

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

**Komisja
Zdrowia**

■ **PODKOMISJI STAŁEJ DO SPRAW
ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA
(NR 21)
z dnia 9 października 2025 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia – podkomisji do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 21)

9 października 2025 r.

Podkomisja do spraw organizacji ochrony zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Józefa Szczurek-Żelazko (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, oraz posła **Krzysztofa Bojarskiego (KO)**, zastępcy przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

- informację ministra zdrowia na temat postępu wdrażania rozwiązań wynikających z ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta, w szczególności wskaźników jakości opieki zdrowotnej oraz działalności Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

W posiedzeniu udział wzięli: **Jakub Szulc** wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Dominika Janiszewska-Kajka** zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Agnieszka Pietraszewska-Macheta** dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, **Agnieszka Jankowska-Zduńczyk** prezes Zarządu Głównego Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, **Grażyna Cebula-Kubat** przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Dorota Korycińska** prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej, **Władysław Krajewski** wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Jolanta Januszczak** sekretarz Zarządu Krajowego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Zofia Czyż** wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Anna Gołębička** ekspert Związku Zawodowego Lekarzy, **Krzysztof Zdobyłak** ekspert do spraw transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej.

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

Przewodnicząca poseł **Józefa Szczurek-Żelazko (PiS)**:

Witam. Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie na kolejnym posiedzeniu podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia.

Otwieram posiedzenie podkomisji.

Bardzo serdecznie witam członków podkomisji. Dzisiaj jest nas skromna reprezentacja, ale zapewne za chwilę dołączą do nas posłowie, którzy są na innych komisjach albo na sali posiedzeń. Bardzo serdecznie przede wszystkim witam zaproszonych gości.

Szanowni państwo, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat postępów wdrażania rozwiązań wynikających z ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, w szczególności wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Taką informację przedstawi nam minister zdrowia. Prosiłśmy również o informację prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Dziękujemy za tę dosyć obszerną informację.

Przystępujemy w takim razie do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów i zamieszczone w folderze SDI na iPadach. Dostępne są również w formie papierowej.

Szanowni państwo, temat został wprowadzony do porządku obrad naszej podkomisji, ponieważ wielokrotnie na posiedzeniach ten temat był poruszany. Jest istotny z punktu widzenia świadczeń udzielanych pacjentom. Z drugiej strony już prawie 2 lata mija od funkcjonowania całego systemu oceny jakości świadczeń zdrowotnych na gruncie nowej ustawy. W związku z tym chcieliśmy również dowiedzieć się od państwa przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, CMJ i NFZ, w jaki sposób ta nowa regulacja wpłynęła na poprawę jakości, czy wpłynęła na poprawę jakości udzielanych świadczeń, a jeżeli tak, to w jakim zakresie? Również zwracaliśmy uwagę, że ta ustawa wносиła nowy system oceny tych parametrów, które są, to znaczy

nowy system parametrów, które są oceniane w jakości udzielanych świadczeń. W związku z tym również chcielibyśmy dowiedzieć się od państwa, jak to wygląda. W takim razie, już nie przedłużając, ja poproszę może po kolei przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Ubolewam, że nie ma nikogo z członków kierownictwa, ale jest pani dyrektor. Rozumiem, że pani dyrektor jest upoważniona do przedstawienia w imieniu kierownictwa tej informacji. Bardzo więc proszę o przedstawienie. Później poproszę pana prezesa NFZ o informację i doprecyzowanie tych kwestii, które zostały w tych materiałach przesłanych do Komisji przygotowane. Później będzie dyskusja. Myślę, że również przedstawiciele CMJ chcielibyśmy usłyszeć, jak wygląda sytuacja. Cieszę się, że CMJ nadal istnieje. Dziękuję. Bardzo proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Ja się posłużę taką wersją super skróconą, wobec tego, co państwo dostaliście.

Podzieliłiśmy nasze zagadnienia w zakresie wdrażania ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta na 4 takie podstawowe filary, bo tak naprawdę ustawa, jaka jest, taka jest. Nie jest doskonała, ale jest. Postanowiliśmy więc w tych czterech obszarach trochę zadziałać. Pierwsza kwestia to jest monitorowanie jakości poprzez zastosowanie wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Na podstawie ustawy zostały wydane dwa przepisy wykonawcze, to jest rozporządzenie ministra zdrowia z 10 września 2024 r. w sprawie wskaźników. Bardzo pręźnie pracował zespół, który składał się z przedstawicieli naprawdę bardzo dużej liczby ekspertów, ale takich ekspertów przez duże „E”, którzy pracowali na wskaźnikach. To byli przedstawiciele PZH, NFZ AOTMIT. Wszyscy zgodzili się co do tego zakresu wskaźników, który jest, czego efektem było rozporządzenie i taka pierwsza próba zdefiniowania i określenia zakresu tych wskaźników, które należy badać na bazie danych, którymi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Konsekwencją tego rozporządzenia było rozporządzenie zmieniające w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. 30 kwietnia br. zgodnie z harmonogramem prac ustawy o jakości prezes Narodowego Funduszu Zdrowia opublikował wartości realizacji wskaźników w zakresie obszaru klinicznego i zarządczego. 30 kwietnia, więc zmaterializowały się te przepisy, o których była mowa w ustawie o jakości, i zostały wskazane wartości realizacji wskaźników, które przyjął Narodowy Fundusz Zdrowia również w porozumieniu z ekspertami.

Kolejną kwestią było ustalenie od 1 lipca 2025 r. obowiązywania współczynnika korygującego dla wskaźnika jakości opieki zdrowotnej, które mieściły się w obszarze zarządczym. One dotyczyły... zgłaszalności się do programu profilaktyki raka jelita grubego, a od 1 lipca 2026 r. wejdą w życie współczynniki korygujące związane z uzyskaniem odpowiedniej wartości realizacji pozostałych wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Następnie wdrożyliśmy również monitorowanie wskaźnika jakości w obszarze konsumenckim poprzez ankietyzację pacjentów za pośrednictwem takiego podstawowego narzędzia, którym jest opinia i doświadczenie pacjentów, które były zgłaszane przez internetowe konto pacjenta. Współpracowaliśmy tutaj z organizacjami pacjenckimi, które podpowiadały, w jaki sposób należy właściwie badać jakość i satysfakcję pacjenta tak, żeby przede wszystkim zachować taką intymność w wyrażaniu swojej opinii. Myślę, że to jest na takim dobrym etapie weryfikacji, czy nam ten proces wyszedł. Oczywiście pacjenci są tutaj takim papierkiem lakmusowym, jeśli chodzi o badanie tej jakości. Pierwszy etap aktualizacji obejmuje pacjentów, którym są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach. Trwają teraz prace nad tym, żeby zamieścić ankietę na platformie P1. Oczywiście biorąc pod uwagę to, jaki mamy stopień z informatyzowania wszystkich pacjentów, to jednak głos pacjentów był w zasadzie jednokowy – chodzi o to, żeby ta ankieta była jak najbardziej dostępna dla pacjenta – i okazuje się, że z informatyzowana forma cieszy się dużą popularnością. W kolejnych etapach będą rozwijane również inne kanały dla pacjentów właśnie wykluczonych cyfrowo. Ale jest ich coraz mniej, więc mamy nadzieję, że pacjenci jednak przystąpią do tej formy elektronicznej wypełniania.

Drugim obszarem bardzo ważnym była autoryzacja – autoryzacja, czyli obowiązkowy proces dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju „świadczenia szpitalne” w ramach profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia opieki zdrowotnej. Proces autoryzacji, czyli proces tak naprawdę sprawdzenia warunków realizacji świadczeń. I teraz określenie co nastąpiło? Został określony harmonogram składania wniosków o autoryzację i on przebiega... autoryzacja, czyli proces sprawdzenia, przebiega zgodnie z ustalonym harmonogramem składania wniosków, który jest zamieszczany na stronach BIP oddziałów wojewódzkich NFZ.

Na dzień 22 września 2025 r. do oddziałów wojewódzkich funduszu wpłynęły 153 wnioski o autoryzację od podmiotów leczniczych w rodzaju „leczenie szpitalne,” z czego 49 zostało rozpatrzonych pozytywnie i zakończonych wydaniem decyzji administracyjnej.

Następnie został utworzony dedykowany system teleinformatyczny do obsługi tych wniosków o autoryzację. Do systemu teleinformatycznego SZOI portal świadczeniodawcy została dodana nowa funkcjonalność, która umożliwia złożenie takiego wniosku za pomocą tego portalu. Dodatkowo zostały zaplanowane, przede wszystkim najpierw opracowane materiały, ale zaplanowane szkolenia, które są dla pracowników NFZ w zakresie wytycznych dotyczących wewnętrznego systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych. W maju 2025 r. Centrum Monitorowania Jakości przeprowadziło szkolenie dla pracowników NFZ w zakresie wewnętrznego systemu jakości.

Trzecim obszarem jest obszar, który jest związany z obligatoryjnym monitorowaniem zdarzeń niepożądanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Chciałabym tutaj tak historycznie wrócić do tego tematu, bo na etapie procedowania samej ustawy pierwsza wersja ustawy zawierała bardzo szczegółowe regulacje w zakresie obligatoryjnego monitorowania, jednakże w toku prac niemalże wszystkie opcje, które były reprezentowane w Komisji Zdrowia, i przedstawiciele pracodawców jednoznacznie sprzeciwili się temu pomysłowi. My troszkę ubolewamy nad tym, bo tam były bardzo takie szczegółowe wytyczne dotyczące monitorowania zdarzeń, do czego jakby dążymy jako ministerstwo, które chciałoby, aby zgłaszanie tych zdarzeń było bardzo dobrze opracowane i też miało jakiś swój proces, ale jednak ta ustawa, która weszła w wersji znacznie okrojonej, to jest taki pierwszy krok. My więc traktujemy to jako trochę taką naukę, taką lekcję o jakości. Pewnie kolejnym krokiem będzie to, że trzeba będzie doprecyzować kwestię monitorowania zdarzeń niepożądanych i bardziej szczegółowego procesu i większego zaangażowania podmiotów, co byłoby z korzyścią dla pacjentów, ale też dla samych podmiotów w kontekście ewentualnej odpowiedzialności za zdarzenia niepożądane. Kolejnym krokiem... O, jeszcze nie powiedziałam, ale ważną rzeczą jest oczywiście opracowanie ankiet badania opinii i doświadczeń pacjentów. One zostały określone... zaproponowane przez ośrodek akredytacyjny wspólnie z innymi podmiotami na podstawie zespołu, który pracował w zakresie opracowania wskaźników jakości.

Kolejny czwarty obszar, który wydawał się do tej pory być najlepiej uporządkowany, to był obszar akredytacji. Wprowadziliśmy w tej ustawie tak naprawdę pewne udogodnienia, mając już na względzie to wieloletnie doświadczenie w zakresie akredytacji podmiotów leczniczych, ale przede wszystkim należy podkreślić ostatnie nasze działanie – i to również jest realizacja ustawy o jakości – to jest budowa dedykowanego systemu teleinformatycznego, czyli systemu monitorowania wniosków o udzielenie akredytacji. Pierwszy etap tego zakończył się 25 sierpnia tego roku. Opracowano dwa moduły, to jest moduł obsługi wniosku o akredytację i moduł procedury oceniającej. Od tego dnia tylko w zakresie tego modułu o udzielanie... w zakresie tego systemu SMWUA jest możliwe składanie wniosku o udzielenie akredytacji, czyli jest to z informatyzowany proces w tym momencie. Wtedy podmiot lepiej się czuje, bo widzi siebie w kolejce. Można sobie zaplanować pewne działania. To również ma na celu usprawnienie działalności CMJ, kolejowania podmiotów. Jeśli więc można pochwalić się narzędziem, to rzeczywiście współpraca z Centrum E-zdrowia, z Centrum Monitorowania Jakości, z Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministerstwem Zdrowia... Rzeczywiście bardzo dobry produkt został oddany do użytku. Od 26 sierpnia 2025 r. CMJ przestało przyjmować wnioski w tej formie papierowej. Mamy więc tylko i wyłącznie wersję elektroniczną.

Następnie, jeśli chodzi o usprawnienie procesu akredytacji, to został określony harmonogram przeglądów akredytacyjnych. Od marca 2024 r. Centrum Monitorowania Jakości publikuje na swojej stronie harmonogramy wizyt akredytacyjnych zarówno dla wniosków złożonych jeszcze na zasadach poprzednio obowiązującej ustawy o akredytacji jak również dla nowych wniosków. I teraz jak wygląda statystyka? Na przeprowadzenie procedury akredytacji w ochronie zdrowia oczekuje obecnie 36 podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju „leczenie szpitalne”, które złożyły wnioski o udzielenie akredytacji na zasadach poprzednio obowiązującej ustawy, czyli na bazie ustawy o akredytacji, czyli na bazie jeszcze starych standardów akredytacyjnych. Mamy więc 36 podmiotów w zakresie leczenia szpitalnego, 27 podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju „POZ”, które złożyły wnioski również już na bazie nowej ustawy, czyli nie mamy zaległych wniosków w zakresie POZ, i 75 podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju „świadczenia szpitalne”, które złożyły wnioski o udzielenie na zasadach nowych, czyli ustawy o jakości. I teraz zgodnie z ustawą o jakości tam został nałożony termin,

który polega na tym, że jeżeli podmiot złożył wniosek już na bazie nowych standardów, czyli nowej ustawy o jakości, Centrum Monitorowania Jakości powinno w ciągu 12 miesięcy zakończyć całą procedurę akredytacji. Kolejną kwestią jest to, że w przypadku 32 podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju „leczenie szpitalne”, które złożyły wnioski na bazie starej ustawy, przeglądy rejestracyjne zostały zaplanowane jeszcze na 2025 r., co oznacza, że 4 podmioty ze starej ustawy zostaną przeniesione na kolejny rok i w ten sposób zakończymy ocenianie podmiotów na bazie starych standardów akredytacyjnych.

I teraz co jeszcze chciałam powiedzieć. Mamy również nowy sposób naboru do pełnienia funkcji wizytatora, bo 19 października 2024 r. jako jedno z 11 wykonawczych do ustawy weszło właśnie w życie rozporządzenie w sprawie szczegółowego trybu organizowania i przeprowadzenia naboru na kandydatów do pełnienia funkcji wizytatora. Konkurs na mocy tych nowych przepisów został ogłoszony 31 marca 2025 r. Mamy aplikacje 321 kandydatów do pełnienia funkcji wizytatora w zakresie leczenia szpitalnego, 158 kandydatów do pełnienia funkcji wizytatora w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Ja nie będę może podawała liczb odnośnie do wizytatorów, bo myślę, że to jest jakby taka kwestia statystyczna tylko, ale jeszcze poruszę bardzo ważną kwestię – to jest kwestię standardów akredytacyjnych. Do tej pory udało nam się przeprowadzić procedurę obwieszczenia nowych standardów akredytacyjnych w leczeniu szpitalnym i te standardy zostały obwieszczone w roku poprzednim, co dało możliwość wyłączenia z tego okresu działania 12 miesięcy dla podmiotów, które chciałyby akredytować się wcześniej, bo na mocy przepisów ustawy o jakości standardy akredytacyjne uchwalone już na mocy tej ustawy muszą obowiązywać 12 miesięcy, żeby podmiot mógł złożyć wniosek o udzielenie akredytacji. To ma swoje dobre i złe strony. Dobra strona jest taka, że podmiot może przygotować się do tych nowych standardów. Tam rzeczywiście zaszły bardzo duże zmiany, jeśli chodzi o stopnie spełnienia tych standardów, ale i w ogóle rozszerzył się ich zakres. Pewien mankament wyszedł nam na mocy standardów, uprzedzając pytania, patomorfologii. Przyszykowaliśmy więc takie rozwiązanie – myślę, że bardzo dobre – bo w ramach ustawy... w ramach nowelizacji ustawy, w której nowelizowany jest DILO, wprowadzone jest e-DILO, wprowadziliśmy również zmianę ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, która to umożliwia, funkcjonowanie takich standardów krócej niż 12 miesięcy. Jest więc możliwość dla podmiotu złożenia wniosku, mimo że te 12 miesięcy nie upłynęły, czyli na przykład dla podmiotów, które by chciały i są gotowe szybciej się akredytować, np. dla zakładów jednostek patomorfologii, będzie to możliwe szybciej, o ile oczywiście proces legislacyjny zostanie przeprowadzony dosyć sprawnie. Mamy więc nadzieję, że ta ustawa wejdzie w życie w ciągu najbliższych 2 miesięcy tak, żeby do końca roku można było to zrobić. Przed nami nowelizacja standardów. Mamy również świadomość, że w toku prac rada akredytacyjna i pewne standardy pomimo ich uchwalenia, i oczywiście obwieszczenia przez panią minister, w praktyce okazały się trudne do spełnienia przez świadczeniodawców albo też nieczytelne. To są jednostkowe przypadki, ale żeby je zaktualizować, to właśnie też ta nowelizacja ustawy o jakości będzie dla nas takim sposobem na to, aby zaktualizowane standardy wprowadzić szybciej i nie czekać 12 miesięcy np. na aktualizację standardów w leczeniu szpitalnym.

Ja bardzo dziękuję. Bardzo chętnie odpowiemy na wszystkie pytania.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ja myślę, że później będzie seria pytań. Bardzo dziękuję za tę obszerną informację i bardzo taką wyczerpującą. Bardzo dziękuję za przygotowanie i przedstawienie. Może teraz poproszę również pana prezesa o przedstawienie informacji Narodowego Funduszu Zdrowia, a potem panią dyrektor CMJ i rozpoczniemy dyskusję.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jakub Szulc:

Bardzo serdecznie dziękuję. Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, w zasadzie pani dyrektor odebrała mi chleb, przedstawiając informację w zakresie tych działań, które na gruncie ustawy o jakości należą do prerogatyw Narodowego Funduszu Zdrowia. Ja może, tylko uzupełniając kilka rzeczy, które wydają się być istotne. Z naszej perspektywy bardzo istotne jest, żeby proces autoryzacji przebiegał w sposób jak najbardziej gładki i bezproblemowy i żeby nastrecał jak najmniej kłopotów zarówno organizacyjnych jak i wątpliwości co do samego tego procesu. Wydaje mi się, że to, co w tym momencie osiągnęliśmy, to faktycznie harmonogram jest ustalony i rozpisany. Tak, jak pani dyrektor wspomniała, stworzyliśmy specjalne narzędzia w portalu świadczeniodawcy SZOI, żeby można było w sposób jak najprostszy składać wnioski autoryzacyjne

jak również pierwsze rezultaty, a więc 153 zaprojektowane, to znaczy, zaharmonogramowane wnioski złożone, ponad 40 rozpatrzonych. Wydaje się, że nie ma kłopotów i nie będziemy... to znaczy, nie mamy się co obawiać tego, że ten proces autoryzacji będzie nam w jakikolwiek sposób generował jakiegokolwiek przestoje czy nieprzewidziane kłopoty.

Jeśli chodzi o samą ocenę, bo o to pani przewodnicząca na samym początku pytała, jeśli chodzi o ocenę wpływu ustawy o jakości na jakość udzielanych świadczeń, myślę, że wszyscy sobie zdajemy z tego sprawę, że jesteśmy w dużej mierze na etapie tak naprawdę administracyjno-technicznego wdrażania... procedowania i wdrażania zapisów tej ustawy, a więc tak naprawdę na ocenę, jaki wpływ sama ustawa miała czy ma na jakość udzielanych świadczeń, jeszcze jest stosunkowo za wcześnie, zwłaszcza że wskaźniki, które zgodnie z ustawą zostały opublikowane, które zostały najpierw opracowane, a potem ich wartości zostały opublikowane w drugim kwartale tego roku są na razie wskaźnikami tylko i wyłącznie informacyjnymi. Jesteśmy więc w stanie sprawdzić, jak poszczególne parametry i to również w dwóch z trzech zakresów, a więc klinicznego i zarządczego, bez zakresu dotyczącego oceny satysfakcji przez samych pacjentów. Jesteśmy więc w stanie na danych klinicznych i danych zarządczych pokazać, jak pewne parametry w systemie się kształtują, natomiast one, póki co, nie są jeszcze zaimplementowane do systemu rozliczeniowego. Nie stanowią więc oparcia o wpływanie na owskaźnikowanie wyceny świadczeń, które są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. To jeszcze przed nami. Czy i w jaki sposób w związku z tym publikowanie wskaźników i rozliczanie wskaźników jakościowych w ochronie zdrowia wpłynie na jakość udzielenia świadczeń? Myślę, że o tym jeszcze za wcześnie, żeby dyskutować. To będziemy obserwować zdecydowanie w dłuższej perspektywie czasowej. To w zasadzie tyle, co ja chciałem dodać do wypowiedzi pani dyrektor. Dziękuję, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja chciałabym doprecyzować, bo z tych 49 wniosków rozpatrzonych pozytywnie to były wszystkie wnioski, które były rozpatrywane czy tylko te pozytywnie rozpatrzone? Chodzi mi o to, czy był negatywnie jakiś wniosek rozpatrzony?

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jakub Szulc:

Nie ma na razie negatywnie rozpatrzonych wniosków. Wszystkie wnioski – te, które zostały rozpatrzone, zostały rozpatrzone pozytywnie. Mamy, jeżeli mnie pamięć nie zawodzi, 3 chyba wnioski, które są w tym momencie w zawieszeniu. To znaczy, z tych 153 złożonych, procedowanie będzie wymagało uzupełnień. One nie są w tym momencie rozpatrywane, ale co do zasady te, które były przez nas rozpatrywane, wszystkie zostały rozpatrzone pozytywnie. Nie ma braku autoryzacji, nie ma odmowy udzielenia autoryzacji.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. W takim razie poproszę panią dyrektor o przedstawienie stanowiska, jak z waszej strony to wygląda.

Dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia Agnieszka Pietraszewska-Macheta:

Dzień dobry. Bardzo dziękuję za zaproszenie. Ja tylko chciałabym dodać, bo pani dyrektor bardzo...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę o przedstawienie się do protokołu.

Dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia Agnieszka Pietraszewska-Macheta:

Tak. Agnieszka Pietraszewska-Macheta, dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Dziękuję za zaproszenie. Pani dyrektor przedstawiła bardzo szczegółowo te wszystkie informacje, natomiast ja ze swojej strony dodam, żebyście państwo nie mieli takiego wrażenia, że Centrum Monitorowania Jakości jest zapełnione wnioskami. To znaczy, rzeczywiście trochę tak było w szczególności po okresie pandemii, kiedy tych wniosków było bardzo dużo, jak również wobec lawiny wniosków, która była złożona w 2023 r. Stąd też pod koniec 2023 r. zanotowaliśmy 170 wniosków takich aktywnych, do rozpatrzenia jeszcze na starych zasadach. Stąd też jeszcze te wnioski rozpatrujemy, ale tak, jak pani dyrektor wspomniała, widać już ten koniec.

Te 4 podmioty, które są przeniesione na 2026 r., to jest na ich uzasadniony wniosek, więc to również nie jest tak, że my nie wydaliśmy, tylko dlatego, że one bardzo o to prosiły.

Natomiast pozostało w tej chwili 75 wniosków, jeśli chodzi o szpitale, dlatego że w przypadku POZ nie notujemy żadnych przestojów i wszystko jest w tej chwili na bieżąco realizowane, natomiast w przypadku szpitali te 75 wniosków, które wpłynęły, wszystkie szpitale mają wyznaczone już wizyty akredytacyjne, które są zgodne z przepisami ustawy, czyli spełniają ten warunek 12 miesięcy od dnia złożenia wniosku. One rozpatrzone są już pod względem formalno-prawnym. Nawet na stronie internetowej jest to wszystko widoczne. To jest w tej chwili ważne, żeby podmioty zaczęły już funkcjonować w tej nowej rzeczywistości. Staramy się również je przekonywać do tego, że w tej chwili uzyskanie ciągłości akredytacji to jest minimum 12 miesięcy. Trzeba złożyć wcześniej wniosek, aby to uzyskać. Być może, jeżeli dostaniemy dofinansowanie większe, jeżeli chodzi o akredytację, po naborze na wizytatorów będziemy mogli te terminy znacznie skrócić. W 2025 r. uzyskaliśmy dobre finansowanie na akredytację w drugiej połowie roku, stąd też możemy zrobić w tym roku 115 przeglądów akredytacyjnych, co jest zdecydowanie więcej niż w zeszłym i jeszcze poprzednim roku. Ten proces, więc idzie dobrze. On jeszcze... Musi jeszcze trochę czasu upłynąć, zanim to się wszystko już dokładnie ustali, ale jest oczywiście duża poprawa i wszystkie te wnioski, które wpływają, zgodnie z ustawą będą załatwione, więc ta gwarancja dla podmiotów do realizacji przeglądu akredytacyjnego w określonym terminie jest. Ta ustawa wyraźnie jakby daje taką gwarancję i jest to rzeczywiste, i możliwe do realizacji jak najbardziej. Również, jeśli chodzi o sam POZ, jeszcze tylko powiem, że realizujemy jeszcze projekt, w którym będziemy akredytować do końca 27 r. blisko 240 podmiotów. To jest również taka akcja wspierająca związana i ze szkoleniami i z tym wszystkim, co się wiąże z procesem akredytacji, a przede wszystkim z dążeniem do jakości. Myślę więc, że tak, jak powiedział pan prezes i pani dyrektor, że to za chwilę już będzie widoczne – te efekty tej ustawy, bo dużo jest tam jednak takich przepisów, które uporządkowały proces. To więc za chwilę myślę, że będzie już widać. To, co jest do zmiany, jest już w rękach państwa, ale to jest już jakby jedna kwestia. Dziękuję. Jeżeli będzie pytanie jakieś do mnie, to...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Ja może wykorzystam i od razu pytanie do pani o reakcję podmiotów leczniczych. Czy w którychś obszarach pojawiły się jakieś szczególne problemy, które do tej pory nie były definiowane, jeżeli chodzi o przygotowywanie się podmiotów na gruncie nowych przepisów do akredytacji czy po prostu nie diagnozujecie, żeby gdzieś tam pojawił się jakiś szczególny problem, który do tej pory państwo niekoniecznie identyfikowali?

Dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia Agnieszka Pietraszewska-Macheta:

Myślę, że również, jeśli chodzi o nowe wnioski, o sam sposób formalnego składania wniosków, to nie ma tutaj żadnych problemów. Trochę wzywamy do uzupełnienia braków, ale to są takie braki, które bardzo łatwo uzupełnić. Podmioty po prostu to uzupełniają.

Z tymi więc 75 wnioskami raczej nie mieliśmy problemów, odnośnie do wniosków. W tej chwili, jak uruchomił się już system SOWA, mamy trzy wnioski w systemie SOWA, więc to będzie 75 plus 3 już w tym nowym systemie. Myślę, że będzie jeszcze łatwiej docelowo, dlatego że te braki formalne wynikają z tego, że podmioty często... jakby nie ma takiej... niedokładnie przepisują z RPWDL, z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, natomiast system SOWA zaczytuje z RPWDL, czyli jakby to już będzie zdecydowanie łatwiej. To są kwestie formalne, natomiast w kwestiach merytorycznych podmioty w pierwszym momencie, kiedy weszły nowe standardy, miały takie..., że jest trudniej zdecydowanie, ale te wszystkie działania, które staramy się podejmować i również Rada Akredytacyjna dotycząca rozmów na temat tych standardów... w tej chwili przygotowujemy również taki przewodnik dla wizytatorów i podmiotów leczniczych, jak się przygotować do nowych standardów, więc już powoli zaczyna być akceptacja i takie zaangażowanie w to, żeby to robić. Być może, jeżeli będą jakieś problemy, standardy zostaną jeszcze poprawione tam, gdzie są oczywiście jakoś bardzo trudne, więc myślę, że to będzie już na pewno łatwe... łatwiejsze.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Czy państwo posłowie... Pani poseł Gelert, bardzo proszę.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Ja również tylko dopytam, bo z tego, co ja rozumiem, czyli poza zgłoszeniem, o którym pani mówi, i tym łatwiejszym zgłaszaniem się, to na razie państwo nie przeprowadziliście żadnej akredytacji w nowym wydaniu, czyli po nowemu, i jak gdyby trudno mówić o doświadczeniach na razie, tak?

Dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia Agnieszka Pietraszewska-Macheta:

Tak, pierwsza akredytacja według nowych zasad będzie następowała pod koniec października, czyli już przygotowujemy się w tej chwili to tych akredytacji. Jest 9 podmiotów – szpitali, które w tym roku według nowych zasad będą akredytowane, natomiast akredytujemy już POZ-ty. Już są pierwsze raporty z POZ-tów, które złożyły wnioski na nowych zasadach. To są dopiero... jeszcze nie widziałam nawet tych raportów, więc trudno mi powiedzieć, jakie są wyniki, natomiast duże znaczenie w procesie akredytacji może mieć kwestia spełnienia 50%... minimum 50% w danych działach, co dotychczas nie było zasadą i można było przejść niezależnie od tych 50%. Tutaj więc może być ewentualnie jakieś takie zawirowanie, bo podmioty jeszcze tego nie czują dokładnie.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Pani poseł, jeszcze? Dobrze. Pan poseł Bojarski, bardzo proszę.

Posel Krzysztof Bojarski (KO):

Ja mam kilka takich kwestii. Rozumiem, że żaden podmiot jeszcze nie uzyskał po nowemu, więc zobaczymy i te doświadczenia tych pierwszych podmiotów będą bardzo cenne.

Pani dyrektor zwróciła uwagę na moim zdaniem bardzo ważną rzecz. To jest taki przewodnik dla wizytatorów i dla podmiotów, bo ja akredytowałem już trzy razy szpital i wiem, że zawsze jest pewien problem z interpretacją pewnych norm i wymogów, gdzie nawet zdarza się, że po jednej akredytacji z tymi samymi standardami przystępujemy do drugiej, przychodzi nowa ekipa akredytacyjna i patrzy troszeczkę inaczej na to. Wydaje się, że warto by było tę pracę jak największą wykonać, żeby ta interpretacja tych standardów była taka bardzo zero-jedynkowa, bo wtedy będzie nam po prostu łatwiej się przygotować. To nie chodzi o to, żeby... To nie jest zarzut, bo również upływa czas i to się zmienia, więc taki przewodnik uważam, że to jest naprawdę bardzo dobre rozwiązanie.

Druga rzecz, na którą chciałem zwrócić... o czym mówiła pani dyrektor, to jest monitorowanie zdarzeń niepożądanych. Wydaje mi się, że chyba trzeba trochę dokonać zmiany pewnej filozofii podejścia do monitorowania tych zdarzeń, bo one dzisiaj są niestety przez podmioty lecznicze, przez personel traktowane jako przymusowe dodatkowe działanie biurokratyczne z jednej strony, z drugiej strony jest takie poczucie, że trochę na siebie donosimy w cudzysłowie, prawda? Nie wiem, wydaje mi się, że warto by było poszukać – to jest więc taka moja prośba i sugestia ewentualnie – żeby powiązać to raportowanie zdarzeń niepożądanych z pewną formą – ja nie chcę powiedzieć – bezkarności, ale jakby pewną formą łagodniejszego patrzenia na pewne błędy, które z tego wynikają, z nawet finansową jakąś konsekwencją ze strony organów kontrolnych tak, żeby to środowisko wiedziało, że... bo wszyscy rozumieją, że to jest dla nas, żebyśmy to analizowali, żebyśmy wyciągali wnioski, żebyśmy poprawiali jakość, tylko że dziś jest trudno przełamać tę barierę z jednej strony chęci takiej znalezienia czasu na to, żeby te zdarzenia monitorować, a z drugiej strony myślę, że cały czas podświadomie mamy takie poczucie jako środowisko medyczne, że troszkę na siebie w cudzysłowie donosimy. Gdyby więc udało się taki mechanizm spróbować wypracować, który by jakby mówił o tym, że jeśli to zrobisz, to patrzenie na potencjalny twój błąd będzie troszkę inne, chociażby w wymiarze kary finansowej, to może by to w jakiś sposób zachęciło.

Mam jeszcze dwa takie pytania jakby techniczne dotyczące procesu akredytacji. To są pytania moich pracowników i moich współpracowników, dotyczące badania śródoperacyjnego. Tam państwo wprowadzacie wymóg 20 minut. Oczywiście to dotyczy zabiegów planowych i u pacjentów... natomiast to jest również nie do końca jasne i szczerze powiem, moi pracownicy dzwonili do pani dyrektor CMJ, i ta interpretacja była również różna. Bardzo bym prosił, żeby to bardzo precyzyjnie zinterpretować, bo to jest standard obligatoryjny, więc on jest jakby wymagany. Warto zwrócić uwagę na to, że dzisiaj nawet Narodowy Fundusz Zdrowia nie wymaga takiego posiadania w miejscu tej procedury w przypadku oddziałów chirurgii onkologicznej.

Trochę więc wydaje się dziwne, że nagle nakładamy taki standard... Tak jest. Tak jest, sprawdziłem to dzisiaj, że nawet oddział chirurgii onkologicznej ma mieć dostępność tego, czyli może mieć umowę na takie świadczenie gdzieś tam, a nie ma tego w miejscu. Warto więc by było – myślę – doprecyzować interpretację tego standardu, bo moi pracownicy mówią, że go nie spełniamy i nie mamy co się starać o akredytację. Do tej pory się udawało.

I jeszcze jedna rzecz, na którą zwrócili mi uwagę moi współpracownicy, to są kamienie milowe. Nie wszystkie kamienie mają opisane... To znaczy, nie wszystkie te kamienie są w standardach opisane. Rodzą się więc pewne wątpliwości, jak to będzie oceniane, jak to będzie weryfikowane, więc prosiłbym też o jakąś pomoc i wskazówkę. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Może za momencik. Jeszcze pan poseł Kapinos i poprosimy państwa o komentarze do tego, a później wracamy do debaty i do dyskusji z gośćmi.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Podkomisjo, szanowni państwo, czy dużo jest sygnałów i zapytań od szpitali o mierniki, jak zostały wyliczone i dlaczego takie wartości? Wiemy, że szpitale już wykorzystują te mierniki. Czy obserwuje się realną poprawę jakości popartą miernikami? Prośba o podanie przykładów. Czy NFZ i Ministerstwo Zdrowia podjęły działania mające na celu poprawę jakości w miejscach, gdzie mierniki jakości ewidentnie odstają, albo co najmniej wyjaśnienie takich przyczyn? Jakie działania konkretne podjęto i z jakim skutkiem? Jaki jest dalszy plan? Kiedy nastąpi uzależnienie wartości świadczeń od jakości oferowanej przez placówki? Pan prezes mówił, że jeszcze tych działań nie podjęto, więc kiedy takie działania zostaną podjęte – uzależnienie wartości świadczeń od jakości oferowanej przez usługodawców. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz poproszę – nie wiem – po kolei czy pani dyrektor... Ale za chwileczkę będzie druga tura pytań. Czy pan prezes? Według właściwości państwo skomentujecie te pytania, które państwo posłowie zadali. Bardzo proszę.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jakub Szulc:

Pani przewodnicząca, ja odniosę się do tego, o co pytał pan poseł Kapinos, również konstatując, że jest trochę za wcześnie, żeby oceniać.

My jesteśmy, Wysoka Komisjo, po pierwszej publikacji wskaźników. Ona zastąpiła 30 kwietnia 2025 r. Te wskaźniki będą publikowane po raz kolejny za rok, czyli w roku 2026. Wtedy tak naprawdę, co prawda, na krótkim bardzo, bo rocznym tylko ciągu czasowym, ale będziemy w stanie jakkolwiek powiedzieć, jaka jest dynamika i jak poszczególne parametry się zmieniają. Natomiast do połowy przyszłego roku – to jest znowu to, do czego jesteśmy zobligowani – mamy opracować metody i sposoby uzależnienia finansowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od właśnie realizacji wskaźników jakościowych przez poszczególne podmioty lecznicze, a więc to całe ćwiczenie i to całe zadanie jeszcze przed nami. Oczywiście... To znaczy, wskaźniki, które opublikowaliśmy w kwietniu tego roku, są oczywiście publicznie dostępne i można je w każdej chwili w podziale na poszczególne podmioty lecznicze, bo one się przecież odnoszą do działalności poszczególnych placówek medycznych, obejrzyć. W momencie, kiedy mówimy o wskaźnikach, które są wskaźnikami jednak dotyczącymi całej populacji, trzeba być... trzeba przyjąć jednak pewną dozę ostrożności przy samym ocenianiu czy podejmowaniu decyzji na podstawie tychże wskaźników, bo proszę zwrócić uwagę, jeżeli weźmiemy, że mamy przy określonym rozpoznaniu wskaźnik rehospitalizacji w określonym czasie hospitalizacji i mamy szpital, który hospitalizacji z danym rozpoznaniem wykonał 1000 w ciągu roku, z czego 100 mieliśmy ponownych hospitalizacji, to otrzymamy wskaźnik na poziomie 10%. Jeżeli będziemy mieli drugi szpital, który miał 10 przypadków danego typu w ciągu całego roku i w 2 przypadkach mieliśmy ponowną hospitalizację, okazuje się, że ten wskaźnik wtedy wychodzi na poziomie 20%, podczas gdy on może wynikać tylko i wyłącznie z tego, że dostaliśmy pacjenta, że to był pacjent nieplanowy, tylko pacjent ostry, że on został przywieziony i że tak naprawdę ta placówka chociażby nie specjalizuje się w zabiegach danego typu. Wskaźniki więc jakości z jednej strony, choć są bardzo potrzebne czy niezbędne do tego, żeby móc w sposób jak najbardziej zobiektywizowany oceniać pracę poszczególnych podmiotów leczniczych, o tyle tak, jak wszelkie narzędzia statystyczne, niosą ze sobą też pewne pułapki

i również trzeba na nie patrzeć nie tylko i wyłącznie poprzez pryzmat samej wartości danego parametru, danego publikatora. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Czy pani dyrektor chciałaby jeszcze? Czy pani dyrektor?

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Może pani dyrektor w swoim zakresie rzeczywiście, a potem jeszcze ja dopowiem na pytania pana posła Bojarskiego.

Dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia Agnieszka Pietraszewska-Macheta:

Tak. Chciałabym powiedzieć tylko, że poradnik dla wizytatorów i podmiotów leczniczych... idea była taka, żeby wizytatorzy, którzy opracowali to poprzez kilka spotkań w okresie wakacyjnym, żeby doszli do porozumienia i żeby była jednolitość, jeżeli chodzi o ocenę.

To, na co pan poseł zwrócił uwagę, związane było z tym, że nie do końca mieliśmy wcześniej jakieś rozwiązania, które dawałyby wytyczne dla wizytatorów. To miało służyć temu, ale jednocześnie, żeby mogły się zapoznać z tym podmioty lecznicze i żebyśmy wszyscy czytali jedną książkę, tak mówiąc kolokwialnie. Taka jest idea tego poradnika, przewodnika właściwie – tak żeśmy już go nazwali – który, miejmy nadzieję, z końcem października już się pojawi. To również jest takie narzędzie dla nowych wizytatorów, bo jak to państwo zauważyliście – mówiła o tym pani dyrektor – jest naprawdę duże zainteresowanie byciem wizytatorem, czyli w ogóle całym konkursem na wizytatora. Mieliśmy bardzo dużo zgłoszeń i liczymy – naprawdę jest bardzo dużo wartościowych ludzi, którzy zgłosili zgłoszenia – że będziemy mieli naprawdę fajnych wizytatorów, ale musimy ich trochę również nauczyć po prostu tej pracy i dać im jakieś wytyczne. Stąd to wszystko jest tak, jak pan poseł właśnie powiedział, że to właśnie ma służyć docelowo temu. To wymaga trochę czasu, ale myślę, że osiągniemy właśnie w ten sposób taką wartość, która będzie oczywiście nie idealna, ale na pewno ujednolici pewien sposób podejścia wizytatorów do procesu akredytacji.

Co to standardu PAT 1, to on również będzie przedmiotem tego przewodnika. Burza mózgów, która była na ten temat, również jest związana z tym, że jest bardzo wiele pytań i może różne mogą być odpowiedzi, dlatego też chcielibyśmy to ujednolicić, żebyśmy wszyscy stosowali jedną miarę do tej zasady. Co do samego standardu jako obligatoryjnego, to nie wiem, co będziemy planować. Być może, że on ulegnie pewnemu złagodzeniu, ale to jest już jakby rola rady akredytacyjnej, więc nie będę zabierać chleba pani dyrektor.

Jeżeli jeszcze chodzi o zdarzenia niepożądane, to również staramy się prowadzić taką kampanię ze strony CMJ na temat właśnie tego, co pan poseł powiedział o tej kulturze otwartości, która jest z tym związana. To jest dużo pracy, w szczególności jeszcze, że ten lęk przed zgłaszaniem zdarzeń niepożądanych jeszcze jest, chociaż wydaje się, że już jest trochę lepiej, bo ostatni raport, który przygotowaliśmy wspólnie z Rzecznikiem Praw Pacjenta pokazuje, że ludzie głównie boją się nawet nie odpowiedzialności karnej, ale tego ostracyzmu w środowisku po prostu. To więc również wskazuje na to, że to jest głównym jakby problemem przy zgłaszaniu zdarzeń niepożądanych. To jest duża praca i myślę, że powinniśmy się do tego przyłożyć i myślę, że powinno być po jakimś tam czasie efekt widać w tym zakresie przy jeszcze ewentualnie jakimś określeniu przepisów prawnych, które pewne rzeczy mogą zablokować, ale to również jest kwestia odrębna. To więc tyle. Dziękuję. Jeżeli jeszcze jakieś...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Pani dyrektor?

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Jeszcze kilka zdań. Rzeczywiście, jeśli chodzi o wątpliwości, o standardy, o treść standardów, o interpretację, my jako ministerstwo dostajemy zapytania. Nie ma dużo zapytań w tym zakresie, ale są. Te kwestie pomaga rozstrzygać Rada Akredytacyjna. To jest przyjmowane w formie uchwał. Teraz podejmiemy taką inicjatywę publikowania tych najczęstszych wątpliwości tak, żeby świadczeniodawcy wiedzieli, jak my, jak Centrum Monitorowania Jakości czyta standardy i jak po prostu one powinny być zastosowane, żeby zostały spełnione.

Jeśli chodzi o monitorowanie zdarzeń i kwestię odpowiedzialności, to również jest temat, który był od dawna podejmowany i również na gruncie tej ustawy, kiedy była procedowana, natomiast w ostatnim czasie powstał taki zespół przy ministrze zdrowia z ministrem sprawiedliwości oraz z przedstawicielami Naczelnej Izby Lekarskiej, a także innych zawodów medycznych. Zespół miał wypracować pewne rozwiązania, mechanizmy odpowiedzi czy też wyłączenia, złagodzenia odpowiedzialności karnej personelu medycznego. Prace się nie zakończyły, bo nie ma jednolitego stanowiska przede wszystkim ze strony gospodarza tych przepisów, bo jednak gospodarzem jest Ministerstwo Sprawiedliwości. Ministerstwo Zdrowia z taką pomocniczą jednostką, która mogłaby coś zaproponować, ale gospodarzem ustawy jest sprawiedliwość. Myślę więc, że to jest kwestia trochę trudniejsza, bo jednak sprawa jest międzyresortowa. Na pewno zaangażowany jest bardzo samorząd lekarski, ale również innych zawodów medycznych. Może uda się coś wypracować, żeby chociaż złagodzić pewne mechanizmy, żeby zachęcić do sygnalizowania tych zdarzeń.

Trzecia rzecz to już pani dyrektor powiedziała, ale może to nie wybrzmiało. Standardy w patomorfologii jeszcze nie zostały uchwalone. Dopiero więc przed nami ta nowa wersja standardów w patomorfologii. Wszystkie wątpliwości odnośnie do czasu one zostaną pewnie uchwalone... O, w szpitalach? Te będą zaktualizowane. ...One będą zaktualizowane. ...Dobrze, te będą zaktualizowane, bo również dostawaliśmy sygnały odnośnie do czasu, że jest po prostu zbyt krótki i niemożliwy do spełnienia. Mamy więc nadzieję, że uda nam się to zrobić po nowelizacji tej ustawy tak, żeby one nie musiały obowiązywać 12 miesięcy i żeby te podmioty, które teraz przystępują do akredytacji po nowemu, już były akredytowane na mocy tych – można powiedzieć – łagodniejszych zapisów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Dziękuję za te informacje. Już momencik, oddam państwu głos. Natomiast taka moja uwaga i komentarz, że my mamy pełną świadomość jako posłowie, że w ciągu 2 lat nie przełoży się to bezpośrednio na jakąś wyraźną poprawę jakości, ale sam fakt, że obowiązują nowe standardy, nowe podejście już spowodowało pewne zmiany w szpitalach, większe zainteresowanie poprawą jakości, co pewnie już się odbija na opiece nad pacjentem, chociaż nie jest to mierzalne jeszcze na tym etapie i trudno jest pokazać wskaźnik. Natomiast jesteśmy w większości praktykami i wiemy, że to spowodowało pewne takie poruszenie pozytywne i być może na gruncie tego pojawią się w niedługim czasie konkretne efekty.

Jeszcze odnośnie do tych zdarzeń niepożądanych myślę, że również pewnym takim zwrotnym, może nie zwrotnym, ale ważnym również momentem, jeżeli chodzi o podejście do błędów medycznych czy w ogóle do zdarzeń medycznych, jest fakt, że została zmieniona ta ustawa o prawach pacjenta, gdzie odszkodowania za zdarzenia, za błędy medyczne są realizowane czy cały ten proces przez Rzecznika Praw Pacjenta, który nie orzeka, kto popełnił i tak dalej, tylko pacjent może uzyskiwać odszkodowanie bez orzekania, czy to był błąd czy to było powikłanie, które jest przewidziane w ogóle w procesie udzielania świadczeń. To więc może trochę tak ten lęk ściągnąć z tych przedstawicieli ochrony zdrowia, ale rzeczywiście musimy pracować, bo jak widzimy te wskaźniki identyfikacji zdarzeń medycznych w innych krajach, chociażby w Unii Europejskiej, a w Polsce, to jeszcze nam trochę brakuje do tego. Dobrze. Może również nomenklaturę inaczej... nazwę inaczej określić, bo to również jest tak, że wskaźnik na przykład w tym szpitalu..., jeżeli podają do publicznej wiadomości, że wskaźnik błędów czy zdarzeń medycznych w tym szpitalu jest wysoki, a w tym jest niski, to przeciętny odbiorca mówi „o, tam, gdzie jest wysoki, to znaczy, że najwięcej błędów popełniają”. A jest wręcz odwrotnie. To znaczy, że raportuje. Właśnie o to mi chodzi. Ja pamiętam w mojej pracy, że jak podnosiliśmy te wskaźniki, to na przykład organ założycielski „co wy wyprawiacie, że macie tyle tych błędów medycznych?”. Myślę więc, że może albo nomenklaturę zmienić albo w ogóle... Musimy nad tym pracować wspólnie – tak mi się wydaje – żeby jednak ośwoić się z tym terminem.

Dobrze. Dziękuję bardzo. Bardzo proszę i proszę się przedstawiać, ponieważ do protokołu musimy mieć osobę przedstawioną.

Prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Dzień dobry. Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna. Szanowni państwo, ustawa i, jak rozumiem, jej nowelizacja dotyczy głównie opieki szpitalnej.

Natomiast 2 lata temu i wcześniej dużo rozmawiano właśnie o tym, że stopniowo będzie następowało rozszerzanie jakości, dokładnie i dosłownie traktując frazę „jakość w opiece zdrowotnej”,

bo szpitalnictwo to jest tylko jeden z modułów tej opieki. Moje więc pierwsze pytanie dotyczy tego, czy są w ogóle jakiekolwiek plany na to, żeby jakość w opiece zdrowotnej traktować systemowo w całym systemie, a nie tylko w szpitalnictwie? Chciałam również zauważyć, że opieka szpitalna – pomijam psychiatrię, o której ostatnio jest głośno – generalnie, kiedy pacjent dostanie się już do leczenia, to jakoś idzie. Natomiast problemem jest opieka przedszpitalna, diagnostyka przyszpitalna i coś, co do tej pory było tylko domeną pacjentów z chorobami rzadkimi, ale również często dotyczy to innych pacjentów, czyli odyseja w ogóle diagnostyczna i dramatycznie długie kolejki.

Kolejki i czas oczekiwania na badania to jest również kwestia jakości w opiece zdrowotnej, która ma ogromny wpływ na to, jak chorzy ludzie w systemie funkcjonują. W związku z tym moje pytanie dotyczy również kwestii kolejek i tego, jakie są plany, czy są w ogóle jakieś plany na uporanie się z tym ogromnym problemem? Wiem, że ma być centralna rejestracja, natomiast zanim ona zadziała tak naprawdę, to minie jeszcze sporo lat, a problem jest teraz i problem się dramatycznie kumuluje. Coraz częściej słychać również opinie, że to pacjenci są winni, bo nie odwołują wizyt, natomiast wczoraj ukazała się informacja Rzecznika Praw Pacjenta o tym, że pacjenci do rzecznika skarżą się, że nie mogą się dodzwonić do podmiotów medycznych, żeby się umówić albo odwołać wizytę. W związku z tym mamy takie trochę błędne koło, a ten problem stanowczo wymaga rozwiązania i czas oczekiwania również świadczy o jakości opieki zdrowotnej. Chciałam więc zapytać, jakie są plany, żeby ten problem rozwiązać. Niedośłyszałam albo może nie zrozumiałam – przepraszam bardzo – więc proszę jeszcze raz o taką informację, kiedy możemy oczekiwać nowelizacji ustawy o jakości, bo rozumiem, że ona ma być?

Tutaj również była mowa, że zrobiono ankiety wśród pacjentów. Natomiast mnie interesuje w tej chwili, jaki jest efekt ostateczny wyników tych ankiet dla pacjentów, to znaczy, jakie wnioski wyciągnięto, jakie wprowadzono nowe rozwiązania, jak to się przełożyło na poprawę sytuacji pacjentów? Co więc z tych ankiet wynikło i co dalej z wnioskami z tych ankiet? Czy zostały jakieś procedury naprawcze wdrożone i konkretnie w jakich obszarach? Rozumiem, że prowadzi się ankiety po to, żeby dokonywać zmian, a nie po to, żeby wyniki trzymać w szufladzie i mówić, że wyszło tak i tak.

I ostatnie moje pytanie dotyczy akredytacji patomorfologicznej, o której również była mowa. Ja bym się chciała dowiedzieć, jakie są planowane zmiany w ramach akredytacji w patomorfologii? Nie ukrywam również, że pacjenci obawiają się obniżenia jakości w patomorfologii, ponieważ słyszymy informacje z różnych stron – trudno nam je weryfikować – ale podobno wiele podmiotów nie jest zainteresowanych tym, żeby ta jakość w patomorfologii była na akceptowalnym poziomie. Jednocześnie problemem jest – zdaje się – czas, bo jeżeli te akredytacje mają być zrobione chyba do końca roku, to później są jakieś terminy, 4–6 miesięcy. Czy nie będzie sytuacji, gdzie w ogóle będziemy funkcjonować bez żadnych akredytacji? Czy nie będzie jakiegoś okresu przejściowego? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Ja przejąłem prowadzenie od pani poseł Szczurek-Żelazko, ponieważ udała się na inną komisję. Chciała, żebym to podkreślił, że nie wyszła, tylko po prostu jest komisja dotycząca zawodu psychologa, więc musimy pracować w różnych miejscach czasami. Kto z państwa następnym chce zabrać głos? Bardzo proszę i bardzo bym prosił o przedstawianie się.

Ekspert do spraw transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej Krzysztof Zdobyłak:

Krzysztof Zdobyłak, ekspert do spraw transformacji systemu ochrony zdrowia. Mnie bardzo martwi taka retoryka, która jest przyjmowana w dyskusji o wskaźnikach, bo to one są – myślę – najważniejszą i najbardziej już wdrożoną częścią tej ustawy, że z jednej strony dezawuuje się, a z drugiej odwołuje wszelkie działania o nie oparte.

Ta ustawa ma już 2 lata. To, że nad rozporządzeniami pracowano długo i one się późno pojawiły, to nie jest wina pacjentów, którzy cierpią teraz na tej jakości. Obawiam się, że ten nasz system ochrony zdrowia i podmioty w nim działające traktujemy teraz jak takiego ucznia, któremu dajemy 60 ocen. Mówimy, że nic się nie stało, że masz jedynkę, bo i tak przepuścimy cię do następnej klasy i w sumie te oceny są niemiernie niskie. A to tak nie może niestety wyglądać, bo nigdy nie zmotywujemy ich do poprawy. Ja więc chciałbym zapytać szczególnie NFZ, czy można liczyć na troszkę może więcej proaktywności, ponieważ rozumiejąc wszystkie ograniczenia statystyki, to jednak, po pierwsze, chciałam spytać, czy NFZ ma raportowanie zarządcze

oprócz tego raportowania takiego obowiązkowego? Czy nie jest w stanie tych mierników monitorować troszkę dokładniej, na przykład co kwartał już obserwować te zmiany, nawet na własne wewnętrzne potrzeby i potrzeby pacjentów, którzy są klientami NFZ? Obserwując te dane, które mamy, nawet odcinając te najmniejsze podmioty, możemy zauważyć w niektórych miernikach różnice rzędu trzy lub czterokrotne np. śmiertelności w trakcie hospitalizacji z powodu zapalenia płuc tylko wśród szpitali powyżej 500 pacjentów. Ja chciałem spytać, czy NFZ podjął jakieś działania, żeby chociaż wyjaśnić i zrozumieć, skąd się biorą te różnice? Czy dla NFZ to jest OK, że w niektórych szpitalach umiera trzy, cztery razy więcej pacjentów niż w innych przy tym samym typie hospitalizacji i po prostu przejdziemy nad tym do porządku dziennego, bo nie mamy jeszcze wymogu prawnego, żeby coś z tym zrobić? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo.

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Grażyna Cebula-Kubat:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Grażyna Cebula-Kubat. Dwa lata temu bardzo dokładnie opisywaliśmy nasze zastrzeżenia jako ZZL i Porozumienie Rezydentów. Złożyliśmy nawet te nasze propozycje zmian ewentualnie do wzięcia pod uwagę, żeby cośkolwiek skorygować i zmienić w ministerstwie.

Jako związkowiec, pierwsze, to czego brakuje nam, to sfery, jeżeli chodzi o pracowników. Pani minister 2 tygodnie temu na tej sali powiedziała „bezpieczny szpital, bezpieczny pacjent”, ale proszę państwa, ten szpital nie będzie bezpieczny, jeżeli nie będzie zapewnione bezpieczeństwo dla personelu – całego, który pracuje w tym szpitalu. Ja nie będę mówiła tylko o lekarzach, chociaż powinnam, bo jest przewodniczącą Związku Zawodowego Lekarzy, ale mówimy o szpitalach, mówimy o bezpieczeństwie, jakości i pacjentach. Tam naprawdę nie mamy żadnej takiej po prostu sfery pracowniczej, żeby to... uważamy, że powinno być jednak w tej ustawie, jeżeli to ma być ustawa, która ma gwarantować odpowiednią jakość i bezpieczeństwo pacjentom, powinny być również wskazówki, ile ma być personelu i jak ten personel ma pracować. To jest jedna sprawa, jeżeli chodzi o sferę pracowniczą.

Druga sprawa, zarządca, o której już tutaj kolega powiedział. Czas hospitalizacji... To znaczy, pierwsza sprawa, powinno się również napisać wyraźnie, ile świadczeń zdrowotnych w ciągu 7 godzin ma udzielić lekarz na przykład, prawda? Narzekamy wszyscy, natomiast do tej pory nie jest zniesione niestety ani oznaczanie stopnia refundacji leków, ani też biurokracja. Cały czas siedzimy w papierkach, a powinniśmy zajmować się lekarzami. Czas hospitalizacji. Proszę państwa, powiem w skrócie, bo mamy wiele zastrzeżeń. Czas hospitalizacji niestety zależy od tego, jakiego mamy pacjenta? Trudno powiedzieć, że jeżeli ten pacjent będzie leżał 5 czy 7 dni i będzie wykazane, że mają w szpitalu dużo takich pacjentów, to jeżeli są to np. pacjenci planowi i bez żadnych dodatkowych chorób i bez powikłań, które potem... Trudno jest określić po prostu, jaki to może być czas, bo jeden wyjdzie po 5 dniach, a drugi pacjent z tą samą chorobą wyjdzie niestety po 2–3 tygodniach, bo podłapie np. sepsę, a tego nie unikniemy. Jak więc mówię, naprawdę tak samo, jeżeli chodzi o czas hospitalizacji, teraz wszystko zależy również od rodzaju – to już padło na tej sali – od rodzaju, jacy są pacjenci w danym szpitalu, bo naprawdę są takie..., żeby potem nie były skrzywdzone te szpitale, które mają ciężkich pacjentów, którzy muszą, bo ktoś musi tych pacjentów ciężkich, z powikłaniami również leczyć. Najprościej jest mieć przyjmowanych takich planowych pacjentów, np. do prostych zabiegów, którzy są 4–5 dni czy nawet po 2 dniach są wypisywani, ale ktoś musi leczyć wtedy, gdy są jakieś powikłania, albo są pacjenci naprawdę z wielochorobowością. I jeszcze czas, w którym pacjent wraca nam po leczeniu szpitalnym – ten czasokres. To również zależy od tego, jaki to jest rodzaj pacjenta. Ja nie chcę stygmatyzować żadnych chorób, żadnych pacjentów, ale są przypadki, że np. pacjent dobrze wyleczony i mogący funkcjonować bezpiecznie i spokojnie w społeczeństwie pójdzie do swojego środowiska, będzie miał tam znowu jakąś atmosferę taką, która nie będzie sprzyjać jego psychice, nie będzie brał leków i on szybko wraca, ale to nie jest wynikiem tego, że była zła jakość opieki nad tym pacjentem w szpitalu. Problemów więc jest naprawdę bardzo dużo. Żeby ta ustawa była naprawdę ustawą o prawdziwej jakości i nikogo nie krzywdziła, to trzeba jeszcze troszeczkę popracować.

Jeszcze jest jedna sprawa, co tak troszeczkę jest... Ja wiem, że to jest ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta. Mówimy tylko, że pacjenci mają ankiety o satysfakcji wypisywać. A może by tak raz w roku przeprowadzać w szpitalach ankiety wśród personelu, który tam pracuje?

Ale żeby to była taka naprawdę ankietą, a nie tak, że jeden drugiego... tylko niech sami lekarze piszą, niech pielęgniarki piszą i fizjoterapeuci. Wszyscy. Jakie jest zarządzanie, jakie jest bezpieczeństwo w tym szpitalu. Ja nie będę mówiła tego, o czym teraz jest bardzo głośno, ale niestety takich bardzo patologicznych sytuacji mamy dużo. Sami wiemy doskonale, jak pracujemy i jak rozmawiamy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze z państwa ze strony społecznej? Ile mamy głosów, bo ewentualnie... 3 głosy, tak? Podzielimy odpowiedzi na części czy państwo zaczekacie na wszystkie pytania i wtedy razem? Tak? To bardzo proszę, po kolei może od... obok.

Ekspert Związku Zawodowego Lekarzy Anna Gołębicka:

Dzień dobry. Anna Gołębicka. Ja reprezentuję Związek Zawodowy Lekarzy. Ja mam takie pytanie. My tutaj bardzo dużo słyszeliśmy o akredytacjach. Akredytacja to jest takie coś, że się dostaje tę akredytację i się idzie dalej. I teraz czy my przewidujemy w przyszłości taki system, do którego konsument i rynek jest przyzwyczajony, czyli że np. ci, którzy mają zapisywać te wszystkie wyniki, zapisują je i po miesiącu mamy dane za dany miesiąc dotyczące i tego, i tych wskaźników zarządczych i wskaźników konsumenckich, że każdy pacjent, który jest w danym szpitalu, może sobie wypełnić ankietę tak, żeby te wskaźniki pracowały na bieżąco i żeby na bieżąco można było z nich wyciągać wnioski tak, żeby faktycznie one w rzeczywistości nie były sztucznym tworem, takim urzędniczym, że musimy kolejne papiery wypełnić, tylko żeby przekładało się to na rzeczywisty progres, na takie narzędzie zarządcze, które poprawia tę jakość w ochronie zdrowia? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Proszę o kolejny głos. I prosiłbym o wyłączanie mikrofonów osoby, które mówiły. Dziękuję bardzo. Proszę bardzo.

Wiceprzewodniczący Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy Władysław Krajewski:

Dzień dobry. Szanowni państwo, Władysław Krajewski, Porozumienie Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

Ja mam 2 pytania. Mianowicie pierwsze dotyczy pkt 3 w odpowiedzi do przewodniczącej podkomisji pani poseł Józefy Szczurek-Żelazko, a mianowicie do pkt 3 w sprawie obligatoryjnego monitorowania zdarzeń niepożądanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Jak widzimy, tu mamy opisany cały stan formalno-prawny. Dotyczy całego wewnętrznego systemu, który ma wdrażać rozwiązanie służące identyfikacji ryzyk wystąpienia zdarzeń niepożądanych i identyfikować obszary, określać kryteria, okresowo monitorować jakość, wdrażać zalecenia. Mamy więc naprawdę wiele – że tak powiem – dobrze ujętych punktów, które rzeczywiście mogłyby zadziałać na rzecz bezpieczeństwa zarówno personelu medycznego jak i pacjentów. Ale jak spojrzymy na stan wdrożenia przepisów, to widzimy mianowicie dwa 2 punkty: jeden tj. opracowanie ankiet badania opinii i doświadczeń pacjentów oraz drugi tj. uruchomienie bezpłatnego systemu badań doświadczenia pacjentów PASAT IKP. Rozumiem, że to również ma w jakiś sposób wykryć te wszystkie zdarzenia niepożądane, których doświadczyli pacjenci podczas swojej hospitalizacji, ale też troszkę odbieram to w taki sposób, że jak gdyby nie ma faktycznych rozwiązań, które rzeczywiście działałyby na rzecz rozwiązania oraz identyfikacji ryzyk wystąpienia tych zdarzeń niepożądanych, tylko widzimy, że przekładamy tę odpowiedzialność na pacjentów, którzy mają po prostu z ankiet przekazywać nam informacje, chociażby w taki sposób odnośnie do ewentualnych zdarzeń niepożądanych, których doświadczyli w trakcie swoich pobytów. Ja więc również chciałbym się dopytać, jakie mianowicie są działania wprowadzone albo, które są zamierzone do wprowadzenia w innych placówkach, aby rzeczywiście, że tak powiem, te rozwiązania, które mają służyć identyfikacji tych ryzyk zdarzeń niepożądanych były skuteczne przede wszystkim, ale również żebyśmy jak najwięcej mogli zachęcić personel w naszych placówkach przede wszystkim do wypełniania tego oraz do działania na rzecz poprawy jakości?

Drugie pytanie odnosi się tylko do obszaru konsumenckiego, a mianowicie dotyczy hospitalizacji i właśnie oceny konsumenta. To znaczy, że jeżeli mamy również badanie opinii pacjentów w poszczególnych grupach pacjentów, tzn., jeżeli mówimy np. o dzieciach, osobach niepełnosprawnych umysłowo czy o grupach pacjentów szpitali monospecjalistycznych, np. pacjentek

psychiatrycznych, w szpitalach psychiatrycznych. To teraz pytanie, w jaki sposób zostały wdrożone jakieś rozwiązania, które by również pozwalały na, z jednej strony subiektywną, ale miarodajną ocenę w tej ankiecie ze strony tych pacjentów? Dodatkowo zwracamy uwagę, że również niezbędne jest określenie takiej jednolitej formy i momentu hospitalizacji tak, jak została na to zwrócona uwaga wcześniej, że niestety brakuje tych ram czasowych oraz tego, na którym etapie te ankiety mają być wypełnione? Przypuszczamy, że oczywiście pod koniec hospitalizacji, ale niestety taki pacjent, może uzupełnić w trakcie hospitalizacji. Mamy rehospitalizację w taki sposób. Takich przypadków jest naprawdę wiele, więc chciałbym się dopytać o ewentualne rozwiązania w sprawie właśnie skuteczności, że tak powiem, zbierania tych danych oraz żeby te dane były w miarę możliwości obiektywne. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo, chociaż muszę przyznać, że forma pytania jest trudna do... Miałbym ogromny problem, żeby odpowiedzieć. Tak duża ilość tez w jednym zdaniu. Dziękuję bardzo. Proszę kolejną osobę o głos.

Wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Zofia Czyż:

Dzień dobry. Zofia Czyż, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. Ja chciałabym, jakby trochę kontynuując wypowiedź przewodniczącej Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, nawiązać do tych wskaźników, które naszym zdaniem właśnie przy akredytacji są w dość nikłym zakresie brane pod uwagę, jeśli chodzi o normy zatrudnienia.

Mamy szereg zgłoszeń, gdzie jedna pielęgniarka jest na dyżurze, a podmiot jednak spełnia w jakiś sposób normy i dalej otrzymuje tę akredytację. Jak więc mówimy dzisiaj o zdarzeniach niepożądanych i braku zgłoszeń w takim zakresie, jakby to miało nas doprowadzić do jakiegoś lepszego efektu, to widać, że po prostu, dopóki – w naszej ocenie – nie ulegną te mierniki pracy w określonym czasie... czyli tak, określony podmiot otrzymał akredytację, był jakiś określony stan zatrudnienia, po czym wiadomo, że jest odejście naturalne na emerytury i renty pracowników, i dostajemy sygnały, że wiele podmiotów nie uzupełnia kadry. Jak więc ma to się wszystko spiąć, to niestety, ale ten czynnik ludzki jako pracownika musi być w tej akredytacji bardzo wyraźnie widoczny. Naszym zdaniem jakby zbyt mało poświęca się temu uwagi przy tych wszystkich miernikach. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś? Jeszcze jeden głos. Proszę bardzo.

Sekretarz Zarządu Krajowego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Jolanta Januszcak:

Dzień dobry państwu Dziękuję bardzo za głos. Również Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. Ja mam...

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Jeszcze proszę o imię i nazwisko.

Sekretarz Zarządu Krajowego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Jolanta Januszcak:

Jola Januszcak. Mam pytanie w zasadzie do Rady Akredytacyjnej.

Korzystając z tego, że są panie, to czy w pracach nad nowymi standardami był omawiany obszar właśnie specyfiki psychiatrii, bo również wiemy, są jednolite standardy do spełnienia, a warunki skrajnie różne. Czasami... sama jestem z wieloletnim pracownikiem oddziału psychiatrycznego i w ostatnim czasie przechodziliśmy akredytację... reakredytację z powodzeniem, więc za każdym razem spotykamy się z tymi trudnościami chociażby oznakowania opasek na rękach i tak dalej. Wiemy, że specyfika jest różna. Współpraca ze względu na stan zdrowia naszych pacjentów bywa różna. Występuje również wielochorobowość. Mam więc pytanie, czy ten obszar był poruszany czy był zgłaszany przez kogokolwiek, były jakiegokolwiek monity i czy państwo brali to pod uwagę bądź wezmą to pod uwagę?

Drugie pytanie w zasadzie do pana prezesa NFZ, czy w dobie wdrażania w trzecim roku ustawy o jakości będzie szło za tym w ramach świadczeń zwiększenie zasobów kadrowych w rozporządzeniu? To znaczy, nie do końca to należy może do pana prezesa, natomiast chodzi nam oczywiście o obsady, ponieważ wskazywane są konkretne zawody. Ja mam pytanie,

czy świadczenia, które są wykazywane przez świadczeniodawców, osoby, które są wykazywane, będą jakby brane pod uwagę nowe zawody, bo wiemy, że wchodzi... że są wykazywani lekarze, wykazywane pielęgniarki, coraz częściej jest mowa o opiekunach medycznych, natomiast nam zależy na tym, żeby nie było jednego zawodu zamiast drugiego, tylko żeby to jakoś budować na wspólnocie i zespołach interpersonalnych. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że już więcej... O, przepraszam, jeszcze pan poseł Fryderyk Kapinos.

Poseł Fryderyk Sylwester Kapinos (PiS):

Ja mam jeszcze takie pytanie uzupełniające, ponieważ znalazłem dane, że na 2023 r. ilość szpitali, które mają akredytację, to było 188 na 900. Chciałbym się dopytać, ile tych szpitali jest akredytowanych w ostatnim czasie, czyli od kiedy państwo macie takie informacje. I następne pytanie. Jeżeli chodzi o POZ, to w 2023 r. około 300 jednostek POZ miało akredytację na 10 tys. Jak to się ma teraz? Jak to się zmienia i jakie zachęty należałoby zrealizować, żeby tych akredytacji było więcej?

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Jeszcze widzę jeden głos z sali. Bardzo proszę.

Prezes ZG Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce Agnieszka Jankowska-Zduńczyk:

Dzień dobry państwu. Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Ja bardzo dziękuję pani za zorganizowanie tego tematu w czasie komisji, bo on rzeczywiście również lekarzom rodzinnym w podstawowej opiece zdrowotnej spędza trochę sen z powiek w związku ze zmianą samych standardów i szeregiem wątpliwości i pytań dotyczących tego, jak je zrealizować w rzeczywistości. Ale moje pytanie brzmi następująco. Kieruje je, jeśli mogę, do pani dyrektor reprezentującej ministra zdrowia.

Czy planowane, a jeżeli tak, to w jakim harmonogramie, w jakim porządku czasowym, będą kolejne prace nad ewaluacją obecnie nowych standardów opublikowanych w grudniu 2024? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo za pytanie. I teraz bardzo proszę pana prezesa, panią dyrektor i panią dyrektor o ustosunkowanie się odpowiednio do pytań skierowanych w państwa stronę. Proszę bardzo.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Może ja zacznę. Proszę państwa, było pytanie, dlaczego tylko skupiamy się na leczeniu szpitalnym, jeśli chodzi o jakość. To znaczy, ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta z założenia miała dotyczyć wszystkich i dotyczy wszystkich zakresów. Niemniej pewne rozwiązania chcieliśmy stopniowo wprowadzić. Na przykład więc autoryzacja jest obowiązkowa tylko dla podmiotów, które mają umowę w zakresie leczenia szpitalnego, dlatego żeby od czegoś zacząć i stopniowo przyzwyczajać podmioty do tego, że powinny podlegać autoryzacji i tym procesom jakościowym. Tak więc docelowo ustawa dotyczy wszystkich zakresów, ale pewne rozwiązania stosujemy na tych podmiotach, które mogą najszybciej się do pewnych rzeczy przystosować. Uznaliśmy, że leczenie..., że podmioty w zakresie leczenia szpitalnego zrobią to najszybciej i najlepiej.

Jeśli chodzi o mierniki... o wskaźniki, to chciałam przypomnieć, że mamy również ustawę o krajowej sieci onkologicznej. Pani prezes Korycińska mówiła o jakości. Na pewno ustawa o krajowej sieci onkologicznej wprowadza doskonałe rozwiązania i mam nadzieję, że niedługo będziemy widzieć jakby wymierne efekty mierzenia tej jakości. Absolutnie będziemy również patrzeć, czy te ustawy nie będą ze sobą konkurować w jakimś zakresie, ale na pewno będą się doskonale uzupełniać.

Jeśli chodzi o nowelizację, bo tu padały takie pytania. Nowelizacja ustawy o jakości jak najbardziej tak. Najpilniejsza – ta, która wynika z potrzeby wprowadzenia... szybszego wprowadzenia standardów akredytacyjnych, czyli skrócenia okresów obowiązywania, to jest ta, która już się toczy. Mamy nadzieję, że ten proces legislacyjny zakończy się w tym roku. Ustawa wejdzie więc w życie i ona będzie dotyczyła obowiązywania standardów. W przyszłości na pewno takie zmiany również będą planowane, bo tak, jak powiedziałam, ta ustawa nie jest doskonała. Ona wielu się nie podoba i my to rozumiemy, ale jest i chcemy na bazie tej ustawy i naszych doświadczeń znowelizować ją chociażby w zakresie odpowiedzialności... to znaczy, ustalenia – powiedzmy – jakiejś

odpowiedzialności, mniejszej personelu medycznego czy monitorowania zdarzeń niepożądanych. To są na pewno te obszary, które będą wymagały nowelizacji.

Jeśli chodzi o zmianę w patomorfologii, to przewidujemy nowe standardy w tym zakresie, ponieważ na mocy tej ustawy muszą zostać wydane nowe standardy akredytacyjne. I teraz pozycja tych zakładów, które mogą rozliczać 4 przejmowane kosztowo grupy, jest niezagrażona dlatego, że ostatni podmiot, któremu akredytacja wygasa w październiku przyszłego roku, będzie mógł złożyć wniosek, jeżeli ustawa wejdzie w życie, na nowych zasadach na nowych standardach i będzie mógł przystąpić do przeglądu od razu tak, żeby zachować ciągłość. Wiem, że w przeważającej części podmiotom wygasa ta akredytacja w pierwszym półroczu przyszłego roku, więc my odpowiednio wcześniej podjęliśmy pewne działania zaradcze, żeby po prostu takiej sytuacji nie było, żebyśmy mogli wcześniej te podmioty akredytować.

Te standardy – to również, żebyście państwo wiedzieli – one są wypracowane przez ekspertów, ale finalizowane są przez członków Rady Akredytacyjnej i przy wsparciu, dużym wsparciu Centrum Monitorowania Jakości. One następnie ukazują się w obwieszczeniu ministra zdrowia i nie są konsultowane tak, jak tradycyjne rozporządzenie ministra zdrowia. Tak więc jeżeli są wątpliwości w zakresie interpretacji pewnych standardów, to one nie są częste, ale my będziemy się starać po prostu nowelizować te standardy tak, żeby one przystawały jakby do naszych realiów. Przed nami więc najbliższe obwieszczenie w zakresie standardów patomorfologicznych jeszcze w tym roku. One są już gotowe, tylko czekamy na zmianę ustawy.

Pani prezes Cebula mówiła o bezpieczeństwie personelu. Ten postulat również pojawiał się, kiedy procedowaliśmy ustawę o jakości. Decyzja była taka, żeby najpierw skupić się na pacjencie i na wszystkich procedurach, które są wykonywane względem pacjenta, natomiast kwestie bezpieczeństwa lekarzy i w ogóle personelu medycznego to był wątek, który został jakby adresowany do jednostek w zakresie przepisów BHP. Nie chcieliśmy jako ministerstwo regulować tych kwestii centralnie, ale skupić się na pacjencie, czy jakby – można powiedzieć – kliencie, czyli odbiorcy usług. Natomiast kwestia personelu to jest jakby kwestia wewnętrzna. Jeżeli jakichś regulacji brakuje, to pewnie można by było zaadresować takie potrzeby w innych ustawach, ale wydaje się, że ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta ona niekoniecznie dotyczy personelu medycznego. I teraz tak, jeśli chodzi o pewne normy, które zostały przyjęte, to pewnie niezbędna byłaby, jeżeli jest taki postulat, nowelizacja odpowiednich rozporządzeń koszykowych w tym zakresie. Toczą się prace w zakresie leczenia szpitalnego (AOS również), ale jeżeli mówimy o normach, to odsyłałabym do rozporządzeń koszykowych, natomiast ustawa nie będzie definiowała tych norm (ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta).

Pan z Porozumienia Rezydentów mówił o monitorowaniu zdarzeń, autoryzacji... o monitorowaniu zdarzeń, że mamy za mało regulacji. Otóż proszę zapoznać się z przepisami dotyczącymi autoryzacji. Tam jest przecież obligatoryjna weryfikacja wewnętrznego systemu przez Narodowy Fundusz Zdrowia. My w żaden sposób nie przekładamy tej odpowiedzialności badania monitorowania zdarzeń na pacjenta. Absolutnie ankiety to nie jest nasze podstawowe narzędzie. Przepisy o autoryzacji to definiują, więc bardzo proszę o zapoznanie się. Teraz jeśli chodzi o sposób obliczania wskaźnika... o wzięcie pod uwagę... to znaczy, kiedy bierzemy pod uwagę ankietę? Musimy również pamiętać, że my te przepisy, jeśli chodzi o badanie satysfakcji pacjenta, szczególnie mocno konsultowaliśmy z przedstawicielami organizacji pacjenckich i to w zakresie onkologii. Dostaliśmy stąd tak naprawdę najcenniejsze uwagi. Tak, żeby pacjent czuł się bezpieczny, wypełniając taką ankietę, nawet uzgodniliśmy, w jakim terminie to powinno nastąpić. I teraz takie ankiety, które zostały wypełnione przez pacjenta, one są wzięte pod uwagę przy badaniu jakości, jeżeli zostały wypełnione w terminie 30 dni od dnia wypełnienia. Dbaliśmy również o to, żeby nie było takiego połączenia wypisu ze szpitala i badania jakości, żeby pacjent nie czuł się w żaden sposób skrepowany, wyrażając swoją opinię. Proszę państwa, dbamy o to szczególnie. Z centrum e-zdrowia są wypracowane już takie konkretne ostateczne rozwiązania. Myślę, że w ciągu najbliższych dni będziemy mieć informację odnośnie do uruchomienia tej funkcjonalności.

Przyznam, że nie zrozumiałam za bardzo wypowiedzi pani odnośnie do..., bo nie wiedziałam, czy pani mówi o akredytacji czy autoryzacji, bo była również kwestia norm zatrudnienia... O akredytacji? Akredytacji. Akredytacja jest procesem dobrowolnym. Nie regulujemy... Jakby naszym wskaźnikiem nie są normy zatrudnienia, jeśli chodzi o standardy. Myślę więc, że miała pani na myśli bardziej autoryzację jako ten obowiązkowy proces, któremu podlega dany podmiot, bo tam są badane te warunki realizacji świadczenia, a normy zatrudnienia są jednym z takich warunków.

Było pytanie odnośnie do standardów w zakresie koszyka psychiatrycznego. Jeśli chodzi o te standardy, w przeszłości były pewne próby podjęcia działań i ustalenia takich standardów w uzależnieniach. Myślę, że to jest przed nami. Na pewno trzeba będzie... Pojawiały się takie postulaty. Trzeba będzie zająć się standardami w psychiatrii w tym koszyku psychiatrycznym, w tym zakresie psychiatrycznym. W każdym momencie może pani zgłosić zastrzeżenia co do obowiązujących standardów. Pewnie pani miała na myśli te w zakresie leczenia szpitalnego...

Sekretarz Zarządu Krajowego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Jolanta Januszcak:

Propozycje.

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Propozycje. Tak, propozycje. Tak, jak mówię, jeżeli coś będzie można załatwić, zinterpretować w formie interpretacji Rady Akredytacyjnej i w konsekwencji ministra zdrowia, to tak będziemy takie sprawy rozwiązywać, a jeżeli nie, to ten skrócony okres obowiązywania standardów znacznie ułatwi nam pracę, bo jeżeli zbierzemy po prostu większą grupę takich standardów do nowelizacji, to po prostu minister ogłosi nowe obwieszczenie już w formie tych ulepszonych standardów. W tym miejscu bardzo dziękuję za wszelkiego rodzaju uwagi, które dostajemy.

Pani wizytator Zduńczyk pytała o ewaluację standardów w zakresie... standardów akredytacyjnych w leczeniu szpitalnym. Tak, przewidziana jest taka aktualizacja. Ja również mówiłam na początku o tym, że to były standardy, które były robione najszybciej, najpilniej i to były w zasadzie pierwsze standardy po nowemu, więc my mamy świadomość tego, że one nie są doskonałe. I teraz jeszcze raz powiem, jeżeli uda nam się ustawowo skrócić czas obowiązywania standardów, to ta aktualizacja po prostu będzie następowała szybciej. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo, pani dyrektor. Proszę o wyłączenie mikrofonu. Sekundkę. Teraz odpowiedzi. Bardzo przepraszam.

Prezes ZG Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce Agnieszka Jankowska-Zduńczyk:

Tylko ad vocem króciutko, bo... Agnieszka Jankowska-Zduńczyk. Ja pytałam o standardy POZ dla lekarzy rodzinnych, nie standardy szpitalne. Przepraszam.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Pani dyrektor, czy w tej sytuacji jeszcze coś?

Zastępca dyrektora Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Dominika Janiszewska-Kajka:

Tak, oczywiście. Odpowiedź jest analogiczna.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Pan prezes w takim razie. Nie. Pani dyrektor?

Dyrektor Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia Agnieszka Pietraszewska-Macheta:

Ja odpowiem od razu na pytanie pana posła odnoszące się do liczby podmiotów akredytowanych; tj. 216 szpitali na normalnych zasadach akredytowanych plus 2 wąskoprofilowe, więc mamy... Przepraszam, 217 plus 2 to jest 219 szpitali dokładnie; 37 jednostek patomorfologicznych... jednostek diagnostyki morfologicznej oraz 109 niestety tylko POZ.

Odniosę się trochę do POZ, dlatego że rzeczywiście podmioty POZ nie są jeszcze przygotowane do procesu akredytacji. To jest długi proces. Wymaga świadomości wśród tych podmiotów i musimy nad tym pracować. Wcześniej było rzeczywiście więcej, dlatego że był skończony projekt POZ-wy. Jeżeli realizujemy projekt finansowany ze środków unijnych, wtedy mamy szansę zmobilizować więcej podmiotów POZ do tego, żeby korzystały z naszego wsparcia dlatego, że dajemy wtedy szkolenia z dokumentacji medycznej, bardzo wiele takiego wsparcia, również pomoc rówieśnika zawodowego i tak dalej, i tak dalej. Liczymy, że będzie teraz ich trochę więcej, dlatego że 240 podmiotów w projekcie chcemy przyjąć. Ten projekt realizujemy. Jesteśmy tak mniej więcej już w połowie, więc będzie troszeczkę więcej. Czy motywacja finansowa jest dobra? To jest już osobne... Moglibyśmy długo dyskutować. Nie chcę państwu zabierać czasu.

Rzeczywiście motywacja finansowa tak, jak mówiłam, w POZ jest zbyt mała, bo to jest 2,04 stawki kapitałowej dla podmiotu, który ma certyfikat akredytacyjny. To wydaje się po prostu zbyt mało i po prostu nie opłaca się. Często podmioty mówią, że muszą tyle zainwestować właśnie w opłatę za akredytację i dlatego nie przystępują do tej akredytacji. Dlatego duża praca przed nami, żeby je po prostu motywować do tego w sposób taki... szkolenia, edukacja, uczenie procesów i tak dalej, i tak dalej, bo akredytacja rzeczywiście ma taki charakter. Drugą również kwestią... Myślę więc, że już odpowiedziałam na to pytanie. ...Tak jest, zdecydowanie zmniejszyło się, natomiast to dlatego, że skończyły się certyfikaty projektowe. Wtedy było więcej, bo były projektowe i po prostu one się skończyły. Teraz znowu projekt będzie, więc troszeczkę się powiększy. Rzeczywiście to jest mało. Ta kampania informacyjna powinna być z naszej strony być może również większa, ale my jesteśmy stosunkowo niewielkim ośrodkiem, więc po naszej stronie jest to dość trudne.

Jeszcze przy okazji. Państwo pytali również o ankiety, które realizuje właśnie CEZ w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia. To jest wersja docelowa, która powinna być w IKP i tak, jak proponował zespół, te ankiety powinny być w ramach IKP, ewentualnie w jakichś jeszcze innych formułach, które będą zlecane. Natomiast my tymczasowo jako Centrum Monitorowania Jakości rozwiązujemy ten problem tymczasowo poprzez naszą ankietyzację, którą udostępniamy wszystkim bezpłatnie. To jest PASAT IKP. To są wszystkie badania PASAT: PASAT IKP, PASAT AOS, PASAT POZ. Tam są wszystkie ankiety, które są zatwierdzane przez ministerstwo. One są wrzucone do systemu i każdy podmiot może w tym uczestniczyć. Bardzo dużo podmiotów się zgłasza. Mamy blisko 400 szpitali, 500 tys. ankiet zostało wypełnionych w szpitalach przez podmioty. To ma takie znaczenie, że dla szpitali to jest informacja zwrotna, ponieważ przekazujemy tę informację zwrotną do szpitali, które mogą dokonać oceny i ewaluacji swojej po prostu działalności w oparciu o wyniki tych ankiet. Jest bardzo duże zainteresowanie dlatego, że my staramy się dotrzeć bezpłatnie do jak największej liczby szpitali. Mamy bardzo dużo takich podmiotów. To wszystko jest dostępne na naszej stronie internetowej. Każdy szpital może do tego przystąpić. Mało tego, wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem nakazuje w tej chwili ankietyzację, więc to jest narzędzie, które jest dostępne i wygodne dla wszystkich szpitali i wszystkich POZ-ów AOS-ów czy w ogóle... W tej chwili mamy taki zakres tych badań dostępnych wygodnych w formule elektronicznej i to jako wskaźnik daje szansę podmiotowi na to, aby zmieniać się z korzyścią dla pacjenta. To więc jest bardzo ważne.

Pani doktor jeszcze mówiła o ankietyzacji personelu. Przeprowadziliśmy w tym roku ankietyzację kultury bezpieczeństwa personelu. Bardzo duży mieliśmy oddźwięk. Wiele osób, wiele podmiotów leczniczych brało udział i to była ankieta skierowana właśnie do personelu, do nich, żeby oni powiedzieli, w jaki sposób wygląda ich środowisko pracy. To było bardzo ważne. Ta ankieta będzie wynikiem... wynik tej ankiety będzie również na naszej stronie, więc zachęcamy do udziału i do propagowania tego, bo to badanie będzie robione systematycznie. Przepraszam, że się tak rozgadałam. Myślę, że to tyle, jeśli o mnie chodzi.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję, pani dyrektor. Jeszcze pan prezes Jakub Szulc.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jakub Szulc:

Ja tylko dwa zdania, bo padało pytanie o to, czy fundusz zdrowia ma zamiar podejmować określone działania w związku z takimi czy innymi wartościami wskaźników, które zostały opublikowane. To jest dokładnie to, na co ja już odpowiadałem, odpowiadając panu posłowi Kapinosowi na pytanie.

Ja absolutnie przestrzegam przed wyciąganiem zbyt daleko idących wniosków z samej analizy wartości wskaźników, które zostały opublikowane. To jest podstawowe ryzyko, które jest związane z publikacją takich parametrów, zwłaszcza że one są publikowane w formule bezwzględnej niejako, a więc nie uwzględniają różnego rodzaju zniuansowania prowadzonej działalności, więc łatwo na tej podstawie wysnuć zbyt daleko idące wnioski. Również chciałbym zaznaczyć, że Narodowy Fundusz Zdrowia jest instytucją, która działa w ramach i w granicach prawa i obowiązków, które na narodowy fundusz zostały nałożone. Ani mniej, ani więcej. Niezależnie od szeregu analiz, które prowadzimy, mamy konkretne zobowiązania, które są związane z tym, w jaki sposób obowiązki funduszu mają być realizowane na zewnątrz, w jaki sposób one mają być prezentowane na zewnątrz, i zwłaszcza w tak wrażliwej sprawie, bo państwo przecież – Wysoka Komisja, przypomina sobie doskonale dyskusję na temat ustawy o jakości i jak wiele

emocji ona budzi. W moim przekonaniu takie podgrzewanie tych emocji w sposób w moim przekonaniu nieuprawniony kompletnie niczemu dobremu nie służy.

My osiągnęliśmy być może niewiele, ale jednak coś, i nad tym powinniśmy pracować, żeby można to przekuć faktycznie w wartości, które będą służyły korzyściom i dobru pacjenta, a nie wylewać dziecko z kąpielą. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Już na koniec tylko zapytam, czy jeszcze jest jakiś głos w dyskusji? Jeszcze zgłasza się...

Ekspert Związku Zawodowego Lekarzy Anna Gołębicka:

Anna Gołębicka. Ja chciałabym dopytać. Po co my w takim razie to robimy, jeżeli będziemy musieli długo to zbierać? Kolejną biurokrację sobie tworzymy? To znaczy, pytanie nie jest atakiem. Ja bym chciała jakby wiedzieć, co my z tą jakością, z tą ustawą, z tymi wynikami zrobimy, żeby faktycznie ta jakość się poprawiła.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Proszę państwa, jeszcze jeden głos i już będziemy kończyć, dobrze?

Ekspert do spraw transformacji i strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej Krzysztof Zdobyłak:

Tak. Pan prezes powiedział, że nie można wyciągać nieuprawniony wniosków, ponieważ to są surowe dane, które są opublikowane. Trzeba je znormalizować, przeanalizować. Ja chciałem zapytać, czy NFZ takie analizy zrealizował, znormalizował i jakie płyną wnioski z tych czy przeanalizowanych i realnych wskaźników? Czy one są zupełnie odmienne w takim razie od tego, co widzimy w opinii publicznej, bo może trzeba się podzielić tymi wskaźnikami, a nie tymi surowymi?

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze? Wszyscy. Rozumiem, że pada jakaś odpowiedź czy... Pan prezes Szulc.

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jakub Szulc:

Tak. Wydaje mi się, że przy pracy nad tym, jak wdrożyć po prostu wskaźniki kliniczne czy zarządcze do systemu weryfikacji i refundacji świadczeń opieki zdrowotnej, zdecydowanie te parametry powinny być i będą uwzględnione, natomiast nie na poziomie czystej po prostu publikacji tylko i wyłącznie wskaźników tak, jak jesteśmy zobowiązani na gruncie ustawy o jakości.

Natomiast wydaje mi się, odpowiadając na pytanie pani Gołębickiej, że odpowiedzi na to, do czego ma służyć ustawa o jakości, należy szukać w ustawie. Nigdzie indziej. Tak naprawdę Wysoka Izba przyjęła takie, a nie inne rozwiązania. Te rozwiązania wdrażamy zgodnie z tym, co jest zapisane literą prawa. Ni więcej, ni mniej.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Proszę państwa, bo my również mamy ograniczony czas. O 19.00 mamy... ja przynajmniej mam kolejne spotkanie. Nie chciałbym, ale ok. Mamy jeszcze chwilkę. Jedną, ale bardzo krótką wypowiedź bardzo bym prosił.

Prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej Dorota Korycińska:

Tak. Mam krótkie pytanie. Ja chciałam tylko zapytać, kiedy będą opublikowane te pierwsze dane, jeżeli chodzi o wskaźniki konsumenckie? Gdzie możemy je znaleźć?

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Bardzo proszę. Panie prezesie? Bo rozumiem, że to do pana prezesa...

Wiceprezes Narodowego Funduszu Zdrowia Jakub Szulc:

Wskaźniki konsumenckie do 30 kwietnia 2026 r.

Przewodniczący poseł Krzysztof Bojarski (KO):

Dziękuję bardzo. Dziękuję bardzo państwu za udział w dyskusji. Stwierdzam, że omówiliśmy informację.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia. Zamykam posiedzenie komisji. Dziękuję państwu bardzo.