



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(2273)**

128. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 14 czerwca 2011 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Zaćma jako problem kliniczny i społeczny. Współczesne metody jej leczenia i finansowanie tego leczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

(Początek posiedzenia o godzinie 12 minut 00)

(Posiedzeniu przewodniczy zastępca przewodniczącego Stanisław Karczewski.)

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Proszę państwa, co prawda państwo, zaproszeni goście, wpisujecie się jeszcze na listę obecności, ale pozwolę sobie rozpocząć już nasze posiedzenie.

Witam bardzo serdecznie wszystkich państwa. Witam pana ministra Marka Habera, pana profesora Jerzego Szczeklika, konsultanta...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Jerzego...

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Okulistyki Jerzy Szaflik: Szaflik.)

...Szaflika. Przepraszam bardzo. Oczywiście, że Szaflika. Witam zatem pana profesora Jerzego Szaflika.

Witam wszystkich państwa i bardzo się cieszę, że państwo przybyliście na nasze posiedzenie. Witam również panów senatorów, a przede wszystkim pana senatora Gogacza, który był inicjatorem zwołania posiedzenia komisji poświęconego tej problematyce.

Na dzisiejszym posiedzeniu naszej komisji mamy do omówienia jedno zagadnienie: Zaćma jako problem kliniczny i społeczny. Współczesne metody jej leczenia oraz finansowanie tego leczenia ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Najpierw poproszę pana ministra o zabranie głosu i kilka zdań wprowadzenia. Później głos zabierze pan profesor Szaflik, a następnie pan profesor Zagórski. W ogóle wszyscy będziemy mogli się wypowiedzieć, bo dzisiaj mamy dużo czasu.

Tak więc bardzo proszę, pan minister.

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Marek Haber:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

To będzie bardzo krótkie wprowadzenie. Mam taką nadzieję w związku z tym, iż znajdujemy się w tak szacownym gronie i poszczególne kwestie związane z zaćmą zostaną omówione przez państwa w wiarygodniejszy i rzetelniejszy sposób. I tak jak powiedział pan przewodniczący, jeśli chodzi o kwestie dotyczące epidemiologii i leczenia zaćmy, to będę prosił pana profesora o przedstawienie ich w kilku zdaniach. Jeśli zaś chodzi o kwestie dotyczące leczenia zaćmy i finansowania tego leczenia ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, to będę prosił pana prezesa Dworskiego o wypowiedź.

Na początku chciałbym dosłownie w paru zdaniach wprowadzić nas wszystkich w omawiane zagadnienie. Otóż zaćma to niewątpliwie poważny problem epidemiolo-

giczny i społeczny. Jest to schorzenie wrodzone bądź nabyte, schorzenie degeneracyjne utrudniające widzenie. Ze względu na to, że zaćma jest jedną z najczęściej występujących chorób oczu jest – tak jak już powiedziałem – problemem społecznym, z którym stykamy się na co dzień i który dotyka dużej części populacji naszych obywateli, zarówno mężczyzn, jak i kobiety, a zwłaszcza osoby starsze.

Jeśli chodzi o dostęp do leczenia zaćmy, to jest on uregulowany za pomocą kilku aktów prawnych, które decydują o tym, w jaki sposób i na jakich warunkach to leczenie jest prowadzone. Po pierwsze, mamy procedury medyczne opisane w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenie koszykowe, czyli rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które zostało wydane na podstawie wspomnianej ustawy. W tymże rozporządzeniu dotyczącym między innymi leczenia zaćmy, a odnoszącym się do leczenia szpitalnego – tylko w tym jednym rozporządzeniu zaćma została umieszczona – są opisane warunki, a przede wszystkim procedury medyczne, które są realizowane w ramach środków finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia. Są w nim także opisane warunki realizacji świadczeń, czyli wymagania kwalifikacyjne, jakie muszą spełniać świadczeniodawcy w zakresie personelu, który może realizować te świadczenia, w zakresie diagnostyki, która musi być dostępna, oraz czasami również w zakresie wymagań związanych z dostępem do bloku operacyjnego, a w tym wypadku jest to oczywiście konieczne.

To tak zwane rozporządzenie szpitalne jest obecnie w trakcie nowelizacji i w trakcie konsultacji zewnętrznych. Problem dostępu do świadczeń w leczeniu zaćmy nurtuje zarówno pacjentów, świadczeniodawców, jak i oczywiście Narodowy Fundusz Zdrowia oraz ministra zdrowia. I w związku z tym kilka miesięcy temu pani minister Ewa Kopacz powołała zespół, który miał zająć się przygotowaniem standardu leczenia zaćmy. Poprosiła ów zespół o przygotowanie wytycznych dotyczących tego leczenia. Przewodniczącym tego zespołu był właśnie pan profesor. A więc zasady leczenia zaćmy zostały przygotowane. One również stały się punktem wyjścia do wprowadzenia pewnych zmian, które, jeśli chodzi o wymagania w tak zwanym szpitalnym rozporządzeniu koszykowym, zostały zmodyfikowane. Zwracam uwagę na to, ponieważ na podstawie rekomendacji powołanego zespołu i rekomendacji, które znalazły się w tym standardzie, dokonaliśmy pewnych zmian, jeśli chodzi o zapisy we wspomnianym rozporządzeniu koszykowym. Zwracam uwagę na to również z tego względu, że jesteśmy w trakcie konsultacji zewnętrznych, a więc to jest czas, kiedy jeszcze można dokonać jakichś uściśleń i zmian.

To tyle, jeśli pan przewodniczący pozwoli, z mojej strony tytułem ogólnego wprowadzenia w omawiane zagadnienie. Co do szczegółów... Oczywiście dysponuję materiałem, który państwu został rozesłany. Mogę go zreferować, ale wydaje mi się, że osoby, które przygotowywały czy też uczestniczyły w przygotowaniu tego materiału, przedstawią go w sposób bardziej fachowy. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Teraz poproszę może przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia o zabranie głosu.

Bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa w Narodowym Funduszu Zdrowia
Maciej Dworski:**

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Problemy związane z realizacją świadczeń w przypadku leczenia jaskry i ich finansowaniem nie są specjalnie rażące. Strona merytoryczna, oczywiście poza ewentualnie kwestią nakładów, które mogą być skierowane ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, jest dobrze poukładana. Jest to świadczenie, które w dotychczasowej współpracy z nadzorem krajowym w budowaniu warunków mogłoby stanowić pewnego rodzaju przykład. Tak jak mówił pan minister, zostały już opisane konkretne warunki związane z realizacją tego świadczenia, które ulegną pewnej modyfikacji, ale dzięki temu, że już są ułatwi to kontraktowanie i ten proces zawierania umów będzie bardziej konkretny. Leczenie zaćmy jest opisane w sposób konkretny za pomocą procedur i rozpoznań. I w związku z tym, że jest to z natury rzeczy leczenie zabiegowe, to jego realizacja i monitorowanie stanowi prawie że modelowy przykład ściśle określonej, dobrze opisanej procedury.

Jak to przedstawia się w liczbach, bo to zapewne państwa interesuje. Przywołam kilka liczb istotnych z punktu widzenia płatnika. Pierwsza kwestia. W ciągu pięciu lat, to znaczy w latach 2005–2010, liczba pacjentów, którzy byli leczeni operacyjnie z powodu zaćmy, uległa podwojeniu. To oczywiście wiązało się z określonymi nakładami, określoną polityką płatnika i przyjmowaniem priorytetów, które pozwoliłyby na systematyczne zwiększanie nakładów na okulistykę i to w sposób bardziej ukierunkowany na leczenie zaćmy. Liczba pacjentów wzrosła, ale nie potwierdziły się obawy, które były sygnalizowane być może przez realizatorów innych świadczeń, dotyczące istniejącego zagrożenia, że okuliści będą kwalifikowali pacjentów w sposób bardziej... Nie chcę powiedzieć, że pochopny czy bardziej liberalny. W każdym razie obawiano się, że zabieg usunięcia zaćmy coraz częściej będzie wykonywany przede wszystkim u ludzi w młodszym wieku. To nie potwierdziło się. Nadal, na przestrzeni ostatnich lat, praktycznie na przestrzeni ostatnich siedmiu lat, główna grupa wiekowa to jest siódma dekada życia oraz pojawia się też pewien szczyt około pięćdziesiątego szóstego, sześćdziesiątego roku życia. Prawdopodobnie jest to związane z uzyskiwaniem wieku emerytalnego i pewnymi działaniami natury socjalnej z tym związanymi, ale nie ma zdecydowanego przesunięcia w tym zakresie w kierunku ludzi młodszych, czyli to potwierdza, że okuliści w sposób prawidłowy i racjonalny kwalifikują pacjentów do tego typu zabiegów. W ciągu ostatnich kilku lat, na przestrzeni lat 2004–2010, średnia wieku utrzymuje się na stałym poziomie, około siedemdziesiątego pierwszego, siedemdziesiątego drugiego roku życia, nawet z minimalną tendencją zwykłą o jeden rok.

Wzrosła liczba świadczeń, a zatem i ich wartość. Z 209 milionów zł w roku 2004 wzrosła do prawie 526 milionów zł w roku 2010. Wzrosła również nieco od roku 2008 średnia wartość świadczenia, co związane było między innymi z wprowadzeniem systemu jednorodnych grup pacjentów, a także z lepiej wycenionymi procedurami, które są związane z występowaniem powikłań wyjściowych u pacjentów, ponieważ nie posiadamy – to też trzeba powiedzieć – istotnych sygnałów czy istotnych danych świadczących o tym, żeby sam zabieg generował później jakieś specjalne koszty w postaci występowania dużej części powikłań czy jakichś problemów zdrowotnych po jego przeprowadzeniu. Czyli potwierdza to tylko skuteczność tego zabiegu. Statystycznie

rzecz biorąc, główną zauważalną prawidłowością jest to, że stan zdrowia pacjenta poddanego takiemu zabiegowi faktycznie ulega znacznej i to stałej poprawie. Technika i staranność wykonywania tego zabiegu pokazuje, że koleżanki i koledzy okuliści robią to w sposób na tyle profesjonalny, że nie powoduje to jakichś specjalnych powikłań, oprócz oczywiście statystyki, która jest właściwa w każdym leczeniu i która wynika z zupełnie innych powodów.

Jeśli chodzi o liczbę świadczeniodawców realizujących zabiegi usunięcia zaćmy, nie potwierdza się również w jakimś sensie pewien kreowany mit, że poprawa finansowania tych świadczeń czy zwiększenie nakładów na operacje usunięcia zaćmy spowoduje boom w postaci powstania dużej liczby zakładów opieki zdrowotnej, nowych świadczeniodawców, którzy będą chcieli być tym rynkiem docelowym dla tych środków, które uległy zwiększeniu. Otóż w roku 2008 było dwustu dwudziestu dwóch świadczeniodawców realizujących zabiegi usunięcia zaćmy w naszym kraju, w roku ubiegłym było ich dwustu czterdziestu, czyli jest to wzrost minimalny i ma on raczej charakter może przyjmowania pewnych zmian organizacyjnych i innych. Wzrost nie nastąpił w jakiś szczególny sposób, co również powoduje, że możemy przyjąć, iż świadczeniodawcy stanowią grupę w miarę stabilną i zyskującą doświadczenie w tym zakresie.

Istotną informacją jest to, że obecny system finansowania, zwiększanie nakładów w latach ubiegłych, wtedy kiedy to było możliwe – zakładamy, że nadal będzie możliwe – spowodowały wymierne efekty, jeśli chodzi o czas oczekiwania na zabieg. I mamy do czynienia z taką oto sytuacją, że w połowie roku 2007 była mniejsza liczba oczekujących, czyli pacjentów zapisanych do kolejki na wykonanie tego typu zabiegu, ale średni czas oczekiwania wynosił prawie siedemset dni. Obecnie nastąpiło racjonalne odwrócenie tych wartości, czyli mamy dwukrotnie większą liczbę oczekujących, ale średni czas oczekiwania zmniejszył się o połowę, czyli dzisiaj jest to trzysta pięćdziesiąt jeden dni. Oczywiście różnie to wygląda w różnych ośrodkach. W przypadku niektórych świadczeniodawców w niektórych województwach czas oczekiwania na zabieg może być różny, krótszy bądź dłuższy. On się waha od czterystu dni do sześćdziesięciu dni na niektórych obszarach. W każdym razie ten trend wydaje się optymistyczny, również z punktu widzenia płatnika. To pokazuje, że sprawdza się przyjęty sposób finansowania i być może każda możliwość kontrolowanego, racjonalnego zwiększenia nakładów spowodowałaby ewentualnie zmniejszenie kolejek i liczby oczekujących na zabieg. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Czy państwo macie może pytania do pana ministra lub pana prezesa? Czy panowie senatorowie lub zaproszeni goście chcieliby o coś zapytać...

(Wypowiedzi w tle nagrania)

Później, tak?

To który z panów profesorów?

Pan profesor Szaflik.

Panie Profesorze, bardzo proszę o zabranie głosu.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Okulistyki
Jerzy Szaflik:

Panie Ministrze! Panie Przewodniczący! Panie Prezesie! Szanowni Państwo!

Zaćma jest najpoważniejszym, jeżeli chodzi o liczbę i znaczenie, schorzeniem okulistycznym dręczącym społeczeństwo i pacjentów. Przyjmuje się, że w Polsce jest około ośmiuset tysięcy osób chorych na zaćmę czy osób, które z powodu zaćmy mają upośledzenie wzroku. Innymi słowy, u co pięćdziesiątej osoby w Polsce występuje zaćma. Jednym z głównych czynników ryzyka wystąpienia tej choroby jest wiek. W związku z tym 60% pacjentów po osiemdziesiątym roku życia to ludzie cierpiący na zaćmę. W młodszy wieku to schorzenie występuje zdecydowanie rzadziej, poniżej pięćdziesiątego roku życia wręcz sporadycznie.

Nie będę omawiał szczegółów epidemiologicznych dotyczących zaćmy, jej charakteru i rodzajów, ale muszę powiedzieć, że jedyną drogą skutecznego leczenia tego schorzenia jest chirurgia. W tej dziedzinie nastąpił ogromny postęp i w ostatnich dziesięciu latach w Polsce i na świecie doszło do zmiany technik operacyjnych, a także zmiany wskazań do wykonywania zabiegu, co wiąże się z tymi technikami operacyjnymi i co powoduje, że liczba potrzebnych do wykonania zabiegu procedur istotnie wzrosła. Leczenie polega – jak już powiedziałem – na zabiegu chirurgicznym z równoczesnym implantowaniem sztucznej soczewki zastępującej zmętniałą soczewkę własną.

Wykonujemy – o tym mówił pan prezes – sto czterdzieści pięć tysięcy zabiegów finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie jest to pełna liczba wykonywanych w Polsce zabiegów usunięcia zaćmy, jako że jest też grupa pacjentów, którzy wykonują te zabiegi z różnych powodów za własne pieniądze. Statystyki europejskie wskazują, że liczba wykonywanych zabiegów na dziesięć tysięcy mieszkańców w Polsce przekracza czterdzieści. Mówię w sposób nieprecyzyjny z tego powodu, że nie mamy statystyk dotyczących liczby wykonywanych zabiegów za pieniądze własne pacjentów, co zmieniłoby nam tę statystykę. Niemniej na podstawie posiadanych danych traktujących o tych zabiegach finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynika, że Polska jest jednym z ostatnich krajów europejskich, jeżeli chodzi o liczbę wykonywanych tego rodzaju procedur. Rzeczywiście w ostatnich latach sytuacja uległa bardzo istotnej poprawie pod względem statystycznym, niemniej jednak wszystkie inne kraje też dokonały istotnego postępu i nadal pozostajemy na końcu tej europejskiej kolejki. Szczególnie przykre jest to, że znacznie odbiegamy – jeżeli chodzi o wykonywanie tych procedur – pod względem liczby wykonywanych procedur od naszych sąsiadów. Myślę o Czechach, Słowacji, Węgrzech i krajach bałtyckich. I to są fakty sprawdzalne, obiektywne.

Dodatkowy problem, na który zarówno ja, jak i środowisko okulistów wielokrotnie zwracało i zwraca uwagę, stanowi nierównomierność dostępu do tego świadczenia, a to z kolei powoduje – tak jak pan prezes zresztą powiedział – drastyczne różnice. Są miejsca, gdzie na zabieg czeka się sześćdziesiąt dni – aczkolwiek przyznam, że nic mi nie wiadomo o takich miejscach, ale skoro pan prezes tak mówi, to zapewne tak jest, w każdym razie nie czeka się długo – i są miejsca, gdzie czeka się na niego latami. Główny zatem problem to uporządkowanie sytuacji pod względem dostępu do zabiegu.

Kolejny problem to brak możliwości migracji pacjentów i to w zbyt dużym stopniu, bo często są to ludzie starzy, ludzie niedołążni, którym otoczenie nie zawsze

jest w stanie pomóc w przemieszczeniu się na dużą odległość. W związku z tym dostęp do wykonania tych procedur powinien być w relatywnie niedużej odległości od miejsca zamieszkania.

Jeżeli chodzi o potrzeby, to bezwzględnie konieczne jest zwiększenie nakładów na tę procedurę i wtedy właściwe działania mogą doprowadzić do uporządkowania tej kwestii w Polsce.

Jeżeli chodzi o standard wykonywanej usługi, to mogę z całą odpowiedzialnością powiedzieć, że jest on porównywalny ze standardem europejskim, a w niektórych przypadkach i w stosunku do niektórych krajów wyższy. Wydaje się, że akurat w tym zakresie nie ma potrzeby jakiegось intensyfikacji działań, bo wszystkie te procedury mają właściwy standard.

Jeżeli chodzi o standard postępowania diagnostycznego, to, tak jak pan minister powiedział, zespół przygotował takie standardy i przekazał je do ministerstwa. W trakcie ich przygotowywania poprosiłem o opinię w sprawie *draftu* konsultantów wojewódzkich z zakresu okulistyki – na specjalnie zorganizowanym spotkaniu zaprezentowałem im ten *draft* – a także Prezydium Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, które też zapoznało się z nim przed oddaniem dokumentu do ministerstwa. W moim przekonaniu dokument ten jest kompleksowy. Porządkuje wszystkie sprawy związane z diagnostyką, leczeniem i postępowaniem pooperacyjnym. Dokument ten jest porównywalny z innymi tego rodzaju dokumentami, które są dostępne w Europie i na świecie.

Jeżeli będą jakieś szczegółowe pytania, jestem oczywiście do państwa dyspozycji. Myślę, że jeśli pan przewodniczący to zaakceptuje, to z mojej strony tyle tytułem takiego wprowadzenia.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Panie Profesorze, bardzo dziękuję.

Na pewno będą pytania. Ja sam mam już ich przygotowanych kilka. Mam prośbę tak na gorąco. Pan profesor był uprzejmy powiedzieć, że w Polsce przypada średnio czterdzieści zabiegów czy czterdzieści procedur na dziesięć tysięcy mieszkańców, a także, że jesteśmy pod tym względem w ogonie Europy. A zatem czy pan profesor byłby uprzejmy powiedzieć, jak to wygląda w Europie?

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Okulistyki Jerzy Szaflik:

Najwięcej to jest dziewięćdziesiąt czy dziewięćdziesiąt osiem zabiegów. Średnia europejska zaś wynosi pięćdziesiąt cztery zabiegi na dziesięć tysięcy mieszkańców.

(*Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski: Pięćdziesiąt cztery zabiegi. Czyli trochę nam brakuje do średniej europejskiej, a bardzo dużo nam brakuje do...*)

Brakuje nam dużo do średniej europejskiej...

(*Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski: Dużo.*)

...bo te liczby trzeba czytać w taki oto sposób, że ta średnia jest... każdy jeden jest... to znaczy ta średnia jest istotnie stosunkowo wysoka.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Rozumiem.

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Przepraszam bardzo kolegów senatorów i państwa za to, że sobie tak pozwoliłem. Ale mam jeszcze jedno pytanie na gorąco. Otóż pan profesor powiedział bardzo ważne słowa, iż nie ma pan profesor takiej ogólnej wiedzy, bo nie wiemy, ilu pacjentów leczy się prywatnie, płaci za te zabiegi.

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Okulistyki Jerzy Szaflik: Ilu jest operowanych prywatnie.)

Jeżeli chodzi o to, ilu pacjentów jest operowanych za swoje pieniądze, to my nie mamy pełnych danych dotyczących epidemiologii. Ale czy chociaż pan profesor mógłby tak szacunkowo powiedzieć, czy to jest 10%, czy to jest 20% w stosunku do ogólnej liczby operowanych pacjentów? Czy pan profesor nie ma takiej statystyki? To jest zresztą z mora wszystkich krajowych konsultantów w zakresie sprawozdawczości, bo nie dość, że nie mamy czy państwo nie macie danych z tych obszarów, które nie są finansowane z Narodowego Funduszu Zdrowia, to jeszcze nie wszyscy sprawozdają.

I dodatkowe pytanie. Zapewne wysyła pan profesor ankiety do wszystkich konsultantów wojewódzkich i oni panu profesorowi w jakiś sposób raportują. Czy konsultanci wojewódzcy mają dane ze 100% świadczeniodawców? Czy ta sprawozdawczość jest na poziomie niższym?

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Okulistyki
Jerzy Szaflik:**

Otóż jeżeli chodzi o szacunkowe dane, to można tylko domniemywać. I nie wydaje się, żeby ta wartość przekraczała 10%. Raczej jest mniej niż 10%. Doszliśmy do takich wniosków, analizując to w gronie konsultantów wojewódzkich.

Jeżeli chodzi o sprawozdawanie, to w okulistyce – nie chcę się wypowiadać co do pozostałych specjalności – mamy do czynienia z taką oto sytuacją, że konsultanci wojewódzcy, wykazując starania prowadzące do wyjaśnienia takich kwestii, napotykają na zasadnicze trudności i opory. I w zasadzie nie mieli albo nie mają... bo niedługo to się troszeczkę zmieni. Przyjęte bowiem ustawy stwarzają pewną nową jakość. Dotychczas to była praktycznie dobra wola niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej informowania albo też nieinformowania w tej sprawie. Konsultanci wojewódzcy z Polski zgłaszali mi wręcz coś odwrotnego, zdecydowaną niechęć ze strony niektórych podmiotów do jakiegokolwiek współpracy. Oczywiście nie mówię o wszystkich podmiotach niepublicznych opieki zdrowotnej, tylko o niektórych. Tak wygląda w tym względzie sytuacja.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dobrze. Dziękuję bardzo.

Czy na tym etapie któryś z panów senatorów albo...?

Pan senator Muchacki, bardzo proszę.

Senator Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Jest mi przyjemnie, że po tylu latach znów się spotykamy, a zetknęliśmy się na Śląskiej Akademii Medycznej lata, lata temu. Mam jedną uwagę i dwa pytania.

Najpierw uwaga. Panie Profesorze, przestudiowałem sobie te dane i chciałbym pana profesora prosić o wyjaśnienie w sprawie tych sześćdziesięciu dni, którą to liczbę podał pan prezes. To jest o tyle istotne, że nastąpiło tutaj pomieszanie dwóch kwestii, mianowicie przypadków pilnych, bo rzeczywiście w województwie lubelskim to jest sześćdziesiąt dni oczekiwania na zabieg, i przypadków stabilnych – z taką sytuacją mamy do czynienia w połowie województw – w odniesieniu do których czas oczekiwania na zabieg to jest przeszło półtora roku. A domyślam się, że z medycznego punktu widzenia przypadek pilny różni się od przypadku stabilnego, prawda. A więc tych dwóch grup przypadków chyba nie można porównywać.

I teraz pierwsze pytanie. Panie Profesorze, czy istniejące oddziały okulistyczne mogłyby, mówiąc językiem przemysłowym, mieć wyższe moce przerobowe?

I drugie pytanie. Czy nie uważa pan jednak – moja wątpliwość wzięła się z analizy tych danych liczbowych – że w przeszłości było zbyt mało specjalistów z okulistyki na niektórych terenach naszego kraju, co doprowadziło w konsekwencji do tego, że kolejki pacjentów oczekujących na zabieg są po prostu dłuższe? Dziękuję uprzejmie.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Proszę bardzo, Panie Profesorze.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Okulistyki
Jerzy Szaflik:**

W odniesieniu do pierwszej kwestii chciałbym powiedzieć, że nie znam miejsca, gdzie czeka się sześćdziesiąt dni na zabieg, ale przyjąłem do wiadomości informację podaną przez pana prezesa. Czas oczekiwania na zabieg wynoszący półtora roku zaś jest ogólnie znany.

Jeżeli chodzi o możliwości wykonawcze zabiegów, przyjmuje się – będę się wypowiadał na temat publicznych jednostek okulistycznych, w odniesieniu do których moja wiedza jest dokładniejsza – że mogą one obecnie wykonywać, i to nie jest domniemanie, o około 1/3 procedur więcej bez zwiększania kadry i nakładów sprzętowych. Może to są przesadzone dane, ale zdaniem... To nie są moje wymysły, ale zebrane przeze mnie informacje. W większości przypadków przyjmuje się, że... Oczywiście mówienie, że zrobię dwa razy więcej jest deklaracją nie do utrzymania, ale zwiększenie wykonywania tych procedur o około 20%, 25%, do 30% byłoby racjonalne. Wiązałoby się to być może z niewielkimi kosztami nakładów i zmianami organizacyjnymi.

Jeżeli chodzi o dostęp do okulistów i odpowiedniej kadry, trzeba rozróżnić pewne kwestie, to znaczy dostęp do okulisty jako takiego w poradni okulistycznej i dostęp do chirurga, który może wykonać ten zabieg. Moim zdaniem, i to jest obiektywna opinia, rozłożenie kadr medycznych w Polsce pozostawia generalnie wiele do życzenia. W okulistyce sytuacja wygląda podobnie. Są województwa, w których liczba

lekarzy okulistów realizujących zadania usługowe jest zdecydowanie za mała. To za-
wyczaj wynika z niezamowności ośrodków szkolących. Te z kolei wiążą się z możli-
wościami szpitalnymi, to znaczy ze szpitalnictwem.

Kolejny problem to województwa, na terenie których nie ma uczelni medycz-
nych. W tych województwach sytuacja jest szczególnie niepokojąca. Na tę kwestię wie-
lokrotnie zwracałem uwagę w ministerstwie, które zresztą zna dobrze problem. Minister-
stwo czyniło i obecnie czyni działania, które mają temu przeciwdziałać i poprawić zaist-
niałą sytuację. Ale sytuacja jest trudna, dlatego że jeżeli chodzi o geografię szpitalnictwa
w Polsce, to sprawa, jak państwo wiecie, jest wyjątkowo zaniedbana. Różne są tego po-
wody. To również przekłada się na sytuację w okulistyce. Tak więc niestety nie należy
się spodziewać wprowadzenia jakichś szybkich pozytywnych zmian. Jeżeli chodzi o sa-
mą chirurgię zaćmy, która jest głównym tematem naszego dzisiejszego spotkania, to
wydaje się, że sprawa jest prostsza. Istotnym albo nawet bardzo istotnym elementem są
oczywiście pieniądze. Dodam tylko, że mamy zapewnione odpowiednie zarówno, uży-
wając określenia z dziedziny przemysłu, moce przerobowe, jak i możliwości.

Jeżeli chodzi o kadrę okulistyczną w ogóle, to, tak jak w przypadku innych spe-
cjalności, sprawa jest znacznie trudniejsza w realizacji. Nie wiem, czy odpowiedziałem
na pytania w sposób wyczerpujący.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Pozwolę sobie na taki krótki komentarz. Jeśli mamy taką dysproporcję w dostę-
pie do specjalistów w zależności od geografii, to takie proste zwiększenie nakładów
jeszcze by ją zwiększyło.

**Konsultant Krajowy w Dziedzinie Okulistyki
Jerzy Szaflik:**

Absolutnie tak. Tylko że w propozycji, którą pozwoliłem sobie przekazać rok
temu i co do której prowadziliśmy rozmowy w Narodowym Funduszu Zdrowia z pa-
nami prezesami, zwróciliśmy uwagę na potrzebę nierównomiernego przekazywania
pieniędzy, to znaczy dopasowania tego właśnie do tej dysproporcji. Czyli przekazanie
większych pieniędzy tam, gdzie ten czas oczekiwania na zabieg jest dłuższy. To musi
być sterowane, to nie może być...

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Zgłasza się pan profesor Zbigniew Zagórski.

Bardzo proszę, Panie Profesorze.

**Członek Europejskiej Akademii Okulistyki
Zbigniew Zagórski:**

Panie Ministrze! Panie Prezesie! Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Reprezentuję organizacje międzynarodowe, w których przez kilkanaście lat
działałem i które obserwowały sytuację w okulistyce między innymi w krajach Europy

Środkowo-Wschodniej. Przez piętnaście lat byłem kierownikiem Katedry i Kliniki Okulistyki na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Prowadzę też działalność w niepublicznych ośrodkach ochrony zdrowia.

Czy rzeczywiście musimy czekać tak długo w kolejce do operacji usunięcia zaćmy? Wydaje się, że zarówno obecna infrastruktura, tak jak już mówili moi przedmówcy, jak i liczba okulistów jest wystarczająca. Moim zdaniem środki przeznaczone na okulistykę są prawie wystarczające. Ale jeśli chodzi o leczenie zaćmy, zajmujemy jedno z ostatnich miejsc w Europie. Dlatego wydaje nam się, że pewna reorganizacja finansowania okulistyki, zwłaszcza leczenia zaćmy, mogłaby okazać się bardzo pomocna.

Pokażę, jak to się zmieniało na przestrzeni lat. W 1997 r. organizowałem w Lublinie międzynarodową konferencję „Okulistyka w Europie Środkowo-Wschodniej”. Wtedy bardzo odbiegaliśmy na przykład od Republiki Czeskiej. U nas wykonywano tysiąc osiemset operacji usunięcia zaćmy na milion mieszkańców, czyli osiemnaście na dziesięć tysięcy mieszkańców, podczas gdy w Czechach cztery tysiące pięćset. Po kilku latach u nas wzrosło do dwóch tysięcy pięćset zabiegów, a Czesi się jeszcze bardziej odsunęli. Obecnie jest wykonywanych prawie dwukrotnie więcej operacji w stosunku do liczby ludności w Czechach niż u nas. Ale co nas powinno bardziej bulwersować? Sytuacja w Indiach. Tam jest dziesięć razy mniej okulistów, miliard dwieście milionów ludzi i oni potrafili przez ten czas, kiedy ja działałem w Międzynarodowej Radzie Okulistyki, zwiększyć kilkakrotnie liczbę operacji i obecnie robią więcej operacji na milion mieszkańców niż w Polsce, co jest przykładem, uważam, godnym naśladowania.

Trzeba również zdawać sobie sprawę z tego, że upośledzenie widzenia jest bardzo niekorzystne dla zdrowia. Można wymienić między innymi znacznie większą urazowość, wzrost częstości złamania szyjki kości udowej i depresji, wcześniej wymagana opieka pielęgniarska itd.

Operacje usunięcia zaćmy są najczęściej wykonywanymi zabiegami chirurgicznymi na świecie, nie tylko w okulistyce, lecz w ogóle w całej medycynie, i mają najlepszy stosunek kosztów do uzyskanych korzyści. W związku z tym warto inwestować w tego typu operacje. W Australii obliczono, że każdy dolar wydany na okulistykę daje 5 dolarów oszczędności w wydatkach zdrowotnych i socjalnych. Naszym zdaniem rozdział pieniędzy w Polsce pod tym kątem nie jest najlepszy. Pieniądze nie idą za chorym, tak jak było sugerowane w reformie z 1999 r., ale idą przed chorym, co jest najgorszym sposobem ich wydawania. Świadczeniodawcy bowiem zamiast walczyć o chorych, walczą o przychylność urzędników przydzielających kontrakty. Moim zdaniem w przypadku zaćmy można by to łatwo zmienić. Ponieważ są oficjalne kolejki do operacji usunięcia zaćmy w każdym podmiocie u każdego świadczeniodawcy i NFZ ma na ten cel wydzielone środki, pieniądze mogłyby kierowane proporcjonalnie, tam, gdzie są najdłuższe kolejki. Tego jednak nie ma.

Nie jest również stosowana zasada równego dostępu dla pacjentów i równego traktowania oferentów w całej Polsce. W niektórych województwach liczba operacji usunięcia zaćmy na milion mieszkańców wynosi dwa tysiące pięćset, dwa tysiące sześćset, czyli tyle, ile w krajach trzeciego świata, a w innych województwach jest wykonywanych ponad pięć tysięcy operacji usunięcia zaćmy na milion mieszkańców. W niektórych szpitalach pacjenci czekają po kilka lat na zabieg usunięcia zaćmy, podczas gdy często środki kieruje się tam, gdzie kolejki są niewielkie, lub do nowych

podmiotów. Naszym zdaniem ta nierówność dotyczy również województwa mazowieckiego, bo z tego, co się orientuję, na jego terenie płaci się za nadwykonania operacji usunięcia zaćmy, ponadto toleruje się pobieranie dodatkowych opłat od pacjentów rzekomo za lepszą jakość soczewek. To nie jest możliwe na przykład na Lubelszczyźnie, bo tamtejszy oddział NFZ absolutnie się na to nie zgadza.

Rok temu w Sejmie odbyło się spotkanie, na którym pokazywałem, że tam, gdzie kolejka wynosiła dwa tysiące siedemset pacjentów, przydzielono 1 milion 300 tysięcy zł na operacje usunięcia zaćmy, i tam, gdzie kolejka wynosiła sześćdziesiąt sześć osób, przydzielono prawie taką samą kwotę. W tym roku z kolei na hospitalizacje planowe – uwzględnieni są wszyscy oferenci – na cztery podmioty, do których w sumie było niecałe czterysta osób w kolejce na koniec kwietnia, przydzielono prawie 5 milionów 500 tysięcy zł, na dwa zaś podmioty, do których prawie trzy tysiące osób czekało w kolejce, przydzielono trochę ponad 3 miliony zł. W związku z tym w jednych podmiotach szuka się osób i rzeczywiście może być sześćdziesiąt dni oczekiwania na zabieg, a w innych czas oczekiwania w kolejce wydłuża się do kilku lat.

Następna kwestia to podział środków. Wysuwane są sugestie na szczęblu międzynarodowym, że na operacje usunięcia zaćmy powinno się przekazywać przynajmniej 70% budżetu przewidzianego na okulistykę. W Polsce w województwie lubelskim to jest 60%, a w województwie małopolskim to jest 64%, czyli są rezerwy. Prawdopodobnie pozostałe środki, jak wynika ze światowych doświadczeń, są w części marnotrawione. Źródłem największego marnotrawstwa są hospitalizacje zachowawcze, które praktycznie poza wyjątkowymi i ciężkimi przypadkami owrzodzeń czy zapaleń nie powinny mieć miejsca. I ciągle dowiadujemy się o nowych wymaganiach potrzebnych do kontraktowania w prowadzeniu algorytmów, rankingów. Niestety nie bardzo wiadomo, kto stoi za tymi wszystkimi ustaleniami, ponieważ są one krytykowane. Kiedyś powoływano się, że profesor Szaflik wydał czy popierał takie oto zarządzenie, że na liście sprzętu niezbędnego do ubiegania się do przyznania kontraktu z NFZ na wykonywanie operacji usunięcia zaćmy konieczne są lasery, badania HRT czy GDX oraz mikroskopy lustrzane. Ale pani posłanka Mucha w interpelacji skierowanej do ministra zdrowia zacytowała odpowiedź profesora Szaflika, że te wszystkie ustalenia nie były z nim konsultowane. Tak więc to wszystko jest anonimowe.

W Wielkiej Brytanii, na której podobno wzorowano się, kiedy wprowadzano system JPG, eksperci ze wszystkich dziedzin są podani na stronie internetowej. Dobrze znam pana Larry'ego Benjamina, z którym omawiałem sytuację w Anglii i w Polsce. W Anglii kilka lat temu też były dwuletnie, trzyletnie kolejki. Teraz to się zmniejszyło do trzech, czterech miesięcy. W Anglii obowiązuje jedna stawka na operację usunięcia zaćmy. U nas mamy trzy rodzaje hospitalizacji: hospitalizacje planowe, hospitalizacje, hospitalizacje jednodniowe. Być może zresztą te ustalenia, o których słyszymy, w sprawie tak zwanego koszyka troszkę poprawią sytuację.

Interpelacja pani posłanki Muchy dotyczyła wymagań sprzętowych. Zadała ona w swojej interpelacji pytanie, czy po przeanalizowaniu przedstawionej dokumentacji i opinii specjalisty krajowego w dziedzinie okulistyki zostaną podjęte jakieś działania zmierzające do zmiany tego rozporządzenia. To był rok 2009, a na rok 2011 te wymagania zostały jeszcze bardziej zaostrzone. Nawet do jednodniowych hospitalizacji konieczny był laser, badanie GDX albo HRT oraz mikroskop lustrzany i pachymetr. Tak

więc z tego wynika, że te konsultacje, przy całym szacunku dla panów prezesów i decydentów w NFZ, czy opinie specjalisty krajowego w dziedzinie okulistyki nie zawsze są spełniane. Ja mam wieloletnie doświadczenie jako konsultant wojewódzki. Występowano do mnie o rozmaite opinie, propozycje. Mimo że sugerowałem pewne nieprawidłowości, niestety nic z tego nigdy nie zostało zrealizowane.

Już trzy lata temu prezydent ICO, Międzynarodowej Rady Okulistyki, pisał do prezesa NFZ, że w Polsce jest zdecydowanie niewystarczająca liczba operacji usunięcia zaćmy i że obowiązują limity. I rzeczywiście są szpitale, które mają kontrakt na pięć operacji czy nawet jeszcze mniej miesięcznie. Teraz w Lublinie jeden z niepublicznych zespołów dostał 100 tysięcy zł na rok, czyli taki kontrakt na zabiegi usunięcia zaćmy można by wykonać w ciągu dwóch dni. Tak więc, odpowiadając na pytanie pana senatora, w publicznych jednostkach ochrony zdrowia można zwiększyć liczbę wykonywanych operacji o 1/3, wśród niepublicznych jednostek ochrony zdrowia są takie, które mają wypełnione limity tylko na kilka procent. Pan profesor Spivey sugerował, że jeśli się usunie te przeszkody sprzętowe itd., będzie można w ciągu trzech lat osiągnąć poziom sześciu tysięcy operacji na milion mieszkańców, czyli sześćdziesięciu operacji na dziesięć tysięcy osób.

Na wspomniany list nie było odpowiedzi ani też nie zostały wprowadzone jakieś specjalne zmiany. Teraz pan prezydent ICO przekazał mi w Genewie ponownie list do pana prezesa Paszkiewicza. Ja go złożyłem w NFZ. I z tego listu wynika, że martwi go właśnie to, że mimo tak dużej liczby dobrze wyszkolonych okulistów, dobrej infrastruktury ciągle jesteśmy daleko. Tak więc mamy pewne sugestie, żeby jednak poprawić sposób finansowania.

Rozdział środków, które są przeznaczane na chirurgię zaćmy, powinien być proporcjonalny do długości kolejki, co sugerował też specjalista krajowy. W ubiegłym roku na wspomnianym spotkaniu w parlamencie były wysuwane sugestie, żeby wprowadzić promesy dla wszystkich osób oczekujących w kolejce do zabiegu zarejestrowanych w NFZ. Oczekujących osób jest tyle, że gdyby równo to podzielić, to okres oczekiwania byłby znacznie poniżej roku. Tak więc tutaj są bardzo duże różnice. Wystarczy podzielić liczbę oczekujących przez liczbę operacji i czas oczekiwania byłby poniżej roku. A są ośrodki, gdzie czeka się dwa, trzy, a nawet cztery lata.

W przypadku kontraktowania również można dostrzec pewne niepokojące oznaki. Na przykład w Małopolsce na jednodniowe hospitalizacje do operacji jednodniowych było dwudziestu pięciu świadczeniodawców. Z tego wybrano dziewięciu. Przedtem były oczywiście te wymagania sprzętowe, czyli większość z tych świadczeniodawców poniosła bardzo duże nakłady. Następnie nie dostała żadnego kontraktu. Po czym okazało się, że ci, którzy dostali kontrakt, nie mieli żadnego wyposażenia ani nawet odpowiedniej kadry, tylko składali deklaracje na papierze, że kupią. I faktycznie ogłaszali przetargi w styczniu dopiero po uzyskaniu kontraktu. Z tych dwudziestu pięciu świadczeniodawców formalnie wszyscy spełniali warunki i wszyscy powinni dostać jakiś niewielki kontrakt na początek, a po roku w zależności od długości kolejki można by to zweryfikować. Stąd wydaje nam się, że są duże możliwości oszczędności i bez zwiększenia ogólnego budżetu na okulistykę, na szpitalnictwo można w istotny sposób usprawnić system dotyczący operacji usunięcia zaćmy i dosyć szybko zmniejszyć kolejki. Jedno jest tylko ważne, że pieniądze powinny iść za chorym. Trzeba doprowadzić do sytuacji, żeby na zabieg

nie czekać dłużej niż sześć miesięcy. I gdyby 70% środków było przeznaczane na operacje usunięcia zaćmy i byłyby one dzielone proporcjonalnie do kolejki, to przypuszczam, że tak by już było.

Następny problem dotyczy witrektomii oraz iniekcji doszklistkowych. Już nie chcę teraz wchodzić głębiej, ale to jest też poważny problem, który przed nami stoi, bo to również będzie nadwyrężało budżet. I trzeba jednak będzie podjąć pewne decyzje. W piśmie skierowanym do pana prezesa NFZ dołączyłem pewne sugestie wynikające z opinii Europejskiej Akademii Okulistyki. W Genewie był omawiany problem dotyczący właśnie tych iniekcji doszklistkowych i stosowanych preparatów avastin i lucen-tis. Są teraz nowe badania, które wskazują, że ich działanie jest porównywalne. Profesor Kuhn przygotował taką rezolucję, w której czytamy, że to jednak nie ciała administracyjne czy reprezentanci firm powinni decydować, co ma dostawać chory, ale lekarz w porozumieniu z pacjentem. Myślę, że trzeba będzie i u nas to wprowadzić.

Cieszę się także z tego, co mówił pan minister, i z tego, co mówił pan profesor Szaflik, że doszło do wspólnych działań, które może zaowocują jeszcze lepszym działaniem. Stąd moim zdaniem chorzy nie muszą, nawet przy tej obecnej ilości pieniędzy, tak długo czekać na zabieg, trzeba tylko zmienić sposób dystrybucji środków. Szybkie wyeliminowanie ślepoty wywołanej zaćmą mogłoby przynieść spektakularny sukces osobom odpowiedzialnym za ochronę zdrowia. I wydaje mi się, że byłoby to bardzo korzystne.

Na koniec pokażę tylko... To zresztą rok temu pan profesor Szaflik pokazywał. To jest właśnie ta nierównomierność, z jaką mamy do czynienia w Polsce. To, co jest oznaczone na czerwono, to jest znacznie poniżej normy, nawet polskiej. I widzimy, że sytuacja na w miarę przyzwoitym poziomie jest w województwach: mazowieckim, dolnośląskim, kujawsko-pomorskim i śląskim. W ogonie znajdują się województwa: podla-skie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, małopolskie i podkarpackie. Wielkopolska też wypada dosyć słabo. Obecne dane są bardziej prawdopodobne. Wynika z nich, sprawdziłem to w Internecie, pieniądze przeznaczane na chirurgię zaćmy są bardziej po-równywalne. I tak w województwie lubelskim na rok 2011 jest 27 milionów zł, a w wo-jewództwie małopolskim – 33 miliony zł. Tak więc są to dosyć podobne kwoty.

Korzystając z okazji, że jest dzisiaj z nami zespół konsultantów wojewódzkich w dziedzinie okulistyki z różnych województw, pan minister i pan prezes, chciałbym się dowiedzieć, dlaczego różnice są aż tak duże. Czy to po prostu oddziały NFZ decy-dują, żeby dać mniej pieniędzy na leczenie zaćmy? Kto podejmuje decyzje, że mamy przeszło o połowę mniej operacji usunięcia zaćmy w województwie lubelskim niż na przykład w województwie mazowieckim?

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.

Padło wiele ciekawych propozycji, uwag i komentarzy. Panie Profesorze, na pewno nie będziemy w stanie odnieść się do wszystkich przedstawionych przez pana profesora uwag i postulatów. Ale chyba warto zapytać pana prezesa Narodowego Fun-duszu Zdrowia i pana profesora również, czy jest taka możliwość i czy panowie postu-lowaliby o przeznaczeniu 70%, tak jak powiedział nam pan profesor, wszystkich środ-ków przyznanych na leczenie – jak rozumiem – szpitalne w zakresie okulistyki na leczenie zaćmy, i czy kontrakty faktycznie można byłoby rozpisywać proporcjonalnie do długości kolejki.

Również pana ministra bardzo proszę o komentarz w tej sprawie. Oczywiście to nie wyklucza również komentarzy do innych danych, które pan profesor był uprzejmy przedstawić. Jak chociażby do tych danych, które przedstawił również pan profesor Szaflik, a które dotyczyły małej liczby zabiegów w województwach niemających uczelni medycznych. I to dlatego pytałem o Opole, o te województwa, w których sytuacja wygląda gorzej. To się faktycznie potwierdza, bo również wymienia się województwo świętokrzyskie.

Proponuję może w takiej kolejności. Widzę, że pan profesor Szaflik chciałby zabrać głos jako pierwszy. Później o zabranie głosu poproszę pana prezesa i następnie pana ministra.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Okulistyki Jerzy Szaflik:

Proszę państwa, to, co powiedział pan profesor Zagórski, to są właściwie ogólnie znane informacje, my tylko zwracamy na nie uwagę. Ja nie jestem takim optymistą co do tego, o czym na zakończenie powiedział pan profesor, że w wyniku toczących się rozmów zostaną wprowadzone jakieś istotne zmiany.

Tę tabelę przedstawiałem przed rokiem. Prawie nic nie uległo większej zmianie. Są różne problemy, ale pewnie pan prezes to wyjaśni. Ja sobie zdaję sprawę, skąd biorą się te... ale nie czuję się upoważniony do prezentowania stanowiska. Uważam, że to są sprawy, które bezwzględnie powinny zostać zmienione.

Jeżeli chodzi o przeznaczanie 70% wszystkich środków przewidzianych na okulistykę na leczenie zaćmy... Bodaj z pięć lat temu, dokładnie nie pamiętam, rozmawialiśmy na ten temat z profesorem Zagórskim i przedstawiłem sugestię, która została przyjęta przez Narodowy Fundusz Zdrowia, żeby zlimitować liczbę hospitalizacji nieoperacyjnych, czyli hospitalizacji zachowawczych, i to zostało wprowadzone. Pan profesor Zagórski w Lublinie starał się – wiem o tym, bo rozmawialiśmy na ten temat – kontrolować oddziały pod kątem zachowania tych proporcji. Ale dwa lata temu zostałem poinformowany, że będzie to likwidowane, bo jest niezgodne z prawem, po prostu nie można tego w ten sposób limitować. Wydaje mi się, że przeznaczanie 70% całego budżetu na leczenie zaćmy to może być w obecnej sytuacji jednak trochę za dużo. Myślę, że to powinno być powyżej 60%, ale na pewno nie może przekroczyć 70%. W każdym razie nad 70% to trzeba by się poważnie zastanowić. Rzeczywiście dzieliłam ten pogląd i sam też go wielokrotnie prezentowałem, że część środków jest niewłaściwie wykorzystywana, bo niektóre podmioty wykorzystują aktualne ceny po to, żeby realizować zadania, które nie do końca są konieczne, a czasami w ogóle niepotrzebne, co jest marnotrawstwem. Co prawda nie uważam, żeby to były bardzo duże sumy, i nie uważam, żeby to dotyczyło bardzo wielu podmiotów. Niemniej jednak to się zdarza, a nie powinno mieć miejsca.

Jeżeli chodzi o iniekcje doszklistkowe i witrektomię, to wprawdzie dzisiaj zajmujemy się innym zagadnieniem, ale sprawa jest niebywale ważna, myślę, czy nie jest również ważna, dlatego że w Polsce usiłowałem od czterech lat... Powołałem cztery lata temu zespół, który opracował dla ministra zdrowia propozycję, żeby avastin dopuścić do oficjalnego stosowania, ale do tego nie doszło.

Obecne wyniki badań KT pokazują, że obydwa leki są równoważne, ale różnica ceny między lekami nie jest kilka razy, tylko kilkadziesiąt razy wyższa. W związku z tym wydaje się, że nadeszła pora, żeby podjąć taką decyzję. Chcę w tym gronie

i w tym miejscu – uważam to za swój obowiązek, aby uczynić to w obecności kolegów konsultantów – powiedzieć, że nie możemy się zgodzić i nie powinniśmy się zgodzić na to, żeby odpowiedzialność za tę decyzję mieli ponosić lekarze. Tą odpowiedzialnością musimy się podzielić przynajmniej z władzą i z ministrem zdrowia. W związku z tym, że to jest lek stosowany poza wskazaniami rejestracyjnymi, czyli lek *off-label*, znajdujemy się w sytuacji, w której wszystkie skutki negatywne spadają na lekarza. To nie dotyczy omawianego dziś problemu, ale to jest ważna sprawa, dlatego o tym wspominam.

Co do tych 70% byłbym ostrożny, ale nie jestem też do końca przekonany, że przesunięcie pieniędzy przyniesie istotne zmiany. Trzeba dofinansować te województwa, które mają słaby wynik – te, które są zaznaczone na czerwono – i to w sposób wyraźny. W przeciwnym razie efekt będzie taki, że te, które wypadają jako tako, nagle będą miały mniej, a inne więcej. To chodzi o to, żeby równać do góry, a nie żeby wyrównywać do średniej. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Panie Profesorze, gdyby był pan profesor uprzejmy odnieść się jeszcze do tego, o czym mówił wcześniej pan profesor Zagórski, czyli do standardów algorytmu postępowania i oceniania ich wymogów, tych, które Narodowy Fundusz Zdrowia... Czy to faktycznie jest tak, jak mówił pan profesor, że te standardy są określane bez wiedzy konsultanta krajowego?

(Konsultant Krajowy w Dziedzinie Okulistyki Jerzy Szaflik: Tak, bo niestety...)

Bo jeśli bez wiedzy konsultanta krajowego, to w takim razie zadaję pytanie, przez kogo to jest ustalane, bo to mnie ciekawi. Dziękuję.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Okulistyki Jerzy Szaflik:

To jest sprawa dość odległa. Był kiedyś taki czas, kiedy... już nie będę wymieniał z nazwiska, który prezes w tajemnicy przed wszystkimi konsultantami krajowymi – to nie chodzi o mnie – przygotowywał dokumenty tego typu. I byliśmy absolutnie... To nie chodzi o ostatnie lata. To było chyba pięć lat temu i od tego się zaczęło. Ja nie...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Proszę?

(Głos z sali: Prezes z PJN.)

Mówimy o prezesie... Dobrze, nie będziemy... Wiemy, kto to może być. Dla ułatwienia powiem, że z Katowic. I wtedy tak się właśnie zdarzyło, jak się zdarzyło. A potem Narodowy Fundusz Zdrowia przysłał gotowy dokument z prośbą o opinię. W tej konkretnej sprawie, która jest tu poruszana, co nie oznacza, że ja uważam tak jak Narodowy Fundusz Zdrowia – zresztą pan prezes to pewnie zaraz przedstawi – nieporozumienie polega na tym, że Narodowy Fundusz Zdrowia zakłada, że podmiot, który udziela świadczeń w zakresie chirurgii zaćmy, jest pełnoprawnym podmiotem szpitalnym i z tego powodu ma mieć możliwość realizowania różnych procedur okulistycznych, nie tylko zaćmy. I stąd to się bierze. Niemniej jednak, jeżeli chodzi o przygotowane i przekazane do ministerstwa standardy postępowania, oni tę kwestię w sposób jednoznaczny omawiają i przedstawiają. Wydaje mi się, że one są racjonalne i spełniają oczekiwania wszystkich stron.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Pan senator Piechota zgłaszał się do zabrania głosu. A później prosiłbym pana prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o odniesienie się do tych kwestii.

Bardzo proszę, pan senator Piechota.

Senator Leszek Piechota:

Korzystając z okazji, chciałbym porównać tabelę, którą przedstawił pan profesor, a która pokazuje podobną mniej więcej pod względem wielkości populację, panie przewodniczący, w województwie mazowieckim i śląskim, a także liczbę przypadków wystąpienia zaćmy i przeznaczonych na to środków, i chciałbym porównać tabelę przygotowaną przez ministerstwo dotyczącą liczby osób oczekujących na zabieg oraz średni rzeczywisty czas. I w związku z tym mam takie oto pytanie: czy była analizowana sytuacja województwa mazowieckiego i śląskiego pod kątem tak istotnych różnic w tym względzie? W województwie śląskim bowiem oczekuje na zabieg ponad czterdzieści dwa tysiące osób, podczas gdy w województwie mazowieckim oczekuje na zabieg tylko dwadzieścia dwa tysiące osób. I do tego jest duża różnica w czasie oczekiwania na zabieg w obu tych województwach. Średnia oczekiwania na zabieg w przypadku jednego województwa wynosi prawie trzy lata, a w przypadku drugiego półtora roku, podczas gdy pula środków finansowych i liczba przypadków jest na podobnym poziomie w obu województwach, to znaczy w województwie mazowieckim jest nawet na wyższym poziomie. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Teraz pan minister chciałby zabrać głos. A później poprosimy pana prezesa.

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Dziękuję bardzo.

Chciałbym nawiązać do dyskusji dotyczącej wymagań i standardu realizowania świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz udziału konsultantów krajowych w tworzeniu tychże wymagań i standardu.

Tak jak powiedział pan profesor, to już chyba zdecydowanie odeszło w przeszłość i do historii, dlatego że dzisiaj prawo zupełnie inaczej wygląda. Od tego zacząłem i to wyraźnie podkreśliłem. Obecnie prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie jest w stanie przygotować zarządzeń, które są niezgodne z zapisami tak zwanych rozporządzeń koszykowych. Zmiana bodajże w 2009 r. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dała ministrowi zdrowia kompetencje do przygotowywania rozporządzeń, w których dokładnie są opisane warunki realizowania świadczeń. Każde rozporządzenie przygotowywane jako nowelizacja – pomijam pierwsze rozporządzenie, które było de facto przepisaniem treści zarządzeń

prezesa, bo taka była sytuacja, tak musieliśmy postąpić – każde nowe rozporządzenie jest konsultowane w trybie ogólnie przyjętym, a więc najpierw odbywają się konsultacje wewnątrz resortu, a następnie konsultacje zewnętrzne. Wszyscy państwo uczestniczyliście w tych konsultacjach. Obecnie trwają, tak jak wspomniałem, konsultacje dotyczące projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego na 2012 r. Te wymagania mają obowiązywać od 1 stycznia 2012 r. Treść materiału, który państwo przygotowaliście jako projekt standardu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, był podstawą do wprowadzenia modyfikacji w zakresie wymagań dotyczących owych świadczeń. Prosiłbym o zwrócenie uwagi na to, jak to jest zapisane w obecnym projekcie, bo czasami są kwestie, które umkną urzędnikowi albo które urzędnik nie do końca zrozumie. A więc państwo jako specjaliści w tej dziedzinie możecie to sprawdzić i jeśli zaistnieje taka potrzeba, poprawić.

Co do leczenia ambulatoryjnego, bo tak zrozumiałem sugestie, które również były przekazane, chciałbym powiedzieć, że sprawdziłem i w obecnym standardzie, który państwo przygotowaliście jako zespół, jest tylko i wyłącznie mowa o leczeniu szpitalnym lub też leczeniu na zasadzie chirurgii jednego dnia opartym również na leczeniu szpitalnym. A więc jeżeli takie są zasady realizowania świadczenia, to my nie jesteśmy w stanie dopuścić żadnej innej formy. Jeżeli to jest leczenie szpitalne, to konsekwencją zakwalifikowania tego leczenia jako leczenia szpitalnego będzie spełnienie przez szpital określonych wymagań. A więc to jest pewnego rodzaju zasada naczyń połączonych czy spraw ze sobą powiązanych. Jeżeli państwo proponujecie inny sposób realizowania tych świadczeń, to będziemy na ten temat dyskutować. Ale taka sugestia musi wyjść od nadzoru.

Jeśli chodzi o kwestię kolejek oczekujących na zabieg, to obecnie mamy do czynienia z taką oto sytuacją, że rzeczywiście pacjenci oblegają te ośrodki, które cieszą się największą renomą i są najbardziej popularne.

Jeżeli chodzi o kwestię dotyczącą tego, czy zmienić sposób finansowania tej konkretnej procedury, to chciałbym powiedzieć, że w ten sposób czynilibyśmy pewien wyłom oraz precedens w sprawie finansowania świadczeń i tworzyli pewną pulę środków finansowych, która – tak, jak rozumiem, wynika z państwa sugestii – byłaby do dyspozycji na poziomie krajowym i w zależności od tego, który ośrodek i jaką popularnością cieszyłby się, byłaby ona dedykowana temu ośrodkowi. Pomiędzy kwestię zgodności tego pomysłu z prawem, bo na gorąco nie potrafię się do tego odnieść. Na pewno musiałaby temu towarzyszyć określona procedura, którą państwo musielibyście również proponować. Bo długość kolejki i popularność danego ośrodka wydaje mi się zbyt płytkim i niewystarczającym kryterium podziału środków finansowych.

Na zakończenie chciałbym poruszyć jeszcze jedną kwestię. Otóż trwają w naszym ministerstwie prace nad przygotowaniem ustawy o jakości w ochronie zdrowia. A jeżeli mówimy o jakości, to musimy patrzeć na jakość wykonywanych świadczeń pod kątem pewnych kryteriów klinicznych, które są mierzalne, które są porównywalne i które przez państwa jako nadzór krajowy są proponowane. Wydaje mi się, że w ten sposób również likwidujemy chęć lub niechęć do sprawozdawania. Bo ktoś, kto chce uczestniczyć w konsumpcji środków publicznych, musi wykazać, że realizowane świadczenia cechuje jakość kliniczna.

Są przykłady z innych dziedzin medycyny, przykłady rejestrów, które są prowadzone przez towarzystwa, przez nadzór specjalistyczny, krajowy czy wojewódzki, w których wszystkie procedury są sprawozdawane, są analizowane... Ten materiał jest podstawą do tego, żeby próbować porównywać jakość wykonywanych świadczeń w poszczególnych ośrodkach, nie przesądzając w sposób zdecydowany, czy to jest jedyne kryterium. Wydaje mi się mimo wszystko, że jest to podstawowe kryterium, które mogłoby decydować o dostępie do środków publicznych. Czyli pełne uczestniczenie w takim rejestrze, pełne sprawozdawanie, poddanie się zewnętrznej kontroli państwa jako nadzoru specjalistycznego to powinny być kryteria, których spełnienie powinno decydować o tym, czy ktoś powinien otrzymywać mniej lub więcej środków finansowych.

Jesteśmy na etapie przygotowywania tych zmian. To też będzie czas, kiedy ujrzą one światło dzienne, na dyskusje ze środowiskiem, czy to jest słuszny i prawidłowy kierunek rozumowania. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Zgłasza się pan senator Muchacki do zabrania głosu...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

A później pan...

Senator Rafał Muchacki:

Pan minister nie odpowiedział mi jeszcze na pytanie, ale rozumiem, że po prostu trudno się na gorąco ustosunkować do liczb. W związku z tym w takiej sytuacji prosiłbym o odpowiedź na piśmie. Nie chciałbym się już powtarzać. Jest podobna liczba mieszkańców, a liczba przypadków wystąpienia zaćmy w województwie mazowieckim jest o wiele wyższa. Z tego, co wiem, liczba okulistów w województwie śląskim jest porównywalna, a nawet chyba wyższa niż liczba okulistów w województwie mazowieckim. Tak więc chciałbym, aby po prostu porównać te dane i uzasadnić, dlaczego jest taki a nie inny czas oczekiwania i taka liczba oczekujących. Dziękuję.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Jeśli mogę, to krótko odniosę się do tego. Dane, którymi dysponujemy, uzyskaliśmy z Narodowego Funduszu Zdrowia. Być może pan prezes rozwinie ten wątek, a jeżeli nie, to oczywiście spróbujemy odpowiedzieć na to na piśmie.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

W takim razie poproszę jeszcze pana prezesa o odniesienie się do tego w jakiś sposób. Wówczas już nie trzeba będzie pisać pisma do pana senatora.

Bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Maciej Dworski:**

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, czyli zakładam, że teraz mam odpowiedzieć tylko na pytanie dotyczące kolejek czy występujących dysproporcji. Zostało poruszonych również parę innych wątków. Ale może w pierwszej kolejności powiem na temat kolejek czy dysproporcji.

Trzeba pamiętać o tym, że wbrew pozorom nie jest to wcale taka prosta sprawa. Otóż funkcja wysokości kontraktów, zawieranych umów z poszczególnymi świadczeniodawcami i kwestia kolejek do zabiegu w poszczególnych województwach jest pewną wypadkową, na którą składa się wiele czynników. To jest liczba ośrodków, które to realizują, a także wysokość ich ofert. Czyli są takie ośrodki, które wykonują pewną liczbę procedur, i jeżeli mają określony kontrakt, wcale nie muszą być zainteresowane tym, żeby ten kontrakt był większy. Mają potencjał, ale trudno od kogoś wymagać, żeby pracował więcej, niż na przykład chce. Oczywiście to nie jest reguła, tylko jeden z czynników, który może zaburzać sytuację.

Liczba świadczeniodawców w każdym województwie też jest pewnie, o czym mówił pan profesor Szaflik, uzależniona od liczby świadczeniodawców i liczby podmiotów, w których oni podejmują zatrudnienie. I po prostu nie jest możliwy mechanizm wyrównujący poziom zatrudnienia czy liczbę świadczeniodawców bądź specjalistów na określoną liczbę mieszkańców w każdym województwie. Obecnie to zależy... Inaczej było wiele lat temu – ja już tego nie pamiętam – kiedy był system nakazu pracy. Obecnie lekarze również wybierają miejsce swojej pracy ze względu na atrakcyjność. Swoboda przemieszczania się i budowania swojej rzeczywistości zawodowej jest znacznie większa, niż była wiele lat temu. Teraz przemieszczanie się lekarzy, podejmowanie przez nich pracy w dużej odległości – nie wiem – od stałego miejsca zamieszkania czy uczelni, którą się ukończyło, jest normą. Nie stanowi to takiego problemu jak kiedyś. W jakimś sensie dotyczy to również pacjentów. Oczywiście nie jest żelazną regułą, że pacjenci szukają pomocy jak najbliżej, bo są też tacy, którzy szukają jej dalej.

Ważnym elementem jest to, o czym mówił również pan minister, że kolejka jest do renomowanych ośrodków, czyli do ośrodków, które cieszą się dobrą opinią. Czasami jest to związane z zespołem. W niektórych sytuacjach to może być związane z konkretnym człowiekiem. I w związku z tym nawet zwiększenie wartości kontraktu, trzeba mieć tego świadomość, nie spowoduje, że ten człowiek jednostkowo czy nawet jakiś zespół ludzi będzie w stanie fizycznie w pewnym czasie wykonać określoną liczbę zabiegów. To jest jednak zabieg chirurgiczny. Panie Profesorze, czas trwania takiego zabiegu to jest godzina, półtorej godziny, może krócej. Czy tak? Ale jest jeszcze cała kwestia przygotowania, sala operacyjna itd., itd. To nie jest taśma...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Mam inne wrażenie, ale to...

Oczywiście występują, o czym tutaj państwo mówiliście, dysproporcje. Tak się akurat składa, że województwo mazowieckie jest obecnie w dobrej sytuacji. Według tych, że tak powiem, aktualnych danych kolejkowych, bo nie wiem, skąd się wzięły te inne dane, jakiś tam pięcioletni okres oczekiwania itd. Może tak jest w jakichś jednostkowych przypadkach. Na Mazowszu w przypadku pilnym to jest osiemdziesiąt dni oczekiwania, a w przypadku stabilnym sto osiemdziesiąt dwa dni oczekiwania na za-

bieg usunięcia zaćmy. I praktycznie sytuacja w tym województwie pod tym względem jest najlepsza w kraju. Na pewno nie jest to tylko i wyłącznie związane z wysokością samych nakładów na... tym bardziej że tu nie ma kontraktów celowanych. I to się wiąże ewentualnie z tym pytaniem dotyczącym warunków wyposażenia, wymagań, które stawia Narodowy Fundusz Zdrowia w przypadku zawierania umów.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Było takie pytanie do pana profesora, konsultanta krajowego: z kim państwo to ustalaliście? Czy to jakaś grupa, czy... Moje pytanie tak brzmiało: czy była jakaś grupa ekspercka, która określała te warunki?

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Maciej Dworski:**

Trudno mi się cofać bardzo w przeszłość. Obecnie wszystkie zarządzenia... rzeczywistość, nie sięgam pięć lat wstecz, polega na tym, że te zarządzenia prezesa są publikowane z wyprzedzeniem, aby mogły być konsultowane. I zakładam, że wszystkie uwagi są zawsze brane pod uwagę, tym bardziej że teraz jest podwójna ścieżka i wydłużenie tego czasu, o czym mówił pan minister. Czyli warunki określone w tak zwanych rozporządzeniach koszykowych przekładają się na wymagania stawiane przez fundusz, ponieważ my nie możemy mieć odrębnych wymagań.

Chciałbym wyjaśnić pewną kwestię, która była podnoszona, a która jest z tym związana. W pewnym momencie wymagania odnosiły się do wyposażenia, które ze swej natury nie jest właściwe do realizacji zabiegów związanych z zaćmą. I oczywiście tak jest. I to zależy od przyjęcia pewnej polityki czy strategii finansowania, która mogłaby być przewidziana do zmiany. To się wzięło między innymi stąd, że dzisiaj jest taka sytuacja nawet mimo takich warunków. Ona się pojawiła jakiś czas temu, że odmawiano przyjęcia pacjentów w niektórych oddziałach czy w niektórych zakładach opieki zdrowotnej i to z innych powodów niż zaćma. Zakład nastawiał się tylko i wyłącznie na leczenie zaćmy i tylko takich pacjentów przyjmował. W przypadku innego problemu okulistycznego mówił, że się tym nie zajmuje albo że wręcz nie ma odpowiedniego wyposażenia.

Jeżeli przyjmiemy zasadę kompleksowego zawierania umów, czyli pewnym kryterium oceny i wyboru takiego świadczeniodawcy będzie kompleksowość, a więc zdolność do zrealizowania innych świadczeń niż tylko operacja usunięcia zaćmy, to wyposażenie w sposób oczywisty musi być szersze. Jeżeli przyjmiemy taką zasadę i będzie ona zaakceptowana, zatwierdzona i zaopiniowana przez wszystkich, przez, że tak powiem, całe otoczenie płatnika, to sądzę, że płatnik ze swojej strony będzie realizatorem takiej polityki. Należałoby się jednak zastanowić nad tym, czy ona jest tak do końca racjonalna. Podobna sytuacja dotyczy proporcji świadczeń zachowawczych w stosunku do świadczeń zabiegowych w okulistyce.

W pełni zgadzam się z tym, co zostało tu powiedziane. Rozmawialiśmy kiedyś również z panem profesorem Szaflikiem na ten temat, że ta sytuacja jest niedobra w takim racjonalnym porównaniu naszego kraju do innych krajów Europy, może nawet nie tylko Europy, a nie wyciąganie kawałków, gdzieś tam jakieś Indie itd., to są zupełnie inne wątki. Trudność polega na tym, że ani minister zdrowia, ani prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, ani pan profesor Szaflik jako konsultant krajowy, ani konsul-

tanci wojewódzcy nie mają bezpośredniego przełożenia i wpływu na sposób realizacji przyjęć. O przyjęciu pacjenta na oddział decydują lekarze, którzy bezpośrednio zajmują się tym pacjentem. I my mamy takie oddziały, o czym pan profesor również wie, bo ta wymiana informacji jest stała i zawsze *on demand*, czyli na żądanie, w których liczba procedur zabiegowych jest bardzo duża w proporcji... Ale są i takie oddziały, które mają większą liczbę przyjęć tak zwanych pacjentów zachowawczych.

Czy istnieje możliwość jakiegokolwiek administracyjnego zapisu, żeby to zmienić? Mam co do tego wątpliwości, ponieważ nikomu, jak dotąd, to się nie udało. A jak państwo doskonale wiecie, każda próba wywarcia pewnego nacisku, obojętnie z której strony, kończy się wręcz histerycznym oporem wszystkich: lekarzy, izb lekarskich, mediów, wszelkich stowarzyszeń itd., którzy wtedy mówią, że jakiś urzędnik gdzieś, obojętnie gdzie, naraz próbuje regulować to, na czym my najlepiej się znamy itd.

Oczywiście są pewne wytyczne. Można próbować stymulować to również za pomocą pewnej strategii albo – tak jak to się nazywa w gronie ekspertów międzynarodowych – finansowania strategicznego. Ale jest to pewien proces, który wymaga akceptacji wszystkich uczestników, między innymi w wyniku zbierania pewnych danych i posiadania coraz lepszej informacji na temat faktycznych potrzeb zdrowotnych. Zresztą my mamy takie informacje dzięki wprowadzeniu nie tylko jednorodnych grup i pilnowaniu sprawozdawczości, co dla niektórych jest solą w oku i wydaje się czymś niepotrzebnym, a jest ona u nas znacznie bardziej uboższa niż w krajach, o których była wcześniej mowa, szczególnie krajach Europy Środkowo-Wschodniej.

Mamy coraz lepsze informacje. My ze swojej strony nie uchylamy się od tego, żeby podejmować wspólnie działania wraz z nadzorem merytorycznym w osobach konsultanta krajowego i konsultantów wojewódzkich, z Ministerstwem Zdrowia i z ekspertami z zakresu zdrowia publicznego itd. Najmniejszą część, od razu trzeba to sobie szczerze powiedzieć, stanowią opinie, które obecnie często przeważają, czyli opinie dyrektorów i kierowników zakładów opieki zdrowotnej, które, według właśnie standardów międzynarodowych, na etapie planowania i organizowania są w ogóle pomijane. A to dlatego, że w ten sposób tworzymy czy tworzylibyśmy, czy akceptowalibyśmy rynek bądź finansowanie świadczeń zdrowotnych, którym celem byłoby finansowanie nie potrzeb zdrowotnych pacjentów, ale finansowanie potrzeb świadczeniodawców. Ale, tak jak mówię, jesteśmy otwarci w tej kwestii i zakładam, że są podejmowane pewne działania, które, jak widać, również na podstawie liczb, przynoszą pewien efekt. Trudno, żebyśmy byli tego świadomi, mówić w tym przypadku o rewolucji. Czyli to, o czym mówił pan minister, strategia finansowania celowanego tam, gdzie są większe kolejki, większe potrzeby itd. Tak jak mówiłem, jest to pewna funkcja. Poza tym musi mieć pewne podstawy prawne. Zdarzało się, że to, co było racjonalne z punktu widzenia logiki, spotykało się później z oporem na przykład ze strony UOKiK czy innych instytucji, które zarzucały promowanie czy wprowadzanie nieuzasadnionych kryteriów. W każdym razie zagadnienie jest niewątpliwie złożone i jesteśmy otwarci na podjęcie rozmów na ten temat.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Prezesie. Dziękuję za deklarowane otwarcie, chociaż, jak zrozumiałem, w znacznym stopniu ograniczone.

Teraz pan senator Muchacki. Później głos zabierze pan przewodniczący, pani doktor, pan profesor Zagórski i pan senator Kraska.

Czy jeszcze ktoś będzie chciał zabrać głos?

To bardzo proszę zabierać głos w takiej kolejności.

Pan senator Muchacki.

Senator Rafał Muchacki:

Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Pierwsza kwestia. Panie Prezesie, mam do pana prośbę. Po wysłuchaniu tego bardzo ciekawego wykładu pana profesora nie możemy przejść nad pewnymi faktami do porządku dziennego, że Narodowy Fundusz Zdrowia, obojętnie w jakim mieście to się dzieje, kontraktuje usługi u świadczeniodawcy, który nie spełnia pewnych warunków, a u tego, który spełnia, tych usług nie wykupuje. To jest skandal, to jest coś, nad czym nie można przejść do porządku dziennego. I bardzo pana proszę, żeby tę sprawę dokładnie sprawdzić i wyjaśnić, bo to nie pierwszy raz o tym słyszałem. Tego typu opinie słyszę nie tylko od okulistów, lecz również od ortopedów i lekarzy innych specjalizacji, że takie sytuacje mają miejsce.

Druga sprawa. Z tym, na co zwróciłem też uwagę w tym wykładzie i co podoba mi się, mamy do czynienia w Wielkiej Brytanii. Tam jest jedna cena zabiegu, u nas są trzy ceny. Nie wiem, bo nie jestem okulistą, ale generalnie podoba mi się upraszczanie wszelkich rzeczy, bo to jak gdyby demontuje wszystkie możliwości kombinowania. Jak jest jedna cena, jest to przejrzyste, jasne, że dostaje się 2 zł za coś, a nie 2 zł 50 gr czy 3 zł. Jeżeli więc byłoby to możliwe, to byłoby dobrze.

I sprawa następna. Znam okulistów, słyszałem o okulistach, może tak to powiem, którzy – bo boimy się tego sformułowania, że w przypadku operacji usunięcia zaćmy mamy do czynienia z taką trochę taśmą – potrafią zrobić piętnaście, dwadzieścia tego typu operacji w jeden dzień. Ja jestem chirurgiem, okej, na upartego mogę zoperować dwadzieścia wyrostków dziennie, ale niepowikłanych, jakichś idealnych, najlepiej jak jeszcze ktoś mi otworzy brzuch, ale to już jest taśma. Ale czy to też nie jest pewnego rodzaju patologia? Nie wiem tego, bo nie znam się na tych procedurach.

Chyba nie jest dobrze, a znam też takie sytuacje, że okuliści z jednego województwa mają zakontraktowane zabiegi usunięcia zaćmy w innym województwie i na przykład jadą sobie na piątek i sobotę czy sobotę i niedzielę do innego szpitala, gdzie mają już tam przygotowanych, powiedzmy, trzydzieści, czterdzieści operacji usunięcia zaćmy. Jadą tam na jeden dzień czy dwa dni, robią operacje i potem wracają z powrotem. Słyszałem o takich sytuacjach. Nie wiem, czy to ma miejsce, czy nie. I czy nie jest to jednak jakieś niebezpieczeństwo, że będą lekarze okuliści, chirurdzy okuliści, którzy będą tylko i wyłącznie nastawiali się na te operacje usuwania zaćmy i nic innego nie będą robić, prawda? Na miły Bóg, to jest straszne. Nie podoba mi się to i nie mam pomysłu, jak temu zaradzić. Być może w ten sposób, że, po pierwsze, jest jedna cena i, po drugie, lekarze muszą się wykazać na przykład tym, że oprócz operacji usuwania zaćmy w ciągu, dajmy na to, miesiąca robią również coś innego. Wiadomo, że to jest łatwy, przepraszam za powiedzenie, może nie łatwy, ale szybki pieniądz, który można, że tak powiem, szybko zarobić. Są tu przecież z nami sławy okulistyczne i państwo

doskonale wiecie, że są procedury kosztochłonne, które nie są potem zapłacone, a które trzeba wykonać, i tylko bardzo specjalistyczne ośrodki mogą to robić.

Czy wobec tego nie iść w tym kierunku, Panie Prezesie, że dla tych ośrodków, które wykonują trudne zabiegi okulistyczne, ustalić większy limit zabiegów usunięcia zaćmy, bo też na czymś trzeba zarabiać? I moim zdaniem to tak powinno wyglądać, a nie w ten sposób, że jakiemuś ośrodkowi daje się, założymy, miesięcznie na sto zabiegów usunięcia zaćmy, ale on nic innego nie robi. Ja eliminowałbym takiego człowieka, przepraszam, może za ostro powiedziałem, z tego rynku. Niech to będzie specjalista, który robi zarówno łatwe, jak i ciężkie przypadki, bo po to się uczył. A jak operuje tylko zaćmy, to oznacza, że on nie jest jakoś specjalnie wyuczony, bo to można też niektóre zwierzęta nauczyć jednej rzeczy, którą potem one będą robić. Tak więc może trzeba pójść, taka jest moja sugestia, w tym kierunku, żeby ośrodki wysokospecjalistyczne miały większy limit, również w odniesieniu do tych prostych procedur, bo na nich będą zarabiały i dzięki nim będą miały pieniądze na trudniejsze procedury. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Pan... Bardzo proszę o przedstawianie się do protokołu.

Przewodniczący Zarządu Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskim Marek Czubak:

Marek Czubak, jestem przedstawicielem Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich.

Na początku chciałbym króciutko nawiązać do tego, o czym przed chwilą mówił pan senator. Otóż na podstawie danych z NFZ za zeszły rok wynika, że w Polsce wykonano sto sześćdziesiąt pięć tysięcy procedur usunięcia zaćmy. Następną w kolejności była chirurgia jaskry i wyniosła cztery tysiące zabiegów. To daje pojęcie, jaka jest dysproporcja czy może jaką przewagę ma chirurgia zaćmy nad innymi procedurami. Ponad 90% wszystkich procedur wykonywanych w okulistyce przynajmniej w Polsce stanowią zabiegi usunięcia zaćmy.

Chciałbym poruszyć jeszcze króciutko dwie kwestie. Pierwsza sprawa. Od samego początku, od 2008 r., kiedy NFZ w już słynnym załączniku nr 3 wprowadził wymagania sprzętowe wobec ośrodków, było tak, że każdy ośrodek, aby spełnić te wymagania, musiał wyłożyć prawie 400 tysięcy zł na dodatkowy sprzęt, poza sprzętem głównym, który jest też niezbędny do chirurgii zaćmy. Czyli szczególnie dla ośrodków małych, regionalnych, nie wojewódzkich...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Tak, dodatkowo.

To jest często obciążenie stanowiące wręcz przeszkodę nie do pokonania. I jeżeli aż tylu świadczeniodawców zgłasza się do państwa, spełniających te warunki, to jednak to jest naprawdę ogromny wysiłek z ich strony, aby zaproponować państwu współpracę w celu wykonywania tych świadczeń.

W 2008 r. wystosowaliśmy pismo i do prezesa NFZ, i do pana profesora Szaflika, konsultanta krajowego w dziedzinie okulistyki, w celu wyjaśnienia tej sprawy. I otrzymaliśmy odpowiedzi takie jak w interpelacji pani poseł Muchy. Sprawa ta była

również dyskutowana w komisji sejmowej „Przyjazne Państwo”. W maju 2009 r. był dezyderat nr 26 i w sierpniu 2009 r. z zadowoleniem przyjęliśmy tak zwaną ustawę koszykową, w której rzeczywiście zostały bardzo dobrze określone wymagania sprzętowe. To był mikroskop, fakoemulsyfikator. Nie wymieniono w niej tych dziwnych urządzeń, które były wymienione w załączniku nr 3. Niestety, w 2010 r. w wymaganiach NFZ wobec świadczeniodawców pojawiły się jednak te urządzenia. W związku z tym na wiosnę 2010 r. wystosowaliśmy zapytanie do prezesa NFZ, na jakiej podstawie te wymagania pojawiły się w zarządzeniu NFZ, skoro obowiązuje tak zwana ustawa koszykowa. I dostaliśmy odpowiedź, że owszem, NFZ jest zobowiązany do przestrzegania ustawy koszykowej, ale w pewnych szczególnych sytuacjach może uszczegółowić te wymagania, stwarzając dodatkowe własne wymagania, w ramach dbania o kompleksowość usług.

I w związku z tym mamy pytania: dlaczego dbamy o kompleksowość usług, jeżeli chodzi o jaskrę, a dlaczego na przykład nic nie mówimy o odwarstwieniu siatkówki, która też jest poważnym powikłaniem, jeżeli chodzi o chirurgię zaćmy? Dlaczego wymagania sprzętowe dotyczą chirurgii, czyli leczenia szpitalnego, czy leczenia w ramach chirurgii jednego dnia, podczas gdy ten sprzęt jest wykorzystywany głównie w ambulatorium? I znane są mi przypadki, kiedy ośrodki zajmujące się chirurgią zaćmy nie otrzymały kontraktów na ambulatorium, czyli ten sprzęt nie może być tam wykorzystywany.

I druga sprawa dotyczy zasad refundowania kosztów chirurgii zaćmy. Od wielu lat rozmawiamy z prezesem NFZ na temat uwolnienia kontraktowania, limitowania kontraktów w chirurgii zaćmy. Jeżeli, powiedzmy, są jakieś obawy, że będą przekroczone budżety, to przynajmniej naszym zdaniem będzie to dotyczyło pierwszego roku, dwóch lat, potem te wydatki się w jakiś sposób znormalizują. W zeszłym roku na posiedzeniu komisji sejmowej zaproponowaliśmy rozwiązanie troszeczkę mniej liberalne.

Obecnie NFZ prowadzi kolejki pacjentów według PESEL, czyli liczba oczekujących pacjentów jest znana. W związku z tym proponujemy, aby to umowa między pacjentem a lekarzem była podstawą refundowania, a nie umowa między NFZ a ośrodkiem, i aby stworzyć jedną kolejkę na dany obszar kraju, regionu, oddziału czy województwa, prowadzoną przez NFZ. I to NFZ rozdzielałby pozwolenia, promesy, vouchery pacjentom i pacjenci sami wybieraliby ośrodek, w którym chcą się leczyć. To z jednej strony zlikwidowałoby ogromne różnice w dystrybucji środków, a z drugiej strony wprowadziłoby zasady rynkowe do refundowania chirurgii zaćmy. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Przyznam się, że ta ostatnia propozycja pana doktora trochę mnie przeraża, bo gdzie tu byłby wolny wybór lekarza przez pacjenta, jeśli miałby dostawać voucher i być przydzielony do jakiegoś szpitala. Przyznam się szczerze, że nie wyobrażam sobie tego.

(Przewodniczący Zarządu Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskim Marek Czubak: Przepraszam, ale obecnie voucherem jest kontrakt między NFZ a ośrodkiem.)

No, dobrze, poczekam dłużej w kolejce, ale chcę się dostać do pana profesora i się zoperować, i już. A jeśli miałby decydować o tym, gdzie mam się operować, przepraszam bardzo za wyrażenie, jeszcze jakiś bezduszny urzędnik w Narodowym Funduszu Zdrowia, to ja temu mówię: absolutnie nie. Ja jako pacjent, nie jako senator, nie zgadzam się z tym...

**Przewodniczący Zarządu Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskim
Marek Czubak:**

Przepraszam bardzo, ale to pacjent decydowałby, gdzie będzie się leczył. Dostaje talon, kolejka się zbliża, jest jedna kolejka na cały region...

(*Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski*: To jest jakieś rozwiązanie regulujące.)

...i dostaje informację, że może się leczyć, i wybiera z listy oferentów, świadczeniodawców miejsce, w którym chce się leczyć. Proste rozwiązanie.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Rozumiem.

Pani zgłaszała się do zabrania głosu. Panią również bardzo proszę o przedstawienie się do protokołu.

**Kierownik Oddziału Klinicznego Okulistyki
w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym
imienia Profesora Witolda Orłowskiego –
Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie
Iwona Grabska-Liberek:**

Iwona Grabska-Liberek, jestem kierownikiem kliniki okulistyki w CMKP, jednocześnie konsultantem wojewódzkim w dziedzinie okulistyki województwa mazowieckiego.

Dziękuję bardzo za zaproszenie. Chciałabym powiedzieć parę słów komentarza do tego, co usłyszałam tutaj wcześniej.

Otóż na to, czy którekolwiek jednostki będą zakwalifikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia do tego, czy będą kontraktowane, czy nie, konsultanci nie mają żadnego wpływu, ponieważ decyduje o tym tylko sanepid. Jeżeli warunki narzucone przez sanepid zostaną spełnione, my jako konsultanci wojewódzcy możemy wyrazić swoje poparcie bądź negatywną opinię, ale nie mamy żadnego wpływu na to, czy zostanie otwarty nowy ośrodek, czy nie. Jeżeli ośrodek spełnia warunki, jakie narzuca sanepid, to dostanie pozwolenie i zostanie otwarty. W związku z tym nie mamy możliwości wpływu na to, jaka będzie kadra, jaki rodzaj zabiegów. Na nic nie mamy wpływu. To à propos tej merytoryczności, którą chcielibyśmy jednocześnie spełniać. To pierwsza sprawa.

Druga kwestia. Wydaje mi się, z tego, co wiem, że Stowarzyszenie Chirurgów Okulistów Polskich działa chyba... Nie wiem, bo my nie należymy nawet do niego. To jest chyba stowarzyszenie, które powstało jakoś niedawno. I chciałabym powiedzieć, że głos tego stowarzyszenia nie jest głosem wszystkich.

Bardzo dziękuję panu prezesowi za podjęcie kwestii dotyczącej różnicy w przyjmowaniu pacjentów przez różne ośrodki. Chciałabym poruszyć zagadnienie mówiące o jednostkach klinicznych przyjmujących dużo cięższe przypadki, o czym mówił także pan senator, na które ponoszą dużo większe koszty, niż jest to refundowane z Narodowego Funduszu Zdrowia, a niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej jakby wybierają sobie pacjentów. I te dwadzieścia zabiegów usunięcia zaćmy nie jest czymś złym, bo sprawny chirurg je wykona. My tylko nie chcemy, żeby to był chi-

rurg jednego zabiegu i ośrodek jednego zabiegu i żeby te ośrodki wieloprofilowe były włączane także na przykład w dyżury i ponosiły koszty dyżurów, bo wiemy, jakie to są bardzo kosztowne procedury. Tak więc chciałabym tylko podkreślić te dwa problemy. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Pan profesor Zagórski się zgłaszał. Później pan senator Kraska.

**Członek Europejskiej Akademii Okulistyki
Zbigniew Zagórski:**

Dyskusja jest ciekawa. Ja chciałbym nawiązać do tego, o czym mówił pan minister, czyli do kwestii przeznaczania pieniędzy w stosunku do długości kolejki. My nie mówimy, że to ma być jedyny czynnik, ale obecnie długość kolejki zupełnie nie jest brana pod uwagę. W ostatnim kontraktowaniu był prowadzony przez NFZ ranking, w którym były trzy elementy: jakość, kompleksowość i ciągłość. Niestety, było to tak skonstruowane, że żaden z tych elementów nie był tam uwzględniony. Tam, gdzie miała być jakość, to nie było mowy o żadnej jakości. Była tam na przykład kwalifikacja kadry i osiem punktów dostawało się za lekarza okulistę specjalistę i osiem punktów za lekarza w trakcie specjalizacji. I nie było tam żadnych innych możliwości uzyskania punktów. Kompleksowość nie mówiła wcale o tym, że w tym ośrodku wykonuje się wiele procedur, zależała od zakupionego sprzętu, co nie oznaczało, że był on wykorzystywany do takich operacji. I tak samo było w przypadku ciągłości. Nie bardzo było wiadomo, co to oznacza, czy dłuższy okres, czy nie. Ale abstrahując od tego, uważam, że długość kolejki w pewnym sensie mówi o jakości, bo wiadomo, że chorzy masowo nie będą szli do ośrodka, który ma złą opinię, i to przynajmniej w jakimś stopniu powinno być uwzględniane. Podobnie sprawa wygląda z kompleksowością. Można zobaczyć, jakie ośrodek wykonał procedury, i wtedy widzieć, czy on działa kompleksowo, czy nie. Bo to, że kupił sobie sprzęt i później nic z tego nie robi, o niczym jeszcze nie świadczy.

Jeżeli chodzi o procedury zachowawcze, to obecnie wymieniono praktycznie wszystkie okulistyczne specjalizacje, jakie są możliwe, że może być to w ten sposób leczone, a więc astygmatyzm, jakieś zwyrodnienia itd. Cena ustalona za to jest bardzo wysoka, bo chyba około 2 tysiące 600 zł, czyli mniej więcej za tyle można wykonać zabieg usuwający zaćmę.

Przeprowadzałem kontrolę w jednym ze szpitali i zawiadamiałem o tym NFZ. Wszystkie środki, poza tymi na zabiegi usunięcia zaćmy, były wykorzystane na hospitalizacje zachowawcze, podawanie cavintonu w przewlekłych chorobach oczu. Zakwestionowałem to, ale rozmawiałem z dyrektorem szpitala i on mi powiedział: panie profesorze, ja to rozumiem, ale cavinton mnie kosztuje 50 zł, a fundusz płaci mi 2 tysiące 600 zł, to dla czego miałbym nie przyjmować tych chorych. Można chyba znaleźć jakieś wyjście, żeby te ciężkie przypadki, takie jak owrzodzenie rogówki, ciężkie zapalenie błony naczyniowej, kiedy trzeba stosować leki immunosupresyjne itd., były inaczej wyceniane. A jak nie można znaleźć wyjścia, to niech za ten cavinton płacą 100 zł, a nie 2 tysiące 600 zł, bo to jest po prostu w niektórych miejscach wyciąganie z funduszu pieniędzy, które mogłyby być przeznaczone na leczenie zaćmy.

I chciałbym jeszcze powiedzieć o tej kompleksowości. Niewątpliwie fundusz powinien zapewnić odpowiednią liczbę ośrodków, które będą kompleksowo wykonywały większość procedur w każdym województwie. Ale w przypadku tej dysproporcji, o której tu była mowa, czyli sto sześćdziesiąt tysięcy zabiegów usunięcia zaćmy i, nie wiem, dwadzieścia, trzydzieści tysięcy wszystkich innych operacji, trzeba jednak zezwolić na to, żeby część ośrodków specjalizowała się w chirurgii zaćmy, bo w ten sposób można jednak zlikwidować kolejki. Trudno, żeby każdy musiał umieć przeprowadzić witrektomię i operację przeciwjaskrową w każdym powiecie, bo to byłby nonsens. Tak więc to trzeba wypośrodkować. Na pewno trzeba promować lepsze ośrodki, które robią trudniejsze operacje, ale, tak jak mówię, jakość i kompleksowość, które były stosowane w rankingach, nie odzwierciedlają w rzeczywistości ani jakości, ani kompleksowości. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Profesorze.
Pan senator Kraska.

Senator Waldemar Kraska:

Dziękuję, Panie Przewodniczący.

Proszę państwa, bardzo ciekawa dyskusja. Nie zgodzę się z panem profesorem w odniesieniu do ostatniego zdania, bo też jestem chirurgiem i wiem, że z tego tortu chirurgicznego są wyjęte rodzyнки, czyli oddziały, które odpowiadają tylko za pewną część chirurgii, a my, którzy zajmujemy się całością i którym trafiają się różne przypadki, ponosimy czasem niepowetowane większe koszty niż ci, którzy operują na przykład tylko kolana czy robią cholecystektomię. Niestety wszystkie ewentualne powikłania trafiają do naszych szpitali i my to załatwiamy. Dlatego myślę, że oddziały, które robią operacje usunięcia zaćmy i jeszcze jakieś inne, powinny być w jakiś sposób promowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i chyba powinny mieć więcej pieniędzy. Takie jest moje zdanie w tej sprawie.

Następny problem poruszany przez pana ze związku chirurgów okulistów to ten talon na zaćmę. Myślę, że to chyba nie jest dobry pomysł, bo mieliśmy kiedyś talony na buty i to się jakoś nie przyjęło. Myślę, że talon na zaćmę czy na wyrostek, czy na jakieś inne schorzenie, bo to pewnie rozszerzyłoby się na inne specjalizacje, to nie jest dobry pomysł.

Następny problem, który się pojawił, dotyczy wymagań sprzętowych. Rzeczywiście co roku w nowych konkursach Narodowego Funduszu Zdrowia – to chyba dotyczy nie tylko okulistyki, lecz także innych specjalizacji – pojawiały się nowe wymagania, które czasem były zaostżane lub które zmuszały do zakupu sprzętu, zupełnie potem niewykorzystywanego. Gdy pytaliśmy, a kto to wymyślił, to właściwie nigdy autorzy nie byli znani. Dlatego myślę, że warto posłuchać, tak jak dzisiaj na tej sali, ludzi, którzy mają coś do powiedzenia, bo rzeczywiście te opinie są bardzo rozsądne. Ja nie jestem okulistą, ale myślę, że jeżeli Narodowy Fundusz Zdrowia i pan minister posłuchaliby panów profesorów, którzy przed chwilą tu mówili, można by wspólnie wypracować jakąś linię, która mogłaby te środki, nie mówię, żeby je zwiększać, na obecnym poziomie racjonalnie wykorzystać, szczególnie że pan profesor Zagórski pokazał nam, że można to zrobić.

Następny problem. Nie wiem, czy była poruszana ta kwestia, bo spóźniłem się na posiedzenie komisji, za co przepraszam. Czy powiedziano, jaka jest liczba czysto komercyjnych zabiegów usunięcia zaćmy w Polsce. Czy ktoś wie...?

(Głos z sali: 10%.)

10%.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Nie, nie, pan profesor Szaflik szacuje, że to jest 10%.

(Głos z sali: Do 10%.)

Do 10%.

Nie mamy stuprocentowej pewności, ale tak się szacuje. Jeżeli sto sześćdziesiąt pięć tysięcy, to szesnaście tysięcy komercyjnie.

Senator Waldemar Kraska:

To chyba nie jest dużo. Nie wiem, jak to jest w innych krajach. Myślę, że można by troszeczkę bardziej zmodernizować publiczną służbę zdrowia jako taką, bo są to pieniądze publiczne, i wykorzystać te pieniądze. Myślę, że tych zabiegów możemy robić zdecydowanie więcej.

Panie Przewodniczący, chciałbym, żeby to nasze dzisiejsze spotkanie komisji przyniosło konkretne efekty. Myślę, że powinniśmy wypracować może jakieś wspólne stanowisko komisji zawierające zarzuty, które przedstawili panowie profesorowie, konsultanci w dziedzinie okulistyki, do pana ministra czy do Narodowego Funduszu Zdrowia. Myślę, że powinniśmy wysunąć chociaż jakąś konkretną sugestię z tego naszego dzisiejszego spotkania. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Pani się zgłaszała, później pan, a potem pan senator Gogacz.

**Kierownik Katedry i Kliniki Okulistyki
na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym
Krystyna Raczyńska:**

Dziękuję bardzo za zaproszenie.

Krystyna Raczyńska, jestem konsultantem wojewódzkim w dziedzinie okulistyki w województwie pomorskim i kierownikiem Katedry i Kliniki Okulistyki na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym.

Rzeczywiście zdarzyło się po raz pierwszy, że tak wysokie gremium chce rozmawiać z praktykami. Przysłuchuję się z zainteresowaniem dyskusji i widzę ogrom problemów i zderzających się ze sobą zagadnień. Podzielam opinie wielu z państwa.

Chciałabym powiedzieć tylko o dwóch sprawach. Pan powiedział, że te szpitale robią coś więcej niż zabiegi usunięcia zaćmy. Ja reprezentuję właśnie taki szpital i myślę, że one są w dostateczny sposób zauważane w czasie kontraktowania z NFZ. Tak właśnie uważam. Rzeczywiście ogrom tych innych zadań może operacje usunięcia za-

ćmy troszeczkę przesuwając na margines. Widzę dodatkowe moce wykonawcze w godzinach popołudniowych. Prosiłabym o rozważenie możliwości, aby szpitale, na przykład uniwersyteckie, miały możliwość wykonywania dodatkowych operacji w godzinach popołudniowych, czyli wtedy, kiedy sale stoją puste, kiedy sprzęt się starzeje z upływem czasu, a lekarze specjaliści szukają zarobków w tym samym czasie w niepublicznych zespołach. Tak to wygląda.

Druga moja prośba dotyczy znalezienia środków na to, aby pacjenci zgłaszający się na operacje usunięcia zaćmy w wieku osiemdziesięciu lat i więcej byli preferowani, bo są śmieszne sytuacje, kiedy my tym ludziom musimy komunikować, że w ogóle muszą czekać. I czy to będzie pół roku, czy... u jednych wywołuje uśmiech na twarzy, a u niektórych rozpacz. To bowiem dla tych ludzi... Kombatanci są uprzywilejowani od niedawna, i bardzo słusznie. A może wzięlibyśmy też pod uwagę kryteria wiekowe, żeby ludzie starsi w pierwszej kolejności mogli skorzystać z tej usługi. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę, pan... Proszę się przedstawić.

**Kierownik I Katedry i Kliniki Chorób Oczu
na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi
Wojciech Omulecki:**

Wojciech Omulecki, jestem kierownikiem I Katedry i Kliniki Chorób Oczu na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, jednocześnie przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Okulistycznego.

Odnosiłem sobie wiele punktów, ale zrezygnuję z ich omówienia, dlatego że wydaje mi się, że nasza dyskusja pomija kluczową kwestię, dlaczego tak się dzieje.

Chciałbym powiedzieć tylko o jednej szczegółowej kwestii, mianowicie o opiece poradnianej okulistycznej. Te przyjęcia szpitalne, które mogłyby nie mieć miejsca, wynikają z tego, że opieka poradniana okulistyczna jest w Polsce na bardzo niskim poziomie, czyli większość lekarzy okulistów, kiedy trafia do nich pacjent z zakrzepem, zatorem, stanem zapalnym itd., nie podejmuje leczenia, tylko wysyła go do szpitala, bo w naszych warunkach to jest niezmiernie trudne albo wręcz niemożliwe. To tak na marginesie, bo to dotyczy konkretnej kwestii.

W Polsce od pewnego czasu mówi się o równości podmiotów. To jest takie bardzo nośne hasło, które wszyscy uznają za dobre. Uważam, że obecnie podmioty kliniczne prywatne są faworyzowane w stosunku do podmiotów klinicznych publicznych, dlatego że te ostatnie mają na swoich barkach mnóstwo obowiązków, pełnienie dyżurów, załatwianie różnych spraw, i dydaktycznych, i szkoleniowych, przyjmują wszystko to, co, że tak powiem, do nich trafia. A więc w przypadku jednakowego finansowania jest to podejście całkowicie niesprawiedliwe. Mówienie w tym kontekście o równości podmiotów jest po prostu nieporozumieniem.

Druga kwestia, o której chciałbym powiedzieć, pomijając punkty, o których wspominałem. Wydaje mi się, że bez reformy służby zdrowia w Polsce, która jest nierozłącznie związana z reformą finansów państwa, cała ta nasza dyskusja będzie się powtarzała co roku od nowa. Żadne przesuwanie środków z jednego pudełka do drugiego, jeżeli tych środków jest za mało, nie przyniesie odpowiednich wyników.

Chciałbym przy okazji zapytać pana dyrektora NFZ, bo nie mam pełnych informacji, i tym samym się dowiedzieć, ile jest krajów, głównie starej Europy, w których prywatne usługi chirurgiczne są finansowane z budżetu państwa. Pytam, bo polski system opieki zdrowotnej opiera się nie na składkach zdrowotnych do funduszy ubezpieczeniowych, tylko de facto na podatkach, czyli wszyscy ludzie płacą podatki, bo to jest obowiązkowe, i z tych podatków dzielone są pieniądze między innymi na instytucje prywatne i państwowe. Ja wiem, że w wielu krajach ze środków państwowych są finansowane opieka podstawowa, poradniana, lekarze rodzinni, ale nie wydaje mi się, żeby to dotyczyło chirurgii finansowanej de facto z budżetu państwa. Bo tu następuje zderzenie prywatnych i państwowych pieniędzy. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Bardzo serdecznie dziękuję panu profesorowi. Wlał pan bardzo dużo miodu na moje serce, bo akurat podzielam te opinie i poglądy. Znajdujemy się w Izbie wyższej parlamentu i polityczne wypowiedzi... to w sumie w bardzo dużym stopniu zależy od nas polityków. Akurat te opinie, które pan profesor był uprzejmy wyrazić, mam...

**Kierownik I Katedry i Kliniki Chorób Oczu
na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi
Wojciech Omulecki:**

Chciałbym może tylko dodać, że ta moja opinia nie jest opinią człowieka związanego z jakąś częścią tego, o czym mówię, bo ja pracuję zarówno w publicznym, jak i w prywatnym zakładzie.

(Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski: Rozumiemy.)

To są moje opinie polityczne. Kiedy powstawały kasy chorych, to ze zdziwieniem zapytałem prezesa łódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, czy zna takie państwo, w którym publiczne pieniądze są przeznaczane na prywatne leczenie zabiegowe. Nie odpowiedział mi na to pytanie.

(Członek Europejskiej Akademii Okulistyki Zbigniew Zagórski: ...to są składki...)

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dobrze. Ale, Panie Profesorze...

(Kierownik I Katedry i Kliniki Chorób Oczu na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi Wojciech Omulecki: Przepraszam, to są podatki.)

(Członek Europejskiej Akademii Okulistyki Zbigniew Zagórski: W Niemczech jest przecież...)

Dobrze, Panie Profesorze. Ale teraz pan senator Gogacz zabierze głos.
Bardzo proszę.

Senator Stanisław Gogacz:

Dziękuję bardzo.

Mamy ogromny problem z dostępem do leczenia, do korzystania ze świadczeń zdrowotnych dotyczących zaćmy. To jest problem natury nie tylko klinicznej, lecz

również społecznej. Z tego, co słyszymy, liczba pacjentów wzrasta i będzie wzrastać, dlatego że społeczeństwo polskie się starzeje. A z tego, co wiemy, zaćma to jest choroba kojarzona ze starszymi ludźmi.

Zastanawiam się, czy trudność w realizacji zadania, jakim jest ułatwienie skorzystania ze świadczeń zdrowotnych w przypadku zaćmy, nie wiąże się również z tym, co mamy zapisane w ustawie o Narodowym Funduszu Zdrowia o finansowaniu świadczeń zdrowotnych, a który to zapis mówi o tym, że wszyscy świadczeniodawcy są traktowani jednakowo. I niezależnie od tego, czy to jest klinika, która wykonuje trzy funkcje, to jest funkcję dydaktyczną, naukową i leczniczą, czy też świadczeniodawca, który aż wykonuje funkcję leczniczą, oba podmioty są traktowane tak samo, jeżeli chodzi o kontraktowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Problem narasta. My mówimy głównie o tych czterdziestu osobach plus około dziesięciu osób, które skorzystają ze świadczenia, ale nie mówimy o tych, którzy umrą nie skorzystawszy z tego świadczenia. Stąd uważam, że problem jest bardzo trudny i trzeba się koniecznie szybko zastanowić być może nad jakimś narodowym programem i nad zmianą ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia, która jednak umożliwiłaby wprowadzanie jakiegoś wąskiego profilu leczenia, żeby to nie było tak, że ktoś, kto leczy zaćmę, musi wykazać się spełnieniem warunków, o których tu była mowa. Niech spełnieniem tych warunków wykaże się świadczeniodawca, taki jak klinika, wieloprofilowy szpital, ale niech również pojawią się świadczeniodawcy charakteryzujący się bardzo wąskim profilem leczenia, leczący tylko zaćmę. Jeżeli będą powikłania, to będą odsyłani do wieloprofilowego leczenia, ale niech to będzie również docenione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie wiem, czy nie powinno się powołać w Polsce jakiegoś zespołu ekspercko-rządowo-parlamentarnego, który wypracowałby jakiś narodowy program. Nie wiem, czy ten program miałby mieć status ustawy, czy byłby to tylko program rządowy. W każdym razie wobec tych wyzwań, przed którymi stanęliśmy, na pewno trzeba się nad tym zastanowić. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.
Pan się zgłasza, bardzo proszę.

**Ordynator Oddziału Okulistycznego
w III Szpitalu Miejskim imienia Doktora Karola Jonschera w Łodzi
Jerzy Nawrocki:**

Jerzy Nawrocki, konsultant wojewódzki w dziedzinie okulistyki w województwie łódzkim. Reprezentuję w pewnym sensie dwa ośrodki: III Szpital Miejski imienia Doktora Karola Jonschera w Łodzi i Klinikę Okulistyczną „Jasne Błonia”.

Prawdę mówiąc, nie zamierzałem za bardzo zabierać głosu, ale ta ostatnia wypowiedź w jakiś sposób zmusiła mnie do wygłoszenia komentarza.

Po pierwsze, chciałbym poprzeć słowa pana profesora Szaflika, że dofinansowanie okulistyki jako takiej jest na zbyt niskim poziomie. I niezależnie od tego, co tu powiemy, to w zasadzie wszystko rozbija się o pieniądze. Jeśli tych pieniędzy będzie trochę więcej, to będziemy mogli leczyć więcej pacjentów.

Z góry przepraszam, że może powiem coś zbyt kontrowersyjnego, ale zaćma jest krwią krwiookulistyki, a jednocześnie siłą napędzającą okulistykę pod względem finansowym. Jeśli zabierzemy pieniądze ośrodkom, które wykonują skomplikowane zabiegi, to nie będziemy mieli możliwości leczenia powikłań. W moim przypadku akurat sytuacja wygląda w ten sposób, że ja oczywiście robię dużą liczbę operacji usunięcia zaćmy w ciągu roku, ale istotą mojego przede wszystkim naukowego zainteresowania jest troszeczkę odmienna dziedzina, to jest leczenie schorzeń siatkówki.

I teraz, kiedy stoję przed dylematem, że pacjenta z poważnym problemem siatkówkowym mam zapisywać do kolejki na przyszły rok, bo nie mam finansowania tego, to co te ośrodki robione Bóg wie gdzie na kilkadziesiąt operacji w roku zrobią z tymi pacjentami. Nie ma o tym mowy. To nie chodzi tylko o ośrodki kliniczne, lecz również o ośrodki... Tak jak mówię, ja nie jestem pracownikiem wyższej uczelni, ale my wykonujemy wiele wyspecjalizowanych trudnych operacji, które w pewien sposób są możliwe do wykonania właśnie dlatego, że mamy możliwość leczenia zaćmy.

Tak więc postulowałbym, żeby jednak te ośrodki, które wykonują skomplikowane zabiegi rogówkowe, powikłane witrektomie, skomplikowane zabiegi siatkówkowe, były premiowane dodatkową liczbą operacji usunięcia zaćmy. Powiem więcej, powinniśmy ustanowić wręcz taki parytet, żeby za jedną operację, w pewnym sensie deficytową, przyznawać w kontrakcie kilka operacji usunięcia zaćmy w nagrodę, ponieważ to umożliwi leczenie tych pacjentów. Oczywiście rozwiążemy problem zaćmy, ale będziemy w sytuacji takiej, z jaką spotkałem się przed laty. Byłem na stypendium w Niemczech i kilku kolegów było zaproszonych do Jekaterynburga, do Rosji na wizytację. I kiedy oni wrócili i zdawali relacje przed kliniką, co tam zobaczyli, powiedzieli tak: no, owszem, zaćmę można zoperować w Jekaterynburgu, ale jeśli ktoś zachoruje na siatkówkę, to musi oślepnąć. Tak więc przestrzegałbym przed tak jednostronnym patrzeniem, aczkolwiek oczywiście problem należy rozwiązywać kompleksowo, ale nie zapominać o innych poważnych zagadnieniach okulistycznych.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Panie Profesorze, przepraszam, ale senatorowie mają takie niepisane prawo do pierwszeństwa, więc pozwolę sobie teraz na oddanie głosu senatorowi, a później oczywiście podsumowanie.

Bardzo proszę.

Senator Stanisław Gogacz:

Problem jest oczywiście bardzo poważny, ale nie wydaje mi się – omówiłem to tak ad hoc – żeby uzdrowieniem sytuacji finansowej w okulistyce generalnie, a w leczeniu zaćmy w sposób szczególny było decydowanie o tym, czy jakiś świadczeniodawca otrzyma więcej procedur związanych z leczeniem zaćmy, czy ich nie otrzyma. Bo proszę zwrócić uwagę, że to jest jednak coś bardzo sztucznego. O tym, że świadczeniodawca o statusie kliniki czy szpital otrzymuje większe środki, a ktoś, kto zajmuje

się tylko zaćmą, mniejsze środki, powinny decydować konkretne środki finansowe. Chodzi o to, żeby doprowadzić do zmniejszenia problemu, jakim jest zachorowalność na zaćmę. Tylko tyle.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Nie widzę już więcej zgłoszeń.

W takim razie bardzo proszę o podsumowanie pana ministra, pana prezesa...

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Później czy wcześniej.

Dobrze, pan profesor był pierwszy.

Bardzo proszę, pan profesor.

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Okulistyki

Jerzy Szaflik:

Nie czuję się upoważniony do podsumowywania, ale chciałbym podzielić się kilkoma uwagami.

Pierwsza sprawa. To niejako w odpowiedzi panu senatorowi. To nie jest tak, że ten dostanie więcej, a ten dostanie mniej, bo dostaje się środki na procedury, to znaczy, że ten będzie miał pięćset, a ten będzie miał na przykład tysiąc. To nie jest tak, że różnicujemy rzeczywistość... jest po prostu cena procedury. Chodzi o liczbę procedur. To tak dla porządku chciałbym tylko sprostować.

Druga sprawa. Może ja jestem za bardzo statyczny w tym wszystkim, co mówiłem, ale ja się z tym problemem, tak jak i większość, moczę od lat, obserwuję go, wydaje mi się, że wkładam dużo wysiłku w to, żeby było lepiej. Efekty są do oceny, a, jak widać, nie są najlepsze. Ale jednak uważam, opierając się na własnych doświadczeniach, że nie może to się sprowadzać do przesuwania pieniędzy. Można oczywiście szukać rezerw w samym systemie, można szukać rezerw w okulistyce, ale to są bardzo płytkie rezerwy. Po prostu trzeba znaleźć środki. Wiem, że to jest trudne, bo przedstawiciele każdej specjalizacji mogą przyjść i powiedzieć, że potrzebują. Ale jeżeli chcemy rozwiązać ten problem, to uporamy się z nim tylko wtedy, kiedy dodamy środki. Możemy racjonalizować wydatki, ale przede wszystkim musimy dodać środki. I bardzo przestrzegam przed ich przesuwaniem. Po prostu chodzi o to, żeby dodać tam, gdzie jest te dwadzieścia trzy, dwadzieścia cztery osoby na dziesięć tysięcy mieszkańców. Tam zainwestować, żeby to troszkę wyrównać i żeby była inna dostępność.

Podmioty są różnie traktowane. Rzeczywiście zabiegi usunięcia zaćmy są zabiegami trudnymi pod względem technicznym, ale opanowanymi, efektywnymi i efektownymi, w związku z tym chęć ich realizacji. Gdyby one się nie opłacały, to nie byłyby robione, to jest zrozumiałe. Dlatego myślę, i chciałbym to podkreślić, że potrzebne są jednak większe nakłady i należy uporządkować pewne sprawy. Patrząc z perspektywy lat, obserwowania tego i współdziałania w tym, muszę powiedzieć, że w ostatnim czasie nastąpiło porządkowanie pewnych spraw i jest jakaś nadzieja, że to wszystko się ułoży. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Pan minister, a potem pan prezes.

**Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber:**

Dziękuję bardzo.

Chciałbym tylko podzielić się taką oto refleksją. Myślę, że sama dyskusja była bardzo potrzebna i bardzo pożyteczna dla mnie i dla pana prezesa. W tej dyskusji mieliśmy okazję wysłuchać niejednokrotnie zupełnie odmiennych poglądów czy propozycji dotyczących tego, w jaki sposób powinniśmy postępować i w jaki sposób powinniśmy rozwiązywać problem dostępu do świadczeń w zakresie operacji usunięcia zaćmy. Chciałbym jedno bardzo wyraźnie podkreślić i wyjaśnić. Każdy ośrodek, który realizuje leczenie w zakresie szpitalnym, lecznictwa szpitalnego, musi spełnić identyczne wymagania. Jeżeli realizuje dane świadczenia w ramach chirurgii jednego dnia, to musi spełnić identyczne wymagania i one są w tym momencie niższe. Za tym oczywiście idzie niższa cena, bo szpital to jest w tym momencie dyżurowanie, kompleksowość usługi i tym podobne sprawy. Wtedy, kiedy mówimy o chirurgii jednego dnia, to jest to przyjęcie pacjenta w mniej wymagających warunkach.

Kwestia warunków, jakie trzeba spełnić, tak jak na początku stwierdziłem, jest sprawą do dyskusji i jesteśmy otwarci na państwa sugestie i propozycje jako środowiska, które jest najbardziej w tym wszystkim zorientowane. Jeżeli to będą wymagania dla leczenia szpitalnego, to wszyscy będą musieli je spełnić. Jeżeli dla lecznictwa w zakresie chirurgii jednego dnia, to wszyscy je będą musieli spełnić. Jeżeli podejmiemy decyzję, państwo podejmiecie decyzję, że to może być robione w warunkach ambulatoryjnych, to wtedy możemy taki produkt przygotować. Ale z tym są związane również określone wymagania i z tym się też należy liczyć, że będzie inna cena za tego typu świadczenie.

Następna kwestia. Gdyby można było więcej środków finansowych przeznaczyć na konkretną procedurę, pewnie byłoby to najprostsze rozwiązanie, które zmniejszyłoby ten problem braku dostępu. Ale wydaje mi się, że ta ilość środków finansowych i liczba pacjentów, którzy są operowani i którzy mają dostęp do tych świadczeń, wolno, bo wolno, ale jednak rośnie, więc starajmy się po prostu utrzymać jakąś tendencję.

Co do warunków realizowania świadczeń, procedur itd. jesteśmy otwarci na współpracę. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo, Panie Ministrze.

Proszę bardzo, Panie Senatorze.

Senator Leszek Piechota:

Chciałbym tylko podtrzymać swoją prośbę o otrzymanie odpowiedzi na piśmie. Chociaż wypowiedź pana prezesa była długa i wyczerpująca, to w treści była w dosyć dużym stopniu na poziomie ogólności, a ja ciągle powtarzam, mam przypadek modelowy.

Ta sama populacja, te same nakłady, ta sama liczba chorych, a dwukrotnie dłuższy czas oczekiwania i dwa razy większa liczba osób oczekujących. Myślę, że gdybyśmy chociaż w części znaleźli odpowiedź na przyczynę powstania tego zjawiska, to może parę problemów, które tutaj zostały przedstawione, udałoby się wyjaśnić i rozwiązać. Dziękuję.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dobrze, dziękuję, Panie Senatorze.

Panie Prezesie, bardzo proszę.

**Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Maciej Dworski:**

Panie Przewodniczący, Szanowni Państwo, zanim podziękuję za udział, to jeszcze tylko kilka zdań dotyczących bardziej szczegółowych kwestii.

Chciałbym odpowiedzieć najpierw panu profesorowi. Jeżeli chodzi o kraj, który przeznacza środki publiczne na prywatne podmioty, to większość krajów Europy i świata tak robi. Bo nawet u naszych sąsiadów, którzy... Nie wiem, czy tam jest system ubezpieczeniowy, czy środki kas chorych są środkami publicznymi, tak jak na przykład w Wielkiej Brytanii czy w innych krajach, gdzie mają system budżetowy generowania środków, ale tam większość szpitali i największe kliniki, wiem to dokładnie, mają charakter prywatny, chociażby największa klinika kardiologii i kardiologii w Berlinie. Jest to spółka prawa handlowego, gdyby to przełożyć na nasze realia prawne, właścicielskie, która jest spółką praktycznie akcyjną, akcjonariuszem, ma udziałowców, nawet nie ma tam udziału większościowego jakiegokolwiek podmiot publiczny. Tak więc nie tu leży problem. I zakładam, że nie jest on też postrzegany tak przez pana profesora.

Kwestia braku limitu, ewentualnie, jak to się mówi, odlimitowania. Nie ma też takiego kraju, który nie wprowadza limitów, bo nie ma kraju, który ma nieograniczoną pulę środków, jakie wydaje na ochronę zdrowia. Oczywiście są obszary pod tym względem bardziej chronione, jest polityka zdrowotna, są priorytety. My też to w naszym kraju przecież realizujemy.

Gdybyśmy chcieli dzisiaj zlikwidować na przykład kolejkę, tak mówiąc bardzo prostym językiem matematycznym, oczekujących na zabieg usunięcia żączy w jakimś... to byłoby fizycznie nawet możliwe, bo zakładam, że koleżanki i koledzy okuliści też mają określoną wydolność, to potrzebowalibyśmy, krótko mówiąc, około 1 miliarda 500 milionów zł. Jeżeli gdzieś się znajdzie taką sumę, bo my nie jesteśmy w stanie jej znaleźć, to taka będzie decyzja.

Również krótko na temat kontraktowania kompleksowego bądź niekompleksowego. Ja mam w miarę bieżące informacje dotyczące sposobów kontraktowania w Europie. Zresztą nie tak dawno miałem przyjemność i okazję spędzić ileś tam dni w towarzystwie ekspertów i to takiej dosyć wysokiej rangi z większości krajów środkowej Europy. Na tym spotkaniu byli również przedstawiciele krajów, takich jak Czechy, Słowacja, a także Słowenia, Macedonia, Mołdawia, Serbia, Chorwacja oraz Kazachstan, Azerbejdżan, Gruzja, Łotwa, Litwa. Było dużo rozmów, dużo informacji i dużo konkretnych. Nie znam takiego przypadku czy takiego trendu, czy promowania sposobu kontraktowania wycinkowego, jednostkowego poza sytuacjami, że jest to na przykład wynik przyjęcia programu.

Są takie sytuacje, że przyjmuje się pewien program na poziomie państwa, na poziomie na przykład ministra zdrowia czy jakichś w ogóle innych podmiotów odpowiedzialnych za politykę zdrowotną, są środki celowane, ale te powszechne środki, powszechne zabezpieczenie zawsze zmierza do tego, żeby te świadczenia były, z przyczyn oczywistych, o których nie chciałbym tutaj mówić, w miarę możliwości kompleksowe. Nie zawiera się umów na wybrany odcinek, o czym pan doktor też mówił, na chirurgię wyrostka, na chirurgię ząbów itd. Są różne powody, dla których tego się nie robi, ale nikomu się w ten sposób nie robi krzywdy.

I chciałbym również państwu przekazać pewną optymistyczną informację, że oczywiście my mamy wiele problemów do rozwiązania, spotykamy się i bardzo dobrze, musimy o tym mówić, i ten proces niewątpliwie postępuje. Ale z moich ostatnich kontaktów z tym gremium, o którym mówiłem przed chwilą, wynika, że tak naprawdę to też nie powinniśmy aż tak bardzo się wstydzić, bo cudze chwalicie, a swego nie znacie. To ogólne takie z lotu ptaka spojrzenie na to, co się dzieje w naszym kraju w tym zakresie. Również to, co jest realizowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia czy przez wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia, pokazuje, że to nie odbiega za bardzo od tego co jest realizowane, promowane przez gremia ekspertów w różnych innych krajach. Oczywiście zawsze jest pewien folklor, są klimaty, są problemy, za tym stoją pieniądze, organizacja itd., itd.

Dziękuję za możliwość bycia tutaj z państwem przez ten czas, ponieważ taka dyskusja na pewno sygnalizuje pewne problemy i jesteśmy, tak jak powiedziałem, otwarci. Ja problemy pozostawiam też do dyspozycji, zakładam, że nie tylko ja, żeby gdzieś je tam rozwiązywać w jakimś racjonalnym trybie, a nie generować następne w przypadku takiego zachowania, że możliwości dokonania rewolucyjnych zmian w ochronie zdrowia to jest praktycznie bardzo niebezpieczna ścieżka. Dziękuję bardzo.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo panu prezesowi.

Rozumiem, że już nie ma więcej zgłoszeń. Będziemy zatem kończyć.

Bardzo serdecznie wszystkim dziękuję za przybycie.

Bardzo dziękuję panu senatorowi za wskazanie tego problemu.

Proszę państwa, na pierwszy rzut oka, to dla okulistów określenie, z którym spotkacie się na co dzień, nie był to atrakcyjny temat, ale jednak jak się okazuje, bardzo wiele problemów wynikło z naszej dyskusji, debaty, która nie tylko dotyczyła sposobu leczenia ząbów i finansowania tego leczenia, lecz również okulistyki. I bałbym się... Pan senator Kraska bowiem zaproponował, żebyśmy podjęli w komisji jakąś uchwałę czy jakiś dezyderat skierowany do pana ministra, pani minister i prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Wydaje mi się, że ta nasza debata w sposób wystarczający pokazała problemy, bo państwo pokazaliście wiele tych problemów.

Dziękuję bardzo panu ministrowi za obecność, za zaangażowanie się w prace naszej komisji i w to zagadnienie.

Wiele tematów zostało poruszonych. Cieszę się z wielu wypowiedzi i z wielu sformułowań. I to, o czym mówiła pani konsultant w dziedzinie okulistyki województwa mazowieckiego, powstawanie nowych oddziałów, nowych świadczeniodawców, którzy nie mają właściwie racji bytu na naszym rynku. I pan profesor również niejako odniósł się do tego, że to faworyzowanie prywatnych podmiotów, Panie Ministrze, jest

odczuwalne i to w innych rozmowach, innych debatach również jest bardzo wielokrotnie podejmowane. I bardzo bym prosił pana ministra o przekazanie pani minister również tych głosów nie zawsze przychylnych w sumie tym propozycjom, które ostatnio znalazły się w pakiecie propozycji reformujących służbę zdrowia.

Bałbym się podsumowywać w jakiś jednoznaczny sposób, właściwie wszyscy są zgodni do tego, że w każdej wypowiedzi czy prawie w każdej wypowiedzi przewijał się wątek potrzeby zwiększenia finansowania. Bałbym się bardzo zwiększać finansowanie czy określać na jakimś procentowym poziomie finansowanie wybranych jednostek chorobowych. Są inne jednostki, są inne bardzo groźne schorzenia, więc to byłoby bardzo ryzykowne. Ale oczywiście wszystkie pomysły są ciekawe i bardzo się cieszę, że doszło do tej debaty, dyskusji. Na pewno pan minister i my wszyscy tutaj z tej dyskusji, z tej debaty bardzo wiele wynieśliśmy.

Nie podejmuję się w tej chwili, proszę państwa...

(Głos z sali: Przybył pan przewodniczący.)

Tak, widzę, zaraz przywitam w osobny sposób pana przewodniczącego.

(Senator Władysław Sidorowicz: Nie, nie.)

Zrobię to na pewno, Panie Przewodniczący, tylko nie chciałem stracić wątku, ale już straciłem.

Tak więc witam pana przewodniczącego, pana senatora Sidorowicza. Będziemy już kończyć, Panie Przewodniczący, Ale jeśli pan senator ma coś do powiedzenia nam, to bardzo bylibyśmy zadowoleni.

(Senator Władysław Sidorowicz: ...to jest gorący temat. Wczoraj byłem w biurze interwencji u pani...)

Panie Senatorze, jeśli długi termin, to do mikrofonu.

Proszę bardzo.

Senator Władysław Sidorowicz:

Szanowni Państwo, to gorący temat i to nie jest przypadek, że prezydium komisji podjęło decyzję, aby zrobić takie spotkanie, bo ja na dyżurze często namawiam ludzi starszych, którzy czekają w długich kolejkach, są przesuwani... To trwa bardzo długo i coś naprawdę z tym trzeba zrobić. Myślę, że to posiedzenie komisji było okazją, żeby to przedyskutować, i dziękuję państwu za aktywność i uczestnictwo. Przepraszam, ale tak się złożyło, że nie miałem jak dolecieć.

Zastępca Przewodniczącego Stanisław Karczewski:

Dziękuję bardzo.

Ale cieszymy się, że senator do nas doleciał.

Powiem tak, w czasie debaty, a śledziłem tą debatę w Sejmie, na temat odwołania pani minister Ewy Kopacz nasza strona zarzucała właśnie między innymi bardzo długie kolejki. Pani minister wyjęła dane z Narodowego Funduszu Zdrowia, mówiące o bardzo krótkiej kolejce, więc, jak się okazuje, i jedna, i druga strona miała rację.

Dziękuję bardzo. Kończymy posiedzenie.

(Koniec posiedzenia o godzinie 14 minut 29)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851