak się wydaje, jest dla wszystkich jasny i tu nie ma żadnych wątpliwości, bo chodzi o to, żeby walczyć z nielegalnym wywozem… No, jednak zakładamy pewien bezpiecznik, który mówi: rzeczywiście, tak, ale ta kara zawsze musi być proporcjonalna do przewinienia. Wobec tego ja zakładam, że jeżeli to będzie przewinienie nieistotne, to nie będzie tak, jak zaproponowano w pierwotnym projekcie, że jest 10 tysięcy i nie ma dyskusji, tylko inspekcja będzie miała możliwość obniżenia tej kary bądź w ogóle odstąpienia od jej nałożenia.

Ja jednak pozostaję na stanowisku, że taka postać tych przepisów jest racjonalna. Uprzejmie proszę o zaufanie ze strony państwa senatorów, ze strony komisji co od tego, że rzeczywiście my działamy w dobrej wierze, w dobrej sprawie. I też ze swojej strony składam taką obietnicę, że jeżeli w praktyce okaże się… Bo wszystkie przepisy, które wprowadzamy, szczególnie te, które stanowią o pilotażu, będziemy poddawali bardzo wnikliwej analizie już po pewnym okresie działania, po efektach, że tak powiem. Jeżeli tu będą jakieś wątpliwości, to ja zobowiązałem się – ja już wcześniej prowadziłem z panem doktorem korespondencję na ten temat – że we współpracy z inspekcją my też przed wejściem w życie tej ustawy przedstawimy wyjaśnienia, taką interpretację, aby dla każdego było jasne, co to tak naprawdę oznacza i że to nie jest przepis, którego uczciwi lekarze, uczciwe podmioty muszą się obawiać, że to jest przepis wycelowany prosto w serce tej mafii wywozowej. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję.

Panie Ministrze, pan senator chce jeszcze dopytać, tak? Proszę.

Senator Andrzej Stanisławek:

Chciałbym… W tym art. 4 pkcie 4 jest lit. c „oświadczenia, o których mowa w ust. 2 pkt 11, składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń", czyli te jednomiesięczne zapasy, które przedstawiamy, prezentujemy pod rygorem odpowiedzialności karnej, nie finansowej. To jest jedna sprawa.

Druga sprawa jest całkiem inna. Przepraszam, bo może nie znam dobrze tej ustawy. Gdzie będzie prowadzony pilotaż?

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński*: Już odpowiadam. Faktycznie może w planie niewystarczająco było o tym pilotażu…)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Panie Senatorze, to już wszystkie pytania?

(*Senator Andrzej Stanisławek*: Gdzie pilotaż, kiedy i jak długo? Dziękuję.)

Dobrze.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński*: Już mówię.)

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Jeśli chodzi o pilotaż, to on już się rozpoczął, rozpoczął się w 2 miejscowościach, bym powiedział, w średniej wielkości polskich miastach, to są Siedlce i Skierniewice. Zawsze pojawia się pytanie, dlaczego wybrano te lokalizacje.

(*Senator Andrzej Stanisławek*: Nie, takie się nie pojawia, tylko ja bym…)

Ale ja się z nim spotkałem, więc…

(*Senator Andrzej Stanisławek*: Aha.) (*Wesołość na sali*)

…myślę, że można…

(*Senator Andrzej Stanisławek*: To jest bez znaczenia.)

Myślę, że to jest istotne, chyba dobrze by było, żebyśmy decyzje o tym, gdzie przeprowadzamy pilotaż, jednak jakoś uzasadniali i żeby państwo też mieli poczucie, że to nie są decyzje przypadkowe, że to się odbywa po przeprowadzeniu jakiejś analizy.

Proszę państwa, zdecydowaliśmy się na te miejscowości, ponieważ kluczowe z punktu widzenia pilotażu jest to, żeby z jednej strony to nie była zbyt mała populacja, ponieważ wtedy nie jesteśmy w stanie wyciągnąć reprezentatywnych wniosków, a z drugiej strony to nie była zbyt duża miejscowość, ponieważ wtedy będzie niezwykle trudne operacyjne przygotowanie do pilotażu. My w ramach tego pilotażu – w każdym z tych miast jest ponad 30 aptek i kilka podmiotów leczniczych – budujemy taki zamknięty terytorialnie ekosystem, tak że dajemy podstawowe bezpieczeństwo każdemu pacjentowi, tzn. że on ma pewność, że tuż przy punkcie, w którym udzieli mu się świadczenia, będzie mógł tę receptę zrealizować. Przy czym też niezwykle istotne wydaje mi się podkreślenie, że w tym przypadku mamy taką sytuację, że my nie zmuszamy nikogo do skorzystania z tej elektronicznej recepty, tzn. każdy pacjent w trakcie trwania pilotażu może powiedzieć: ja nie jestem pewien, nie wiem, nie znam się, dziękuję, poproszę zwykłą receptę papierową, wtedy lekarz mu taką receptę papierową wyda. W tym zakresie rzeczywiście mamy podejście bardzo ostrożne, ale też, myślę, bardzo optymistyczne, do tego, jak ten pilotaż będzie realizowany.

(*Senator Andrzej Stanisławek*: A jak długo…)

A rzeczywiście, przepraszam bardzo.

Jeśli chodzi o czas trwania pilotażu, to myślę, że będzie to wyglądać tak. Będziemy ewaluować jego wyniki co kilka miesięcy. Myślę, że w środku wakacji będziemy mieli pierwsze podsumowanie. Oczywiście, jeżeli państwo tylko wyrażą zainteresowanie, to ja bardzo chętnie przyjdę i na posiedzeniu komisji przedstawię wyniki, pokażę najważniejsze wnioski, ewentualnie jakieś problemy, jakieś podsumowanie liczbowe. Po wakacjach będzie takie drugie, że tak powiem, odcięcie.

Mocno zastanawiamy się nad tym, czy nie rozszerzyć tego pilotażu terytorialnie, jeszcze przed wejściem w życie tego pełnego obowiązku dla aptek, czyli właśnie po wakacjach. Będziemy chcieli… Tutaj były sugestie, żeby wybrać po jednym mieście w każdym województwie. No, zobaczymy jakie będą wyniki, ponieważ my też nie wykluczamy tego, że po fazie pilotażu będzie konieczność chwilowego zamknięcia systemu i wprowadzenia pewnych zmian programistycznych, które pozwolą na wdrożenie wniosków i poprawek na podstawie tego, co w trakcie tego pilotażu, w toku tego pewnego eksperymentu uzyskamy.

(*Senator Andrzej Stanisławek*: Dziękuję bardzo.)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Pani senator Orzechowska. Proszę.

Senator Bogusława Orzechowska:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Ja tu mówię jako lekarz praktyk, akurat pracuję w POZ i zastanawiam się, czy tam zostać, bo nie wiem, jak to będzie wyglądało w praktyce. Ja wypisuję e-receptę i ona idzie do apteki, tak? Czy to są jakieś konkretne apteki, z którymi lekarz POZ ma współpracować? Czy to idzie w przestrzeń medialną do wszystkich aptek, które będą to realizować? Czy pacjent dostaje tę receptę? Pytam, bo on też musi mieć jakąś wiedzę na temat leku. To jest jedna rzecz.

A druga rzecz to sprawa tych leków, które my sprowadzamy w celu zabezpieczenia pacjenta w razie wstrząsu. Gdy my mamy te leki… Ja pracuję w małym ośrodku, u nas jest 6 tysięcy pacjentów. Żaden taki ośrodek nie zajmuje się eksportem leków gdzieś za granicę.

Następna sprawa to sprawa tej odpowiedzialności. Jeżeli ktoś przychodzi i kontroluje… Znamy zasady NFZ. Gdy NFZ przychodzi i kontroluje, to on musi coś znaleźć, bez tego nie wychodzi i bez jakiejkolwiek kary też nie wychodzi. Jeżeli więc przyjdzie kontrola z inspekcji farmaceutycznej, to myślę, że dla danej jednostki też będzie to się kończyło jakąś karą.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński*: To może w odwrotnej kolejności…)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Zacznę od ostatniego pytania, dotyczącego obaw o kary. Tak jak już mówiłem, my jesteśmy zdecydowani, żeby wszystkie kary były ewentualne, bo my wcale nie chcemy ich nakładać. I proszę mi wierzyć, ja tu też zawsze jestem do dyspozycji. Jeżeli ktokolwiek z państwa poweźmie informację, że rzeczywiście któraś z naszych inspekcji działa w sposób, wydawałoby się, może nazbyt surowy, to proszę nam też dawać znać, ponieważ naszym celem nie jest nakładanie na państwa kar, nie jest finansowanie potrzeb budżetu z tego typu dochodów, naszym celem jest po prostu zapewnianie, że leki, które opłaca publiczny płatnik, nie wyjadą za granicę sfinansowane przez polskich podatników.

Ja oczywiście rozumiem tę uwagę, że to jest niewielki ośrodek. Jest mi niezmiernie…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Ja wiem, ale niestety jest tak, że właśnie z dobrej woli, z takiego uczciwego podejścia takich lekarzy jak pani… No, mamy takie sytuacje, otóż dla osób, które się zawodowo trudnią tego typu wyłudzeniami, przybranie takiej maski, kamuflaż takiego niewielkiego świadczeniodawcy z niewielkiego ośrodka to jest żaden problem. Szanowni Państwo, ja tylko powołam się na przykłady z Ministerstwa Finansów. Kilka lat temu wprowadzono tam taką zasadę, że osoby czy podmioty, które wpłaciły wielomilionową kaucję, były de facto zwolnione z kontroli. Uznawano, że taki podmiot to jest uczciwy przedsiębiorca, on te środki nam wpłaca, w razie czego, jak będzie problem, to one przepadną na rzecz Skarbu Państwa. Proszę państwa, kto miał te 10 milionów? Oczywiście bandyci, dla których to, że przepadnie im 10 milionów, a oni w tym czasie zarobią 150 milionów… No to są 140 milionów do przodu, tak? Niestety z tym wywozem i z każdą tego typu działalnością to jest troszkę tak jak z takim wiadrem, które ma jeszcze parę dziur, my jedną staramy się załatać, ale wtedy ci, którzy korzystają, przerzucają się na te pozostałe. My naprawdę staramy się działać z poszanowaniem praw przedsiębiorcy, z takim pełnym otwarciem na tych uczciwych przedsiębiorców.

Proszę pamiętać, że niebawem, mam nadzieję, że już wkrótce, wejdą w życie postanowienia konstytucji biznesu. Ona też np. nakłada na organy kontroli obowiązek typowania do kontroli, pokazywania kryteriów, w myśl których jest robione takie typowanie do kontroli. Ma to również objąć inspekcję farmaceutyczną. Celem tego jest właśnie to, żeby obywatel, przedsiębiorca miał pewność, że te kontrole są oparte na rzeczywistych analizach, na jakichś algorytmach, takich jakie np. teraz w Ministerstwie Finansów udało się wdrożyć dzięki wykorzystaniu danych z jednolitych plików kontrolnych.

Ja wiem, że w to jest trudno uwierzyć, ale proszę, umówmy się, że po owocach nas państwo poznacie. W Krajowej Administracji Skarbowej w ciągu ostatnich 2 lat, 1,5 roku liczba kontroli zmniejszyła się, a jednocześnie jest 30 miliardów więcej dochodów podatkowych. Tak więc to pokazuje, że to nie zawsze jest tak, że suma dodatkowych dochodów jest pochodną liczby kontroli.

A teraz ten temat najprzyjemniejszy dla mnie i, jak myślę, dla państwa, czyli to, jak będą funkcjonowały te recepty, temat, który zostawiłem na koniec, żeby nie było, że mówimy tylko o kontrolach i wywozie. Otóż już tłumaczę, jak to będzie wyglądało. Te elektroniczne recepty, które zresztą pewnie, zakładam, część z państwa praktyków zna, ponieważ już teraz wiele recept wystawia się w komputerze…

(*Senator Bogusława Orzechowska*: Tak.)

Tylko, proszę państwa, co to jest za elektronizacja, gdy państwo wystawiacie receptę w komputerze, a potem drukujecie i podpisujecie? Nie, tak tego nie chcemy robić. I temu właśnie ma służyć ta elektroniczna recepta, chodzi o to, żeby tego rodzaju sytuacji uniknąć. Elektroniczna recepta w momencie, w którym zostanie wystawiona, znajduje się w bezpiecznym systemie, zabezpieczonym w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, i jest gotowa do pobrania przez każdą aptekę w Polsce. To, że ona jest gotowa do pobrania, nie oznacza, że każdy ma do niej nieautoryzowany dostęp. Można uzyskać ten dostęp albo na podstawie kodu, który znajduje się na… na podstawie kodu recepty. Czyli co do zasady to działa tak, jak obecnie, tak jak teraz można przyjść, zeskanować kilka kodów i recepta jest zrealizowana, tak w tym przypadku będzie indywidualny kod recepty, farmaceuta skanuje, w systemie pojawia się dostęp…

(*Senator Bogusława Orzechowska*: Ale musi być kartka.)

Kartka jest opcjonalna, ponieważ jeśli ktoś jest… Proszę państwa, oczywiście najlepiej by było, gdyby każdy to dostał gdzieś na smartfon, gdzieś tam w chmurze, ale nie każdy chce, tak? My wyszliśmy z założenia, że jeżeli ktoś chce, to na mocy ustawy zawsze będzie miał możliwość uzyskania tzw. wydruku informacyjnego, czyli takiego wydruku, na którym będą zawarte informacje z grubsza tożsame z tymi, które są obecnie na recepcie, przy czym ten wydruk będzie miał jedną zasadniczą zaletę. Otóż dzisiaj, kiedy realizuję receptę, to zostawiam ją farmaceucie, a tam są informacje o dawkowaniu itd. A ten wydruk jest mój, ja go mam i nie ma konieczności wypisywania czegokolwiek na dodatkowej kartce, a zazwyczaj tak to się dzieje, że dostajemy receptę, a oprócz tego kartkę z zaleceniami. Teraz jeżeli ktoś będzie chciał, to będzie mógł dostać taki wydruk, a jeżeli ktoś nie będzie chciał, jeżeli ktoś jest bardziej nowoczesną osobą, będzie mógł ten kod otrzymać w formie e-maila na telefon komórkowy lub ewentualnie będzie mógł podać swój numer PESEL oraz kod PIN przypisany do recepty, który się otrzyma SMS-em. Czyli tutaj dajemy pełną dowolność.

Proszę państwa, my nie chcemy wprowadzać rewolucji na siłę, nie chcemy, żeby to się odbyło kosztem lekarzy, farmaceutów, a przede wszystkim pacjentów. Chcemy wchodzić z możliwie szerokim pakietem rozwiązań, a jeżeli za kilka, kilkanaście lat okaże się, że już nikt tego wydruku informacyjnego nie bierze, to wtedy pewnie nie ja, ale jakiś mój następca zdecyduje, że to likwidujemy, bo po co to komu.

Tak więc tutaj de facto każdemu, kto chce, dajemy wszystkie obecne funkcjonalności recepty zwykłej, papierowej, a temu, kto nie chce, dajemy korzyści wynikające z tego, że recepta ma postać elektroniczną, a oprócz tego uzyskujemy naprawdę wiele informacji w systemie. Obecnie – to już z takich praktycznych rzeczy i tym właściwie kończę – mamy informacje dotyczące tylko recept refundowanych, ponieważ te nierefundowane pozostają tylko w obiegu aptecznym, a w przypadku recept elektronicznych będziemy mieli podgląd na wszystkie leki, będziemy mieli cały obraz rynku leków w Polsce i z tego też docelowo będziemy czerpali informacje, które się przełożą na pozytywny efekt już stricte medyczny. Mam nadzieję, że wyjaśniłem.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pani senator chce dopytać.

Proszę bardzo.

Senator Bogusława Orzechowska:

Mam pytanie, ale już nie w odniesieniu do recept. Czy nie lepiej by było wprowadzić indywidualne karty ubezpieczenia, tak jak było kiedyś, gdy istniały kasy chorych? Wtedy pilotażowo wprowadzono te karty. Wtedy byłyby tam i recepty, i skierowania, i wszelkie dane lecznicze dla pacjenta. To byłoby jednorazowe działanie, które by usprawniło funkcjonowanie służby zdrowia w całej Polsce.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Jasne. Odpowiadając krótko, powiem, że to rozwiązanie w żaden sposób nie wyklucza wprowadzenia karty pacjenta. To udostępnia tzw. internetowe konto pacjenta, do którego, gdybyśmy podjęli taką strategiczną decyzję, karta pacjenta, o której pani mówi, mogłaby by być naturalnym kanałem dostępu. Proszę zwrócić uwagę na to, że już w przyszłym roku ruszamy z wydawaniem dowodów osobistych z warstwą elektroniczną, które w naturalny sposób będą mogły pełnić podobną funkcję i będą mogły też funkcjonować jako taki bardzo bezpieczny, w pełni nas identyfikujący, z imienia i nazwiska, nośnik informacji.

My analizujemy tę sytuację, żeby z jednej strony faktycznie rozwiązać te problemy, o których pani mówi, ale z drugiej strony nie napychać, że tak powiem, portfeli Polaków kolejnymi plastikami, bo to po prostu chyba ostatecznie nie ma sensu. W każdym razie analizujemy te możliwości, a kwestie funkcjonowania takiej karty – tu pewnie nie zdradzę jakiejś wielkiej tajemnicy – też gdzieś są przedmiotem tej analizy.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Pani senator jest dociekliwa. Jeszcze raz.

Proszę bardzo.

Senator Bogusława Orzechowska:

Mam takie pytanie. A co w razie awarii prądu? Wtedy są problemy z informatyką.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Oczywiście mamy też wariant awaryjny. Jednocześnie, jak sama pani powiedziała, obecnie wystawia pani recepty na komputerze, więc jeżeli będzie awaria prądu, to pani z komputera…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

No właśnie, więc zawsze dajemy też taką możliwość. Oczywiście wierzymy w te nowoczesne technologie, ale wiemy też, że trzeba mieć plan B, plan awaryjny, który zawsze pozwoli nam wydostać się z kryzysowej sytuacji bez szkody dla pacjenta.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Panie Ministrze, a ja mam takie pytanie: czy ministerstwo przewiduje jakąś kampanię informacyjną, promocyjną, szczególnie dla ludzi starszych? Pytam, bo myślę, że to dla nich będzie największy problem, żeby się przełamać, żeby zaakceptować to, że nie dostają recepty do ręki. Czy będzie jakaś kampania w telewizji, w mediach przynajmniej na temat tego pilotażu i ewentualnie tego, jak to będzie wchodziło w życie w całej Polsce?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Jeśli chodzi o pilotaż, to w tych 2 miejscowościach już rozpoczęliśmy działania informacyjno-promocyjne.

Bardzo dobrze, że pan przewodniczący poruszył temat osób starszych, ponieważ moim zdaniem to mogą być główni beneficjenci tego rozwiązania. Otóż, proszę państwa, ten projekt daje nam niezwykle dużo możliwości zwiększania dostępu do pewnych rozwiązań. Ja np. uważam, że powinna być możliwość otrzymania wydruku z większą czcionką, czyli np. o wielkości 16, abym miał pewność, że moja osiemdziesięcioparoletnia babcia bez okularów to przeczyta, bo to rzeczywiście jest istotne. Też à propos osób starszych powiem, że my tu wprowadzimy mechanizm pozwalający na upoważnienie członka rodziny, bliskiej osoby do zrealizowania w imieniu starszej osoby tej recepty. Obecnie de facto muszę się udać do tego członka rodziny, do mojej babci czy dziadka, wziąć ten dokument i dopiero z nim udać się do apteki, a jeżeli będę miał to pełnomocnictwo, to będę mógł przyjść prosto do apteki, to pełnomocnictwo jest odnotowane w systemie, zrealizować receptę, odebrać lekarstwa i dostarczyć je babci.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa senatorów chce jeszcze zabrać głos? Nie widzę chętnych.

Strona społeczna, tak?

Proszę się przedstawić.

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Elżbieta Piotrowska-Rutkowska:

Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Proszę państwa, chciałabym wyjaśnić kwestię zapotrzebowań. Zapotrzebowania, które regulowane są w art. 96, są to zapotrzebowania na wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych z apteki. To są zapotrzebowania realizowane w aptekach. Ale podmioty lecznicze jak najbardziej mogą realizować zapotrzebowania w hurtowniach farmaceutycznych. Zapotrzebowania realizowane w hurtowniach farmaceutycznych nie podlegają takim obostrzeniom, takim rygorom, zaś zapotrzebowania wskazane w art. 96 są to zapotrzebowania składane w aptece na wyroby medyczne i produkty lecznicze i z tego względu jest potrzebne takie ukierunkowanie. To dotyczy tylko aptek. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś jeszcze z państwa chce zabrać głos?

Proszę bardzo.

Ekspert w Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” Tomasz Zieliński:

Tomasz Zieliński, „Porozumienie Zielonogórskie”.

Przede wszystkim dziękuję za podjęcie tematu zapotrzebowań. To nie do końca jest tak, że hurtownie nie wymagają od nas zapotrzebowań. Gdyby tak było, to ta ustawa nic by nie dała, bo i tak zostawilibyśmy dziurę, gdyż te podmioty, które chciałyby oszukiwać, po prostu kupowałyby w hurtowniach, a nie w aptekach. Te same zapotrzebowania wykorzystuje się przy zakupach w hurtowniach.

My całym sercem jesteśmy za tym, żeby ograniczyć nielegalny wywóz leków, bo to też dotyka nas, kiedy jako lekarze mamy problem z terapią pacjentów, kiedy leków brakuje. Jednocześnie chodzi nam o to, żebyśmy nie utrudnili pracy lekarzom i podmiotom, zwłaszcza tym małym, ale te utrudnienia na większą skalę będą występowały również w dużych podmiotach, ponieważ wyliczanie dokładnej liczby pacjentów, którym podano preparaty kupione w ramach poprzedniego zapotrzebowania, będzie bardzo trudne. Już pomijam kwestie interpretacyjne w tych przepisach, bo co to znaczy „ilu osobom podano preparaty z poprzedniego zapotrzebowania”. Czy to ma być indywidualna identyfikacja, numery PESEL, jeżeli podaliśmy jednocześnie adrenalinę i używaliśmy innego preparatu w 2 różnych swoich placówkach, to czy musimy podać, że to było 2 pacjentów, czy mamy podać, że to był 1 pacjent? Sprawozdawczość z tego to jest wprowadzenie całego mechanizmu rejestrowania każdego zdarzenia wykorzystania produktu kupowanego na zapotrzebowanie, a wszyscy używamy tego w naszych podmiotach, codziennie używamy strzykawek, igieł, rękawiczek, gazików, szpatułek, które są wyrobami

medycznymi. Chodzi nam o to, żebyśmy znaleźli metodę uproszczenia funkcjonowania, a nie dokładania nowej sprawozdawczości i nowych obowiązków. To jedna rzecz.

Druga rzecz to jest kwestia tych jednomiesięcznych zapotrzebowań. To będzie od nas wymagało kupowania za każdym razem maksymalnie na miesiąc. W przypadku małych podmiotów to jest zdecydowane utrudnienie, bo my często nie używamy aż takich ilości preparatów, żebyśmy musieli co miesiąc robić nowe zakupy. To jest dla nas kolejne obciążenie, trzeba pilnować, że to nie na miesiąc… Musimy mieć małe ilości. Dlatego proponowalibyśmy, aby ograniczyć zakres tych rzeczy do tych substancji, tych wyrobów, które są zagrożone wywozem, bo jak najbardziej dla dobra kraju musimy ponieść jakieś ciężary biurokratyczne.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Ministrze, niech pan odpowie.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Dobrze.

Ja tu częściowo się do tego odnosiłem, ale widzę, że temat jest nośny, więc chciałbym wyjaśnić to jeszcze dokładniej. Tak jak zadeklarowałem, my jesteśmy jak najbardziej otwarci na to, żeby po wejściu w życie tych przepisów przyjrzeć się temu, jak one funkcjonują. Jeżeli państwa obawy okażą się słuszne i rzeczywiście, można powiedzieć, skala tego dodatkowego obowiązku będzie jednak większa niż korzyści, które z tego płyną, to, proszę państwa, ja będę pierwszy, który przygotuje taki projekt. Jednocześnie chciałbym powiedzieć, że te wymogi, te informacje w zakresie sprawozdawczości to są propozycje od głównego inspektora farmaceutycznego, czyli organu, który najlepiej w Polsce zna się na nielegalnym… może to źle powiedziane, że najlepiej się zna na nielegalnym wywozie leków, ale zna się na tym, jak temu przeciwdziałać, jak pewnym niepożądanym zjawiskom tutaj przeciwdziałać. Dlatego ja bym prosił…

Tak naprawdę – to à propos tego pytania, które pan doktor zadał na samym początku, dotyczącego liczby pacjentów – to my interpretujemy to tak, że to jest liczba unikalnych pacjentów, czyli ten sam pacjent, któremu podaje się 2 różne środki, to jest jednak 1 pacjent. Ale to, że pan to podnosi, dla mnie jest jednoznacznym znakiem, że my rzeczywiście powinniśmy… Tu odniosę się niejako do tego, co w ogóle jest kierunkiem działań naszego rządu: otóż takie interpretacje, takie wyjścia naprzeciw chcemy jak najbardziej uskuteczniać. My przedstawimy wytyczne, żeby państwo mieli taką wiedzę, stosując to prawo na co dzień, w praktyce, opublikujemy te wytyczne w internecie. Ja też mam nadzieję, że tutaj wspólnie z przedstawicielami samorządu będziemy mogli te informacje dystrybuować do państwa, tak żeby państwo mieli pewność, że rzeczywiście tak jest.

Ze swojej strony, jak mówię, raz jeszcze deklaruję pełną współpracę. My naprawdę wierzymy, że te przepisy warto wprowadzić. A jeżeli się okaże, że tutaj troszeczkę za bardzo poszliśmy w stronę sprawozdawczości, to też jesteśmy otwarci na to, żeby się z tego wycofać. Na pewno nie jest niczyją intencją to, żeby nakładać na przedsiębiorców jakiekolwiek zbędne, dodatkowe, niepotrzebne obowiązki. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Czy jeszcze ktoś z państwa chce zabrać głos? Nie widzę chętnych.

Teraz oddaję głos pani legislator. Proszę o uwagi i opinię do tego projektu.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Jeśli można, chciałabym zwrócić uwagę na kilka kwestii. Być może wynika to z pośpiechu, ponieważ ustawa została uchwalona 1 marca, 2 marca dostaliśmy druk, dzisiaj jest 5 marca, a jeszcze pomiędzy tymi dniami był weekend. Ja starałam się przyjrzeć tej ustawie może nie tak bardzo z tego punktu widzenia, jaki jest prezentowany w wypowiedziach, które tu usłyszeliśmy, co jest niezwykle cenne, dlatego że na poziomie takim legislacyjnym trochę inne rzeczy narzucają się jako pierwsze.

Dlatego chciałabym zapytać o takie sprawy. Terminologia tej ustawy. Pojęcie e-recepty w moim przekonaniu dla adresata ustawy, który nie ma tak bardzo dogłębnej merytorycznej wiedzy na temat jej stosowania, po pierwsze, może oznaczać formę elektroniczną recepty, ale ta forma… Ja mówię o formie, ustawa mówi o postaci, ale rozumiem, że w systemie prawa elektroniczna forma recepty istnieje już od 2015 r. Ja staram się wnikać w to, co czytałam, co pan minister mówił. Rozumiem, że tutaj chodzi o przyspieszenie, prawdopodobnie, tak mogę się domyślać, ponieważ tej e-recepty, tego pojęcia – mówię już ściśle o pojęciu „e-recepta" – nie znalazłam nigdzie indziej, w innych przepisach. Czytając nowelizację, wydaje mi się, że zauważam, że to jest jakby wzbogacenie znaczenia udzielania świadczenia opieki zdrowotnej. Przyznam, że bardziej skupiałam się na ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych niż na ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ale właśnie tutaj, tak mi się wydaje, nastąpiło w pewnym sensie rozszerzenie znaczenia pojęcia świadczenia opieki zdrowotnej właśnie ze względu na ten sposób udzielania, ten taki „zaoczny". I teraz, kiedy patrzę na ustawę o zawodach lekarza i lekarza dentysty, nie potrafię może precyzyjnie tego nazwać, ale czegoś mi brakuje. Jeżeli skreślimy słowo „osobistego", to w ustawie zostaje „bez badania". Być może nie czytam tego w taki sposób, jak państwo, ale jednak jako adresat normy. I teraz okazuje się, że bez badania pacjenta lekarz może wystawić receptę. Po prostu niepokoją mnie te pojęcia, które wokół tego słusznie funkcjonują, to znaczy te systemy teleinformatyczne, system łączności, ta telemedycyna, o której mówi uzasadnienie, i brakuje mi takiego jednoznacznego wskazania tego, co właściwie jest istotą. W ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej jest takie brzmienie „bez dokonania osobistego badania pacjenta". Tutaj skreślamy to osobiste badanie. W tej sytuacji jakiś taki niepokój legislacyjny się

we mnie pojawia, czym właściwie jest to badanie, tym bardziej że pan minister mówił, że to nie będzie chodziło tylko o recepty wystawiane w ramach kontynuacji leczenia, ale także przy okazji pierwszego kontaktu. Wydaje mi się… Ja nie chcę niczego takiego sugerować na tym etapie ustawy, ale być może przydałby się jakiś komentarz nieco rozjaśniający, zmniejszający trochę ten niepokój legislacyjny co do tego, co w istocie zostało wyrażone na poziomie legislacyjnym. To jest jedna kwestia.

A druga jest taka. Chciałabym zapytać o taką sprawę. Recepty *pro auctore* i *pro familiae*, które na razie są – jeśli jako legislator dobrze prześledziłam stan prawny, to one pojawiły się w 2015 r. – stały się taką furtką do wystawiania recept dla rodziny i dla lekarza, powiedzmy, dla lekarza, dla siebie. One istnieją, ale art. 11 mówi o tym, że po 2025 r. tego art. 95 ust. 2 pkt 2 nie będzie. Mnie brakuje przepisu materialnego, że tak powiem. Bo przepis wprowadzający tę formę czy sposób wystawiania recepty *pro auctore*, *pro familiae*, zawarty w art. 95b prawa farmaceutycznego, znajduje się w miejscu, w którym jest mowa o recepcie papierowej. Obecna nowelizacja wprowadza do ustawy o refundacji te 2 pojęcia, ale one też są jakby… mają charakter, nie wiem, roboczy, nie przychodzi mi w tej chwili… W każdym razie brakuje mi materialnego przepisu, który zostanie, który będzie i wtedy trafne będzie w uzasadnieniu stwierdzenie, że po 2025 r. będzie to tylko kwestia recept elektronicznych.

I ostatnia kwestia to kwestia tego bardzo szybkiego wejścia ustawy w życie, czyli 7 dni od dnia ogłoszenia. Ja nie kwestionuję tego, że zaistniała taka potrzeba, ale ten interes państwa właściwie w uzasadnieniu nie został w żaden sposób przybliżony, nie został nakreślony. Ja doczytałam się tego, że forma elektroniczna istnieje już od 2015 r., w tej chwili następuje przyspieszenie, ale jest to uzasadnienie bardzo enigmatyczne. Po prostu powołano się na faktyczną pilność tej ustawy, bo ta ustawa nie ma klauzuli pilności, to jest tylko faktyczna pilność, związana z bardzo szybkim procedowaniem w Sejmie. Tego trochę zabrakło. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Panie Ministrze, proszę się ustosunkować do tych uwag.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Dobrze.

Ja bardzo dziękuję za te uwagi. Ja nie ukrywam, że tak jak w przypadku uwag merytorycznych, to ja co do zasady jestem bardzo pewny wszystkich postanowień zapisów tej ustawy, tak uwagi legislacyjne zawsze przyprawiają mnie o palpitacje serca z obawy, że może rzeczywiście czegoś nie dojrzeliśmy. Ale jeśli chodzi akurat o te 3 kwestie, o które pani mecenas pytała, to mam tu wyjaśnienie.

Zacznę od końca, od tego krótkiego vacatio legis. Ono wynika de facto z tego, że ponieważ my jesteśmy teraz w trakcie pilotażu, te przepisy wejdą w życie – można powiedzieć, gdyby taka formuła w polskim prawie istniała – wyłącznie na terenie Siedlec i Skierniewic w obrębie tegoż pilotażu. Nam po prostu zależy na tym, żebyśmy jak najszybciej z tym pilotażem ruszyli. Proszę też pamiętać o tym, że wchodzi tu w grę dostosowanie narzędzi informatycznych. Otóż czasami producenci oprogramowania mają wpisane takie klauzule, że uaktualniają oprogramowanie tak, aby ono było zgodne z przepisami prawa. Zatem im szybciej to wejdzie w życie, tym więcej czasu damy producentom oprogramowania gabinetowego, oprogramowania aptecznego na wdrożenie tych zmian. Ja też nie ukrywam, że my tu liczymy na pewien efekt skali, na to, że gdy te rozwiązania zostaną wprowadzone w toku pilotażu, to później udostępnienie ich innym podmiotom, a np. w przypadku oprogramowania aptecznego tych producentów nie jest aż tak wielu, będzie łatwiejsze, co przyspieszy wdrożenie tego systemu w całej Polsce. Stąd ta faktyczna pilność.

Jeśli chodzi o kwestie związane z receptami *pro auctore* i *pro familiae*, to one rzeczywiście są elementem systemu, a jedyne, co my tu w odniesieniu do nich robimy, to przedłużamy obowiązywanie możliwości ich wystawiania w formie papierowej. To wynika z naszych konsultacji ze środowiskiem lekarskim, gdzie podnoszono, że te recepty są wystawiane przez starszych lekarzy, którzy często wystawiają recepty wyłącznie dla siebie i członków najbliższej rodziny. Po prostu nie chcieliśmy tego rzeczywiście niewielkiego obszaru, jakim są recepty wystawiane dla siebie czy dla rodziny, wtłaczać niepotrzebnie w ten system elektroniczny. Jest to tak niewielki kawałek tego obszaru, że rzeczywiście uznaliśmy, że nie ma sensu tego robić.

I ostatnia kwestia, czyli kwestia związana z badaniem pacjenta, konkretnie z tym osobistym badaniem. Otóż proszę zwrócić uwagę na to, że to usunięcie słowa „osobiste" prowadzi do tego, że a contrario w przypadku badania zwykłego, czyli tego pierwszego, domniemywa się, że ono nie musi być osobiste, tylko może być też telemedyczne, a w przypadku tej recepty związanej z kontynuacją leczenia dodajemy tylko informację, że rzeczywiście można już teraz taką elektroniczną receptę wystawić. W zbiegu z przepisami, których tu niejako nie ma, bo nie są one przedmiotem tej nowelizacji, tej zmiany, w takim zestawieniu, w tej koniunkcji widać, że jest możliwość wystawiania elektronicznych recept podczas konsultacji telemedycznej bez względu na to, czy to jest recepta pierwsza, czy kontynuowana.

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Oczywiście.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Pani Legislator, proszę, bo wiem, że jeszcze jakiś …

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

W takim razie, jeśli można, zapytam – to w związku z wejściem w życie tej ustawy – jakie przepisy są podstawą do prowadzenia tego pilotażu, który już funkcjonuje? Ja mam wrażenie, że w tym medycznym gronie wszyscy to wiedzą, ale gdyby zechciał pan mi wskazać tę podstawę prawną… Pytam, bo po prostu trudno mi się jej doszukać.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Tak, to jest pewien, powiedziałbym, paradoks, ponieważ zgodnie z obecną treścią prawa farmaceutycznego, Szanowni Państwo, recepty co do zasady są elektroniczne, a wyjątkowo papierowe.

(*Wypowiedzi w tle nagrania*)

Tak niestety nasze przepisy obecnie wyglądają. Ja się z tego cieszę dlatego, że w tej sytuacji nie musieliśmy w tym niezwykle krótkim terminie, w tym krótkim czasie dokonywać takiego dużego, znaczącego dostosowania. To zostało już przygotowane przez moich poprzedników i to rozwiązanie umożliwia już na gruncie obecnej treści prawa farmaceutycznego wystawianie recept w formie elektronicznej. Ja tylko dodam, że projekt P1, którego jedną z funkcjonalności jest elektroniczna recepta, prowadzony jest od 2009 r., wobec czego upłynęło już, bym powiedział, nawet wiele kadencji, w czasie których można było przygotować odpowiednie przepisy. Ja jestem tutaj takim beneficjentem tego przygotowania. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Nie widzę więcej…

A, jeszcze pani senator Orzechowska. Proszę bardzo.

Senator Bogusława Orzechowska:

Ja przepraszam, że jestem taka dokuczliwa, ale mam jeszcze wątpliwość. Na podstawie swojej praktyki mogę powiedzieć, że często się zdarza, że przy bardzo różnych schorzeniach występują identyczne objawy, w związku z czym wydanie opinii lekarskiej na podstawie tylko telemedycznych wskaźników nie zawsze jest możliwe. Załóżmy, że posługując się tylko danymi telemedycznymi ja wystawię jakąś receptę i okaże się, że lek jest nietrafiony, a pacjent będzie miał jakieś powikłania. Kto wtedy będzie za to odpowiadał?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Ja powiem tak. Pracując w Ministerstwie Zdrowia, mam niezwykłe szczęście, ponieważ wiem, że po drugiej stronie, czyli odbiorcami tych przepisów, są osoby niezwykle zaangażowane w swoją pracę, właśnie lekarze, osoby, które mają większą niż ktokolwiek inny świadomość tego, że w ich rękach jest ludzkie życie. Konsultacja telemedyczna nie zawsze może być substytutem konsultacji osobistej, ja sobie doskonale z tego zdaję sprawę i wręcz zachęcam każdego, kto zastanawia się nad tymi konsultacjami telemedycznymi, kto już je prowadzi, aby szczególnie w sytuacji tychże konsultacji telemedycznych dokładał wszelkich starań… Zawsze przecież można pacjenta poprosić, żeby przyszedł na konsultację osobistą.

Ja też chciałbym zwrócić uwagę na to, że w przypadku niezwykle korzystnej z punktu widzenia efektu medycznego opieki koordynowanej bardzo często mamy taką sytuację, że w toku leczenia nie wszystkie wizyty są telemedyczne. Nawet dobra praktyka jest taka, że pierwsza wizyta, kiedy pani poznaje lekarza, osobę, która ma zadbać o pani zdrowie, powinna być stacjonarna. Ale kolejna wizyta, jakaś konsultacja, taka sytuacja, kiedy pani po prostu chce sprawdzić, czy na pewno wszystko z pacjentem jest dobrze, może się odbyć telemedycznie. A jeżeli podczas tej konsultacji telemedycznej pani jako lekarz stwierdzi, że rzeczywiście tu są jakieś objawy, jakieś podejrzenia i trzeba pacjenta zobaczyć osobiście i zbadać go tradycyjnymi metodami, to oczywiście tak, trzeba to zrobić. To jest jedyny kierunek rozwoju dla telemedycyny. To na pewno nie ma być tak, że telemedycyna ma być takim taśmociągiem do przerzucania kolejnych pacjentów na monitorze komputera. To ma być uzupełnienie, to ma być oszczędzenie pacjentowi konieczności udania się na wizytę w placówce medycznej, bo wiadomo, że sama wizyta w miejscu, gdzie są inni chorzy, nie jest dobra dla zdrowia i tego też chcielibyśmy unikać. Bardzo często jest też tak, że chcemy się dostać do jakiegoś konkretnego specjalisty, specjalisty w swojej dziedzinie i ja jestem np. z Wrocławia, a ten specjalista przyjmuje w Warszawie. Jeżeli jestem w ciężkim stanie, to konsultacja telemedyczna oszczędza mi całego trudu podróży. A więc to są korzyści.

To jest też pewna demokratyzacja dostępu do systemu ochrony zdrowia. Proszę pamiętać, że właśnie my teraz w Warszawie dostęp do specjalistów, do opieki, do aparatury mamy, prawdę mówiąc, doskonały, ale jeżeli ktoś mieszka w niewielkim ośrodku, z dala od wielkiego miasta, to ten dostęp jest dużo słabszy i czasami taka konsultacja telemedyczna może rzeczywiście dać możliwość skonsultowania swojego przypadku ze specjalistą, pozwolić na kontakt, na który w normalnej sytuacji pacjent nie mógłby sobie pozwolić.

Oczywiście priorytetem jest bezpieczeństwo pacjenta, zapewnienie komfortowych warunków wykonywania pracy przez lekarza, tak żeby lekarz nie musiał się zastanawiać nad tym, czy tu będzie taka odpowiedzialność, bo pani słusznie to podniosła, tu jest odpowiedzialność, pani jest odpowiedzialna za tego pacjenta. Ale właśnie dlatego, że pani i wszyscy inni lekarze są odpowiedzialni, to ja wierzę w mądrość, wierzę w zbiorową i indywidualną mądrość lekarzy w tym zakresie, że jeżeli będą jakiekolwiek wątpliwości, to po konsultacji telemedycznej taka osoba zostanie zaproszona na wizytę osobistą.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Jeszcze pani senator? Okej.

Senator Bogusława Orzechowska:

Jeśli mogę, to jeszcze raz. Powiem tak. Człowiek z natury jest leniwy, więc zastanawiam się, czy nie grozi to tym, że przejdziemy głównie na pracę telemedyczną. To jest jedna rzecz. I druga rzecz. Czy nie grozi to utratą bezpośredniego kontaktu lekarza z pacjentem? Czasami dla pacjenta rozmowa z lekarzem jest podstawą i zaufania, i leczenia.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Tak jak już mówiłem, oczywiście są potencjalne problemy, ale chciałbym powiedzieć, że rozmawiałem z przedstawicielami różnych podmiotów, które już wdrożyły konsultacje telemedyczne, i muszę pani powiedzieć, że poziom satysfakcji z tych usług jest znacznie wyższy niż w przypadku wizyt stacjonarnych, co do których często pacjenci miewają pewne wątpliwości, miewają wątpliwości, czy ta jakość aby na pewno jest najwyższa. A tutaj są bardzo, bardzo wysokie wskaźniki satysfakcji. My też stale chcemy monitorować, badać, sprawdzać, czynić dostęp coraz lepszym, wykorzystywać nowoczesne narzędzia przy jednoczesnym poszanowaniu dorobku, wiedzy lekarskiej. Tak jak pani powiedziała, kontakt z pacjentem jest niezbędny i wobec powyższego każdy lekarz, który zamiast czy po konsultacji telemedycznej uzna, że taka wizyta jest niezbędna, może pacjenta na taką wizytę zaprosić. Ja naprawdę nie wyobrażam sobie i nie chciałbym – mimo że ta telemedycyna jest w moim zakresie zadań i naprawdę chciałbym, żeby ona się w Polsce rozwinęła – żeby ona się rozwijała kosztem dobra pacjenta czy lekarza. Dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.
Nie ma więcej…
A, pan senator Stanisławek. Proszę.

Senator Andrzej Stanisławek:

Ładnie pan minister zakończył, mówiąc, że nie chciałby, żeby telemedycyna rozwijała się kosztem pacjenta lub lekarza. Nie wiem, chyba 3 lata temu, może 4 lata temu, bo ten czas szybko biegnie, była w Polsce afera w związku z konsultacją udzieloną przez lekarza przez telefon i lekarz poniósł konsekwencje udzielenia informacji pacjentowi przez telefon, bo większość świata lekarskiego była absolutnie przeciwna czemuś takiemu, żeby konsultować przez telefon. No, niczym się to nie będzie różniło. Zawsze jest jedna sprawa: odpowiedzialność. No dobrze, ja rozumiem, niesiemy pomoc pacjentowi, tylko że my jesteśmy po drugiej stronie, jeżeli nie zachorujemy. Niestety, ja osobiście nie wierzę pacjentom i mam do tego podstawy. Jeśli pacjent chce, to będzie oszukiwał. To musi być nagrywane, musi być możliwość odtworzenia, to musi być jako dowód dla prokuratury. No, prokuratura ma dla nas specjalny pion, jesteśmy pod szczególnym nadzorem prokuratorskim. I to wcale nie jest takie piękne… Ja rozumiem telemedycynę, ja sam byłem w Holandii, chcieliśmy rozszerzyć telemedycynę w histopatologii czy w radiologii, tu to jest bardzo proste. Ale w chirurgii? Nie wiem.

Ja rozumiem, ułatwienie dla pacjenta, oczywiście, taki jest kierunek, taki jest świat. Ale to nikomu nie pomaga. Ja mam porozmawiać z pacjentem, nazwisko takie i takie. Mówię: chwileczkę. Muszę wejść w jego historię choroby. Pytam: a kiedy pan miał ostatnie badania? Słyszę: nie pamiętam, panie doktorze. Zatem sprawdzam i mówię: wie pan co, pan w ogóle nie miał robionych badań. Pytam: a kiedy pan był ostatnio? Pacjent na to: panie doktorze, ja tylko receptę chciałem.

(*Przewodniczący Waldemar Kraska*: Rozumiem, że pan profesor skończył, tak?)

Tak, skończyłem. Tylko podkreślam, że to wcale nie jest tak łatwo. Musi być jakieś bezpieczeństwo po stronie lekarza w zakresie informacji… Bo to nie jest porada, nie należy tego nazywać poradą, to jest informacja telemedyczna.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Jasne.

Tak jak powiedziałem, ja staram się zawsze dostrzec obydwie strony, które są obecne w gabinecie, nie tylko pacjenta, którego dobrem najwyższym się kierujemy, ale też lekarza, jego bezpieczeństwo, jego komfort pracy. Jeśli chodzi o bezpieczeństwo, to jest to już, powiedziałbym, ekstremalna sytuacja, ale ja myślę, że także komfort pracy to jest niezwykle istotna kwestia i rzeczywiście powinniśmy o nim pamiętać. Ja sobie nie wyobrażam, żeby ktokolwiek państwa zmuszał do realizowania świadczeń w formule telemedycznej, jeżeli państwo tego nie chcecie robić. To jest jakby… Ja sobie tego po prostu nie wyobrażam, uważam, że to jest niemożliwe, że to jest aberracja. Nie może być tak, że komuś, kto ma w rękach ludzkie życie, każe się realizować świadczenia bez poszanowania jego komfortu. Wszystkie przepisy, które my wdrażamy, ułatwiające dostęp do konsultacji telemedycznych, to są przepisy opcyjne, to nie jest obligo, to nie jest konieczność. To tylko daje możliwość rozwoju pewnych systemów, pewnych platform, ale w żaden sposób nie obliguje żadnego lekarza w Polsce do tego, żeby on w tym uczestniczył.

(*Senator Andrzej Stanisławek*: Mogę?)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Proszę, Panie Senatorze.

Senator Andrzej Stanisławek:

Panie Ministrze, ja troszkę odwrócę sytuację. Otóż jest to bardzo dobra platforma do rozwoju niepublicznej służby zdrowia, prywatnych gabinetów. Ja się ogłaszam: porady onkologiczne internetowe, online. I już nie biorę wtedy 200 zł, tylko 50 zł za 5 minut.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński*: To jest pytanie czy…)

Tak, to jest pytanie. Pan wprowadza taką możliwość, ja z niej korzystam. Pacjentowi to nic nie da.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Ja sobie z tego doskonale zdaję sprawę…
(*Senator Andrzej Stanisławek*: …Obydwu stron, tak?)
Ja sobie z tego doskonale zdaję sprawę…

(*Senator Andrzej Stanisławek*: Ja wezmę pieniądze, a pacjent nic z tego nie ma.)

…ale ja sobie nie wyobrażam, żeby ktoś, kto posiada prawo do wykonywania zawodu lekarza, kto składał przysięgę Hipokratesa, dopuścił się takich rzeczy. To jest tak samo… Proszę państwa, a co z jakością świadczeń udzielanych w gabinecie?

(*Senator Andrzej Stanisławek*: Nie ma standardów.)

Wobec powyższego trudno powiedzieć, że to forma telemedyczna daje pole do powstawania jakichś problemów czy nadużyć. To jest tak, że my chcemy, żeby te standardy funkcjonowały… Proszę też zauważyć, że o ile w przypadku konsultacji w gabinecie rzeczywiście, można powiedzieć, nie zostaje ślad… A tutaj powiem tak: byłbym pewnie mało odpowiedzialny, gdybym zdecydował się udzielać takich niezwykle krótkich porad, mając świadomość tego… Oczywiście nie sam przebieg wizyty, ale takie podstawowe parametry, jak np. przeciętna długość jej trwania, są bardzo proste do sprawdzenia…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Tak więc tu rzeczywiście…

Senator Andrzej Stanisławek:

Panie Ministrze, to jest bardzo proste. Wygląda to tak. – Przepraszam bardzo, w jakiej sprawie? – Mam kaszel. – A to proszę zakasłać. Kiedy pan miał prześwietlenie płuc? – 2 lata temu. – Proszę pana, trzeba się natychmiast zgłosić do lekarza. Dziękuję. Proszę, następny pacjent. Tak, słucham? – Wie pan, mam tutaj taką plamkę. – A pan do kamery da tę plamkę. O, wie pan, to trzeba zrobić dermatoskopię. Dziękuję bardzo. Następny pacjent.

To są takie informacje, to jest telemedyczna konsultacja.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński*: Ja rozumiem…)

Licznik bije, a nic to nikomu nie daje.

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński*: Ja rozumiem, tylko że, tak jak mówię…)

Ale ja rozumiem, młodzi lekarze na pewno będą z tego korzystali.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Ja uważam i mam nadzieję, że nie wyłącznie młodzi, bo myślę, że technologia… Ostatnio ktoś mówił, wydaje mi się, że na posiedzeniu którejś komisji, że to nie jest kwestia wieku metrykalnego, tylko wieku cyfrowego. Parlamentarzyści są w różnym wieku, a każdy ma iPoda. Ja jestem przekonany…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

…że lekarze też sobie poradzą.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Ale zeszliśmy troszkę, więc…

Senator Andrzej Stanisławek:

Jeszcze jedno, ostatnie pytanie.

Panie Ministrze, to w ogóle nie o to chodzi. Dobra, wprowadzajmy telemedycynę. Tyle że to w ogóle nie o to chodzi. Chodzi o to, że my przeskakujemy z braku standardów w normalnych kontaktach, tak, z braku standardów, do telemedycyny w każdej dziedzinie, w odniesieniu do wszystkich chorób. No, brak standardów w normalnym postępowaniu stwarza niestety możliwość popełniania większej liczby błędów w telemedycynie, a to jest niekorzystne dla pacjenta.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Dlatego, tak samo jak w przypadku procedur świadczonych w czasie wizyt osobistych, będziemy bardzo dokładnie monitorować jakość tego leczenia. I to też proszę…

(*Senator Andrzej Stanisławek*: Nikt tego nie będzie robił.)

Ale proszę zobaczyć, że to jest… W sytuacji, w której to już się odbywa z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego, prowadzenie tego rodzaju statystyk jest dużo łatwiejsze niż w przypadku, kiedy mamy do czynienia z papierową dokumentacją, z koniecznością fizycznego agregowania dużych zbiorów danych. W tym przypadku przygotowanie takich analiz, nawet obejmujących bardzo duże grupy pacjentów, naprawdę nie stanowi jakiejś technologicznej trudności. To jest kolejny krok, który zamierzamy na tej drodze zrobić.

(*Senator Andrzej Stanisławek*: Panie Ministrze, bardzo mnie cieszy pana pozytywne nastawienie.)

Bardzo dziękuję.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję za tę dyskusję. Myślę, że moglibyśmy tu spędzić jeszcze wiele godzin i o tym rozmawiać.

Pani senator Orzechowska jeszcze ma jakieś wątpliwości.

Proszę.

Senator Bogusława Orzechowska:

Przepraszam, ale tym razem już nie będę panu dokuczała.

Ja uważam, że sam pomysł, konieczność korzystania z dobrodziejstw techniki to jest sprawa naturalna, a więc to, że my zadajemy pytania, to nie dlatego, żeby być zdecydowanie przeciwnym wprowadzeniu e-recept czy teleinformatycznych porad, tylko po prostu kierujemy się własnym doświadczeniem, praktyką. Dlatego jesteśmy tak dociekliwi. Dziękuję.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński:

Ja bardzo dziękuję za te pytania, bo zadawane przez państwa pytania są też odzwierciedleniem wątpliwości nie tylko ekspertów, takich jak państwo, ale i ludzi, pacjentów, którzy niebawem będą mieli możliwość korzystania z tego typu świadczeń. Więc ja się cieszę, że my wiemy, jakie

pytania mogą się pojawić, na jakie pytania możemy się przygotować, powinniśmy się przygotować, bo będziemy lepiej gotowi do komunikacji ze społeczeństwem, która w tym wypadku jest niezwykle istotna.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo. Nie ma więcej pytań.

Zgłaszam wniosek o przyjęcie tej ustawy bez poprawek.

Kto z państwa senatorów jest za tym, żeby tę ustawę przyjąć bez poprawek? (6)

Dziękuję bardzo.

Kto z państwa senatorów chciałby być sprawozdawcą?

Jeśli nie ma chętnych, to ja nim będę.

Dziękuję.

Zamykam posiedzenie…

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński*: Panie Przewodniczący, a czy ma pan informację, kiedy ten projekt będzie…)

Ja nie mam tego w planie, ale…

(*Głos z sali*: …Pan minister napisałby pismo do pana marszałka, że chcecie to wprowadzić…)

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński*: Następne posiedzenie będzie…)

(*Głos z sali*: Za tydzień.)

(*Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Janusz Cieszyński*: Za tydzień, czyli na następnym by było, tak?

Tak, na następnym.

Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 16 minut 16)

Kancelaria Senatu
Opracowanie:
Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów
Druk i łamanie: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii