SENAT RP

ZAPIS STENOGRAFICZNY

Posiedzenie
Komisji Zdrowia (**101.**)
w dniu 21 maja 2019 r.

IX kadencja

Porządek obrad:

1. Rozpatrzenie ustawy zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 1186, druki sejmowe nr 3408, 3462 i 3462-A).
2. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (druk senacki nr 1187, druki sejmowe nr 3409, 3463 i 3463-A).
3. Rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (druk senacki nr 1177, druki sejmowe nr 3176, 3397 i 3397-A).

Zapis stenograficzny jest tekstem nieautoryzowanym.

(Początek posiedzenia o godzinie 11 minut 02)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Waldemar Kraska)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dzień dobry państwu.

Witam bardzo serdecznie na sto pierwszym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

W dzisiejszym planie posiedzenia mamy do rozpatrzenia 3 punkty. W pierwszym punkcie zaplanowaliśmy rozpatrzenie ustawy zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, druki sejmowe nr 3408 i 3462. W punkcie drugim – rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw, druki sejmowe nr 3409 i 3463, a w punkcie trzecim – rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, druki sejmowe nr 3176 i 3337.

Czy ktoś z państwa senatorów ma uwagi do porządku obrad? Nie widzę zgłoszeń.

Bardzo serdecznie witam na dzisiejszym posiedzeniu Komisji Zdrowia pana ministra Macieja Miłkowskiego razem ze współpracownikami. Witam panią Elżbietę Piotrowską, prezes Naczelnej Izby Aptekarskiej z panem radcą prawnym, panem Krzysztofem. Witam panią Dorotę Kaniewską z Polskiego Towarzystwa Stomijnego. Witam panią legislator.

Szanowni Państwo!

Rozpoczynamy od punktu pierwszego, czyli od rozpatrzenia ustawy zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Panie Ministrze, proszę o przedstawienie założeń tej ustawy.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie.

To jest projekt ustawy zmieniający niedawno przyjętą ustawę zmieniającą ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, który doprecyzowuje i zmienia przepisy wprowadzonej ustawy dotyczące kontroli lekarzy w zakresie wystawiania recept lekarskich. Jest to związane z tym, że w niektórych przypadkach następowało podwójne karanie lekarzy.

W związku z tym, że wejście w życie tej ustawy następuje 1 czerwca br., Ministerstwo Zdrowia wniosło o zmianę przepisów, tak aby w niektórych przypadkach nie było dodatkowej kary. Jest to na wniosek środowiska, a służy polepszeniu sytuacji lekarzy wystawiających recepty. W związku z tym chcielibyśmy wprowadzić tę zmianę. Ona jest przedmiotem dzisiejszych obrad.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Czy ktoś z państwa senatorów ma jakieś pytania do pana ministra?

Panie Ministrze, ja mam pytanie. Czy nowelizacja tej ustawy wyczerpuje to, o czym rozmawialiśmy na ostatnim posiedzeniu komisji senackiej, gdy procedowaliśmy tę ustawę? Było to bodajże w lutym. Wtedy Naczelna Izba Lekarska miała zastrzeżenia do tego niejako podwójnego karania lekarzy. Czy ta ustawa to niweluje i to znika?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Tak, w pełnym zakresie wyczerpuje.

W 2 przypadkach jest możliwość karania, ustalania kar: w przypadku nieprowadzenia dokumentacji medycznej, co nie było przedmiotem dyskusji…

(*Głos z sali*: Albo gdyby dokumentacja była źle prowadzona.)

…albo gdyby dokumentacja medyczna źle prowadzona. Tak. Bo co do zasady prowadzenie dokumentacji medycznej jest podstawowym obowiązkiem każdego lekarza, nie tylko i wyłącznie w podmiocie leczniczym, również w przypadku wystawiania recept podstawowym elementem jest dokumentacja medyczna, ona pokazuje, w jakim zakresie, w jakim wskazaniu jest wystawiana recepta. Jeśli tej dokumentacji nie ma, to nie ma żadnej możliwości stwierdzenia, czy prawnie uzasadnione było wystawienie recepty na leki refundowane w tym zakresie. Wtedy jako Narodowy Fundusz Zdrowia, który kontroluje i wydatkuje środki finansowe, nie mamy się do czego odnieść.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos w odniesieniu do tej ustawy?

Jeżeli nie, to idziemy dalej. Pozwolą państwo, że zarządzę głosowania pod koniec posiedzenia komisji, bo mamy jeszcze 2 ustawy do przeprocedowania.

Jeżeli nie ma więcej głosów w sprawie tej ustawy, to rozpoczniemy pracę nad punktem drugim.

W punkcie drugim mamy ustawę o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Panie Ministrze, proszę o krótkie przedstawienie tej ustawy.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Głównym celem tej nowelizacji jest zmiana ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i niektórych innych ustaw przede wszystkim w zakresie zmiany wzoru zlecenia na wyroby medyczne, który został przyjęty celem polepszenia sytuacji pacjenta.

Obecnie pacjent w celu potwierdzenia musi się udać do oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia. W wielu miejscach nie ma nawet delegatur, w związku z tym pacjent musi dosyć daleko dojeżdżać. W niektórych przypadkach jest to kwestia niewielkich środków, np. na okulary, zaś koszty poniesione przez pacjenta… A wiemy, że wielu pacjentów to są pacjenci niepełnosprawni, o znacznym stopniu niepełnosprawności, którzy mają duże problemy. Taki był cel poprzedniej ustawy, a teraz zmieniamy wzór poprzez zmniejszenie liczby niezbędnych elementów do wystawienia zlecenia, co skraca czas wystawienia skierowania przez lekarzy. Zatem ta ustawa, ta nowelizacja nakierowana jest głównie na to, żeby polepszyć sytuację lekarza podczas udzielania porady, chodzi o to, żeby ten czas był skrócony do minimum. Zlecenie zostało skrócone, miało 7 stron, teraz będą to 4 strony. Bardzo często jest to zlecenie na wiele wydań, nie tylko na pojedyncze wydanie, pacjent może realizować zlecenie wielokrotnie.

Jest tu też doprecyzowane, kiedy potwierdzone są uprawnienia pacjenta, to, że uprawnienia będą sprawdzane dwukrotnie: podczas wystawiania zlecenia oraz podczas przyjmowania go do realizacji. Jest to jasno ustalone. W przypadku części zleceń na realizację wyrobów medycznych podmiot przygotowuje dane zlecenie, co trwa czasami miesiąc, półtora, a wtedy pacjent może stracić uprawnienie… W związku z tym nie byłoby możliwości odzyskania środków finansowych.

W tym zakresie są jeszcze 2 zmiany. W art. 2 zapisane jest przedłużenie pilotażu, który jest realizowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, do 31 grudnia 2019 r., tak aby można było ten pilotaż nadal prowadzić. A w art. 3 jest możliwość finansowania z dotacji budżetu państwa wydatków w związku z utworzeniem TOPSOR-ów również w przypadku innych podmiotów niż podmioty podległe Ministerstwu Zdrowia. To jest zmiana art. 3.

To są wszystkie zmiany, które dotyczą tej ustawy, czyli znowu chodzi głównie o polepszenie sytuacji i pacjentów, i lekarzy wystawiających zlecenia na wyroby medyczne.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Czy ktoś z państwa senatorów ma pytania dotyczące tej ustawy?

Panie Ministrze, ja zapytam o ten TOPSOR. O jakie podmioty rozszerzamy to w tej chwili? Jeżeli mógłby ktoś z państwa z ministerstwa odpowiedzieć na to pytanie…

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Jest możliwość finansowania TOPSOR-ów w przypadku wszystkich pozostałych podmiotów, podmiotów, które nie są utworzone i nadzorowane przez Ministerstwo Zdrowia. Zatem wszystkie SOR-y, które istnieją, mają możliwość otrzymania dofinansowania w ramach środków, którymi dysponuje minister zdrowia.

(*Przewodniczący Waldemar Kraska*: Czyli do tej pory były to tylko kliniki. Tak? Tylko te jednostki, które podlegały bezpośrednio ministrowi. Tak?)

Tak, bezpośrednio, czyli akademie medyczne i instytuty.

(*Przewodniczący Waldemar Kraska*: Resortowe.)

Tak.

(*Przewodniczący Waldemar Kraska*: I w tej chwili to rozszerzamy na pozostałe…)

Tak, wszystkie pozostałe szpitalne oddziały ratunkowe, jeszcze bez izb przyjęć.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa chciałby zabrać głos w sprawie tej ustawy? Nie widzę zgłoszeń.

Przystępujemy do pracy nad trzecim punktem: rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Proszę, Panie Ministrze…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Chyba że pani legislator ma jakieś uwagi do poprzedniej ustawy i do tej…

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

To może jeszcze wrócimy, bo ja zapomniałem zapytać panią legislator, czy ma uwagi do ustawy. Są uwagi do tej pierwszej, którą rozpatrywaliśmy. Tak?

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

Do drugiej?

To proszę.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Proszę państwa, ja tylko chciałabym zwrócić uwagę, że w porządku obrad komisji znalazły się 2 zmiany tej ustawy z lutego. To jest ustawa zmieniająca i my zmieniamy ustawę zmieniającą, więc to jest dosyć szczególna sytuacja.

Ale na gruncie ustawy o refundacji, czyli tej, o której teraz mówiliśmy, ta sytuacja powoduje, że mamy taki dosyć niejasny i trudny obraz, ponieważ zmieniamy przepisy, niektóre z nich jeszcze nie weszły w życie, i zmieniamy je w sposób dość istotny. O ile ja dobrze rozumiem, zmienia się zakres podmiotów i kwestia ich finansowania, w tym momencie ta koncepcja się zmienia w stosunku do tego, co przyjęto w lutym. To jest dość istotna zmiana. Chodzi mi też o informację dla adresata.

To jest ustawa przyjęta w lutym, ustawa zmieniająca. W tej ustawie w art. 3 są 2 artykuły, art. 19 i 18, i właściwie powstała sytuacja, która z punktu widzenia legislacji jest trudna do zaakceptowania. Po pierwsze, materia tych przepisów nie jest związana bezpośrednio z kwestią nowelizowaną w ustawie o refundacji, czyli z kwestią zaopatrzenia w wyroby medyczne; po drugie, sytuacja jest taka, że art. 19 w tym brzmieniu, które jest przyjęte w ustawie, wejdzie w życie 30 czerwca, ale ustawa lutowa przewidywała wejście w życie tego artykułu 1 czerwca, czyli nie dość, że on jest w okresie vacatio legis, to jeszcze jest zmiana koncepcji i właściwie po miesiącu to brzmienie, które wejdzie w życie 1 czerwca, mówiąc potocznie, zostanie przykryte. Jeśli chodzi o art. 18, także w ustawie z lutego, to przewidziano jego wejście w życie 1 lipca. Tymczasem w tej nowelizacji wyjmujemy 1 ustęp, konkretnie ust. 2, który wejdzie w życie 30 czerwca, a pozostałe 2 ustępy pozostają niezmienione i wejdą w życie, tak jak stanowi ustawa lutowa, w lipcu.

Tak że taki stan… No, ja nie chciałabym nadużywać słów, ale myślę, że jeśli chodzi o legislację, to nie jest pożądane, tym bardziej że w art. 9 dla niektórych podmiotów zawęża się, skraca się do 1 października 2019 r. ten okres przejściowy. Między czerwcem a październikiem jest jeszcze mniej czasu, a można przypuszczać, że jakieś zaszłości już nastąpiły, tym bardziej że to jest termin od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. Tak więc taką troskę chciałabym tu wyrazić, troskę o respektowanie zasady pewności prawa na gruncie tych zmian i o zachowanie stosownego okresu vacatio legis, szczególnie ze względu na adresatów, ale też oczywiście na wykonawców tej ustawy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Legislator.

Czy ministerstwo chciałoby się odnieść do uwag pani legislator?

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Rzeczywiście w art. 3 pierwsza zmiana art. 18 to jest faktyczne zwiększenie uprawnień, ponieważ jest to rozszerzenie katalogu podmiotów, które mogą uzyskać uprawnienie. To jest de facto delegacja dla ministra zdrowia, wskazanie, że ma prawo sfinansować te urządzenia, ten TOPSOR dla innych podmiotów. W związku z tym to vacatio legis… Jest to poszerzenie uprawnień, w związku z tym… Nie jest to niezbędne vacatio legis, ponieważ jest to rozszerzenie możliwości, jest to stworzenie możliwości uzyskania przez podmioty lecznicze środków finansowych w zależności do tego, czy Ministerstwo Zdrowia będzie miało takie możliwości. Wiem, że nie ma takiego rozwiązania, żeby 1 czerwca Ministerstwo Zdrowia dało dofinansowanie tym podmiotom, które są tu wymienione.

Jeśli chodzi o art. 19, to de facto znowu jest to polepszenie sytuacji podmiotów leczniczych, gdyż na dziś wejście tej ustawy w życie przewidziane jest na 1 czerwca, a ten artykuł mówi o konieczności w odniesieniu do podmiotów, o tym, że mają one wdrożyć ten system TOPSOR do dnia 1 października 2019 r. Jest to wydłużenie okresu vacatio legis, czyli znowu jest to działanie na korzyść świadczeniodawców.

No i tam jeszcze w art. 2 była data 31 grudnia, czyli wydłużenie okresu możliwości stosowania pilotażu, którego zakończenie obecnie przewidziane jest na 30 czerwca br. Jest tu wydłużenie do 31 grudnia 2019 r. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Nie ma więcej pytań i uwag w odniesieniu do tej ustawy.

Przechodzimy do punktu trzeciego: rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Proszę, Panie Ministrze.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo.

Ta ustawa ma 2 artykuły. Pierwszy artykuł dotyczy doprecyzowania możliwości pobierania opłat od pacjentów. Projekt dotyczy dzieci i osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. Na dziś rodzice mieli prawo do opieki nad tymi osobami, ale podmiot leczniczy mógł od tych osób ustalić odpłatność. Ta odpłatność w wielu podmiotach nie była realizowana, dyrektorzy podmiotów leczniczych rezygnowali z pobierania opłat, ale część podmiotów pobierała opłaty, różnego rodzaju. Przeważnie były to niewielkie opłaty, ale podczas dłuższego pobytu mogły stanowić problem. Opłata ustalona przez podmiot leczniczy sprawiała, że rodzice nie mieli finansowej możliwości opiekowania się dziećmi w podmiotach leczniczych. W związku z tym ustawa stanowi, że w tych 2 przypadkach podmiot leczniczy udostępnia nieodpłatnie rodzicom bądź opiekunom prawnym możliwość pobytu na terenie podmiotu leczniczego z dziećmi. Jest jasno wskazane, że nie można za to pobierać opłat.

Równolegle trwały uzgodnienia z Narodowym Funduszem Zdrowia. I w związku z tym, że niejako dokładamy podmiotom leczniczym konieczność przyjęcia opiekuna prawnego bez wynagrodzenia, tak jak w przypadku dodatkowej opieki matki karmiącej dziecko jest dodatkowy ryczałt na tę okoliczność, tak samo tutaj Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawi projekt nowego świadczenia towarzyszącego, które sfinansuje pobyt opiekuna prawnego

dziecka. Jest to jednoznaczne stanowisko wyrażone w tej ustawie, że opłat nie można pobierać.

Art. 2 został wprowadzony w trakcie prac parlamentarnych. Określa on, że na wniosek dyrektora oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia skierowany do wszystkich świadczeniodawców można przedłużyć umowę w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do dnia 30 czerwca 2021 r., tj. o półtora roku dłużej, niż przewidują to aktualne umowy. Aktualne umowy są ważne do 31 grudnia 2019 r. W związku z tym dyrektor za zgodą świadczeniodawcy może te umowy przedłużyć, co oczywiście nie uniemożliwia zorganizowania dodatkowych konkursów, które są na bieżąco realizowane tam, gdzie jest zapotrzebowanie. Tam gdzie dyrektor ma możliwości, te konkursy są nadal realizowane. Jest to termin dookreślony, wskazane jest, że ten termin jest zgodny z terminem obowiązywania podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia, czyli tzw. sieci szpitali. Jest to ujednolicone, czyli obejmuje i lecznictwo ambulatoryjne, gdyż w części, w znaczącej części było to do 30 czerwca 2021 r., i sieć szpitali. Tak że ważność tych umów zostanie automatycznie przedłużona, aby był to jeden okres. Zatem i w lecznictwie szpitalnym, i w lecznictwie ambulatoryjnym w jednym momencie będzie kończyło się obowiązywanie umów.

To były te 2 zmiany, jedna zmiana incydentalna, czyli art. 2, i druga, art. 1, dotycząca możliwości sprawowania opieki nad pacjentami, sprawa kluczowa, priorytetowa, zmiana ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Czy ktoś z państwa senatorów ma pytania dotyczące tej ustawy?

Panie Ministrze, ja mam 2 pytania, w tym zapytanie od dyrektorów szpitali.

Czy ta ustawa i ewentualnie rozporządzenie uwzględniają standard pobytu rodzica? Pytam, bo wiemy, że w tej chwili to się odbywa… no, zaczynając od materacy, przez łóżka polowe, po łóżka normalnie dostępne, fotele… Czy w jakiś sposób będzie to unormowane, czy będzie się to odbywało niestety w zależności od potrzeb i możliwości danego szpitala?

I druga sprawa. Czy szpital będzie musiał w jakiś sposób raportować pobyt rodzica, który ma tu wyżywienie, do Narodowego Funduszu Zdrowia i zostanie mu to zapłacone, czy będzie na to jakiś ryczałt? Gdyby pan mógł doprecyzować, Panie Ministrze, to prosiłbym o to.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Ponieważ to nie jest materia ustawowa, tylko w zakresie zarządzenia prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, mogę powiedzieć, że obecnie są prowadzone nad tym prace, bo to ma wejść w życie 1 lipca. W najbliższym czasie zostanie przedstawiony odpowiedni projekt zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie leczenia szpitalnego z założeniem, że szpital, aby uzyskać rekompensatę poniesionych kosztów, ma udostępnić osobie, opiekunowi łóżko bądź w pomieszczeniu, gdzie przebywa pacjent, bądź w lokalizacji tego podmiotu leczniczego…

(*Głos z sali*: Nie musi to być w tej samej sali…)

Nie musi być w tej samej sali, musi być w tej lokalizacji.

I jest jeszcze jedna rzecz, na którą dosyć mocno zwracano uwagę podczas prac Sejmu. Wiemy, że nie wszystkie podmioty lecznicze mają możliwości przygotowania takiego miejsca pobytu, łóżka dla pacjenta i w wielu przypadkach nie będzie to mogło być zrealizowane, czyli de facto te uprawienia w niektórych przypadkach są ograniczone przez ordynatora oddziału, np. na oddziale intensywnej opieki medycznej często nie ma możliwości odwiedzania czy w szczególnym okresie, kiedy jest dużo zakażeń. Tak że zawsze może to być ograniczone na poziomie podmiotu leczniczego. Ale zapewnienie, że w podmiocie leczniczym, w lokalizacji bądź w pomieszczeniu pacjenta, ma być wyodrębnione łóżko, oczywiście z możliwością wzięcia prysznica czy wykonania podstawowych czynności higienicznych, to jest jedna rzecz. A jeśli chodzi o rozliczenie, to wydaje mi się, zgodnie z tym, jak jest ten projekt przygotowany, że faktycznie trzeba będzie rozliczać opiekuna na podstawie liczby osobodni, wtedy NFZ zwróci środki za to świadczenie podmiotowi leczniczemu. Tak że takie jest założenie.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Czy są jeszcze jakieś pytania dotyczące tej ustawy?

Jeżeli nie, to muszę niestety zarządzić 10 minut…

Jeszcze jedna ustawa?

(*Wypowiedź poza mikrofonem*)

A, Pani Legislator, przepraszam.

Proszę bardzo.

Główny Legislator w Biurze Legislacyjnym w Kancelarii Senatu Bożena Langner:

Proszę państwa, ja chciałabym powiedzieć o art. 2, który obejmuje niezmiernie ważną materię – i mówię to z dużą przykrością – że to nie jest materia tej ustawy. To w żaden sposób nie jest materia tej ustawy i zgodnie z zasadami techniki prawodawczej to na pewno nie powinno się znaleźć w tej ustawie. Jeżeli już, to może bardziej w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tym bardziej że tutaj też podkreśla się, że nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Dziecka dotyczy opieki w stacjonarnych i całodobowych warunkach, a nie opieki ambulatoryjnej. Tak więc chociażby ten szczegół też to potwierdza.

Jednocześnie wydaje mi się, że byłoby dobrze uzupełnić tę ustawę o przepis przejściowy, który dotyczy opiekunów lub przedstawicieli ustawowych małoletnich pacjentów albo tych, którzy mają orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, którzy korzystają ze świadczeń zdrowotnych w dniu wejścia w życie ustawy, i przesądzić jednoznacznie, czy w przypadku tych osób również nie pobiera się opłat. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Pani Legislator.

Merytorycznie pani legislator może ma rację, ale myślę, że art. 2, który tu jest wprowadzony, jest bardzo ważny. Myślę, że możliwość aneksowania tych umów ze specjalistyką jest dla wielu podmiotów bardzo istotna. Dlatego sądzę, że ze względów merytorycznych jest to dość ważne.

Ogłaszam 10 minut przerwy.

(Przerwa w obradach)

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Wznawiam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

Przed głosowaniami chciałbym jeszcze udzielić głosu przedstawicielowi Naczelnej Izby Lekarskiej, bo jest takie życzenie, a w Senacie uwzględniamy życzenia.

Proszę. Wiem, że chce pan zabrać głos w sprawie pierwszej ustawy.

Radca Prawny w Zespole Radców Prawnych w Naczelnej Izbie Lekarskiej Wojciech Idaszak:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Wojciech Idaszak, radca prawny, Naczelna Izba Lekarska.

Bardzo dziękuję za umożliwienie zabrania głosu i przepraszam za moje spóźnienie. Był jakiś problem w biurze przepustek.

Chciałbym się odnieść do pierwszego punktu, tj. do nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa uchwalona przez Sejm idzie w bardzo dobrym i pożądanym przez środowisko lekarskie kierunku. Wysoka komisja obradowała nad nią na tej sali 2 miesiące temu. Nowelizacja procedowana w tej chwili zatrzymała się jednak w połowie drogi, co budzi wątpliwości środowiska lekarskiego.

Dwie przesłanki, które są pozostawione w projektowanym art. 52a ustawy refundacyjnej, tj. możliwość nałożenia kary administracyjnej w przypadku nieprowadzenia dokumentacji medycznej oraz nieprawidłowości związanych z prowadzeniem dokumentacji, budzą obawy.

Pierwsza przesłanka będzie de facto skutkowała możliwością nakładania… ze względu na ustawę o dyscyplinie finansów publicznych będzie skutkowała nakładaniem na lekarza 2 sankcji. Nieprowadzenie dokumentacji medycznej spełnia przesłankę z art. 48 ust. 7a – chodzi o ordynację nieuzasadnioną udokumentowanymi względami medycznymi, która skutkuje obowiązkiem zwrotu kwoty refundacji. Dodatkowo teraz będzie również nałożenie kary administracyjnej. Tak więc mamy tutaj zdublowanie sankcji.

Jeśli chodzi o drugą przesłankę, o nieprawidłowości w związku z prowadzeniem dokumentacji medycznej, to w ustawie brakuje wskazania, że te nieprawidłowości mają mieć związek z refundacją leku czy poziomem odpłatności, czyli ze skutkiem finansowym, który jest związany z działaniem lekarza przy wystawianiu recepty. Co prawda jest to wzmiankowane w uzasadnieniu do ustawy, ale treść normy prawnej takiego powiązania z refundacją i z ordynacją lekarską nie zawiera. To po pierwsze.

Po drugie, przepisy dotyczące dokumentacji medycznej przewidują bardzo wiele wymogów. Niedochowanie jednego z nich wypełnia de facto znamiona tej przesłanki. Czyli teoretycznie – miejmy nadzieję, że teoretycznie – w przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej możliwa byłaby sytuacja… Nieponumerowanie kart jest naruszeniem przepisów o prowadzeniu dokumentacji medycznej i mogłoby skutkować nałożeniem tej kary, a przypomnę, że kara może sięgnąć wartości refundowanych leków w całym okresie objętym kontrolą. Przepis, który został uchwalony w lutym, nie odnosi wysokości kary do wartości leków, co do których są stwierdzone nieprawidłowości, czyli wysokość maksymalna kary może objąć również wartość leków, co do których kontrola nie stwierdzi nieprawidłowości.

Te 2 przesłanki, które zostały w ustawie, budzą w zasadzie te same wątpliwości, które były tutaj podnoszone 2 miesiące temu. Oczywiście dostrzegamy i doceniamy wykreślenie pozostałych 3 przesłanek – to jest jak najbardziej dobry kierunek – ale 2 pozostałe przesłanki, w ocenie samorządu, również powinny być skreślone. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Ten temat był podnoszony także w czasie obrad i procedowania ustawy w Sejmie. Tam minister, bodajże Cieszyński, wyjaśniał te kwestie.

Czy pan minister mógłby teraz rozwiać nasze wątpliwości?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Oczywiście są tu 2 elementy. Jeden to jest zwrot nieuzasadnionej refundacji. To nie jest kara, niezasadnie wystawiona recepta… To nie jest kara. Tutaj jest ujednolicenie kar w stosunku do podmiotów, które mają umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia. To jest jednolita rzecz… Pierwsza sprawa to jest zwrot kwoty refundacji w przypadku nieuzasadnionego wystawienia recepty, a druga to jest kara umowna, kara administracyjna. W tej zmianie ustawy jest ujednolicenie – te same prawa i obowiązki mają zarówno lekarze, którzy pracują w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak i lekarze, którzy takiej umowy nie posiadają, nie prowadzą dokumentacji medycznej bądź nie prowadzą jej prawidłowo. Prowadzenie dokumentacji medycznej jest obowiązkiem, to jest podstawowy obowiązek lekarza. Narodowy Fundusz Zdrowia odnosi się podczas kontroli wyłącznie do dokumentacji medycznej. W przypadku jej nieprowadzenia nie można nic zbadać. W przypadku nieprowadzenia dokumentacji można uzasadnić, można powiedzieć, że wskazanie było po 3 czy kilku latach, bo zupełnie nie ma się do czego odnieść.

To nie jest podwójne karanie, ponieważ zwrot refundacji jest jedną rzeczą, a kara administracyjna drugą. Oczywiście kara administracyjna… Pierwsza rzecz, zmiana wprowadzona tą ustawą jest taka, że do 500 zł nie wszczyna się…

Jeśli kontrola zakończyła się karą nieprzekraczającą 500 zł, to nie dochodzi się tej kary.

Druga rzecz jest taka, że maksymalna kara może być związana… To może być do wysokości refundacji, ponieważ w tym zakresie nie ma kwoty umowy. Wiemy, że w ogólnych warunkach umów jest maksymalna kwota ze wszystkich kar. Jest to nie więcej niż 2% wartości podpisanych umów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Ja dopytam, Panie Ministrze. Czy państwo znacie skalę tego zjawiska? Jakie były te kary i na jakie kwoty?

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Mieliśmy ostatnio zwrot o wartości 1 miliona 700 tysięcy zł. Chodziło o bezprawnie, bezzasadnie wystawione recepty. Lekarz nie otrzymał żadnej kary, ponieważ takiej kary nie można było nałożyć. Gdyby pracował w podmiocie leczniczym finansowanym przez NFZ, to taka kara by została zastosowana. Jest tu nierówność podmiotów. Jeśli ktoś działa na rynku prywatnym, komercyjnym, to wówczas nie podlega żadnej karze.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Ministrze.

Panie Mecenasie, zwrócę się do pana. Jak lekarz nie prowadzi dokumentacji medycznej i wystawia receptę, to mamy go nie karać? Jaka jest idea zastrzeżeń izby lekarskiej?

Radca Prawny w Zespole Radców Prawnych w Naczelnej Izbie Lekarskiej Wojciech Idaszak:

Oczywiście nieprowadzenie dokumentacji medycznej przez lekarza jest ewidentnym naruszeniem przepisów dotyczących wykonywania zawodu. Co do tego chyba nikt na tej sali nie ma wątpliwości. To oznacza, że taki czyn stanowi przewinienie zawodowe i może, powinno skutkować odpowiedzialnością zawodową przed sądami lekarskimi. Tak jest na kanwie, powiedzmy, na płaszczyźnie samorządowej.

Jeśli chodzi o relacje z Narodowym Funduszem Zdrowia, to stanowisko samorządu lekarskiego było takie, aby nie wprowadzać podwójnego karania za to samo. Zgodzę się tutaj z panem ministrem, że sankcje zawarte w ustawie, w art. 48 i 52 są inaczej określone, inaczej nakładane, inaczej dochodzone. Ale, mówiąc potocznie, chociaż nazywają się inaczej, to w naszym przekonaniu jest to podwójnym karaniem.

W przypadku gdy lekarz nie prowadzi dokumentacji medycznej, wypełnia przesłankę z art. 48 ust. 7a. Tam jest obowiązek zwrotu kwoty nienależnej refundacji w sytuacji, kiedy receptę wystawiono bez udokumentowanych względów medycznych, czyli bez dokumentacji medycznej. To może być brak dokumentacji danego pacjenta lub wszystkich pacjentów w okresie objętym kontrolą, ale może to być np. brak rozpoznania w prowadzonej dokumentacji, jeżeli mówimy o chorobie przemijającej. Może to być brak postawionego rozpoznania. Zaordynowanie leku przy takiej wizycie de facto wypełnia tę przesłankę i skutkuje tym, że lekarz jest zobowiązany do zwrotu kwoty nienależnej refundacji.

Jeśli chodzi o przykład, o którym mówił pan minister, to rozumiem, że lekarz został zobowiązany do zwrotu kwoty ponad 1 miliona zł, skoro ordynacja była nieprawidłowa. W związku z tym Narodowy Fundusz Zdrowia może w tej chwili dochodzić tej sankcji właśnie na podstawie tego przepisu. Po wprowadzeniu tej regulacji będzie mógł, a nawet musiał… To nie jest kwestia woli lub jej braku po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ mówimy o finansach publicznych. Dyscyplina finansów publicznych będzie obligować fundusz do dochodzenia zwrotu nienależnej refundacji, a dodatkowo zastosowana będzie kara administracyjna.

Oczywiście wysokość, o której ja mówiłem, to jest wysokość maksymalna i można zakładać, że ona może być miarkowana. Ale jeżeli nawet próbowano by wprowadzić dodatkową sankcję za brak dokumentacji medycznej, to wystarczyłoby wysokość tej sankcji określić w taki sposób, żeby była ona związana z ordynacją w tych przypadkach, dla których nie ma dokumentacji, a nie szerzej. Bo jeżeli lekarz w ogóle nie prowadzi dokumentacji… Jeżeli przychodzi kontrola, lekarz wpuszcza kontrolerów do gabinetu i okazuje się, że w ogóle nie ma dokumentacji, to wtedy wysokość wszystkich zaordynowanych przez niego leków podlega zwrotowi. A jeżeli spośród kilkudziesięciu kartotek pacjentów zaginie mu jedna, wypełniona będzie przesłanka z art. 52a: nie prowadzi dokumentacji medycznej. Ten przepis literalnie nie daje odniesienia do sytuacji, w której chodzi, powiedzmy, o jakiś procent wszystkich dokumentacji, które prowadzi dany lekarz w okresie objętym kontrolą. Stąd te wątpliwości.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Mogę się ustosunkować?

Narodowy Fundusz Zdrowia zawsze miarkuje karę. Jeśli jest kontrola jakiegoś wycinka, jeśli jest, załóżmy, nieprawidłowe przyjmowanie pacjentów w podmiocie leczniczym, to kara jest związana z tym konkretnym zakresem. Szpitale, mając umowy powyżej 100 milionów zł… Jeśli nieprawidłowości dotyczą jakiegoś drobnego zakresu, np. przyjmowania pacjentów z jakimś konkretnym schorzeniem nie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a hospitalizacji, to kara jest związana wyłącznie z kontrolowanym zakresem, nie dotyczy całości umów, które posiada podmiot leczniczy, bo nie one są elementem kontroli. Gdyby elementem kontroli była całość zawartych umów z danym podmiotem, to wtedy można by nakładać karę proporcjonalnie…

(*Radca Prawny w Zespole Radców Prawnych w Naczelnej Izbie Lekarskiej Wojciech Idaszak*: Czyli jak zaginie 1 dokumentacja, dokumentacja 1 pacjenta, to kara

nie będzie taka jak w przypadku, gdyby nie było żadnej dokumentacji. Prawda?)

Tak. To jest w ogóle… Często jest tak, że Narodowy Fundusz Zdrowia sprawdza 100, 200 dokumentacji. Kara jest porządkowa. Po pierwsze, są zalecenia, żeby prowadzić dokumentację zgodnie z rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej, a po drugie, jest kara umowna, która porządkuje kierownika podmiotu leczniczego, żeby to prowadził.

Przewodniczący Waldemar Kraska:

Rozumiem.

Dziękuję bardzo za wyjaśnienia.

Przystępujemy do procedowania i głosowania nad poszczególnymi ustawami.

W tej chwili będziemy głosowali nad ustawą zmieniającą ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Zgłaszam wniosek o przyjęcie tej ustawy bez poprawek.

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem ustawy? (4)

Dziękuję.

Czy pan senator Radziwiłł chciałby ją sprawozdawać w Senacie? Tak.

Przypominam, że ona będzie procedowana w piątek o godzinie 9.00.

Ustawa o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw.

Zgłaszam wniosek o przyjęcie tej ustawy bez poprawek.

Kto z państwa senatorów jest za przyjęciem ustawy? (4)

Pozwolę sobie zarekomendować siebie na sprawozdawcę ustawy.

Czy ktoś z państwa ma inne zdanie? Nie.

I trzecia ustawa, ustawa o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Zgłaszam wniosek o przyjęcie ustawy bez poprawek.

Kto z państwa jest za przyjęciem tej ustawy bez poprawek? (4)

Dziękuję.

Czy ktoś z państwa chciałby być sprawozdawcą tej ustawy?

Jeżeli nie, to ja będę sprawozdawał.

Dziękuję bardzo.

Zamykam posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

(Koniec posiedzenia o godzinie 12 minut 06)

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