



Stanowiska POL ws. poselskich projektów ustaw dot. jakości w ochronie zdrowia

Porozumienie Organizacji Lekarskich, zrzeszające Naczelną Izbę Lekarską, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie oraz Porozumienie Rezydentów OZZL, wydało dwa stanowiska dot. poselskich projektów ustaw: o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw i o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

Dokumenty są efektem prac w ramach powołanego przez POL Forum dla Jakości i Bezpieczeństwa Pacjenta. - *Pomimo, że oba projekty ustaw zostały już przyjęte w Sejmie nie możemy stać bezczynnie, kiedy wprowadza się przepisy, które nie zagwarantują skutecznego systemu opartego na jakości i zaufaniu. Dzisiaj kierujemy nasze stanowiska dotyczące tych dwóch przyjętych przez Sejm ustaw, które wprowadzono w miejsce odrzuconej przez Parlament ustawy o jakości, do senatorów. Obecne projekty ustaw, choć mniej kontrowersyjne niż pierwotna wersja ustawy o jakości, nadal nie spełniają oczekiwań medyków. Wierzimy, że politycy wezmą pod uwagę wypracowane przez środowisko lekarskie postulaty i ponownie staną po stronie pacjentów -* komentuje wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Klaudiusz Komor.

STANOWISKO Nr 1/2023 z dnia 21 czerwca 2023 r.

w sprawie ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw

W pełni aprobuje się ideę wdrożenia modelu pozasądowego rekompensowania szkód doznanych przez pacjentów w wyniku zaistnienia zdarzeń medycznych. Wprowadzenie pozasądowej możliwości uzyskania kompensacji przez pacjentów, którzy doświadczyli zdarzeń medycznych jest bez wątpienia potrzebne i celowe. Należy stworzyć model, w którym poszkodowani pacjenci będą mogli w krótkim czasie uzyskać rekompensatę finansową, co daje im możliwość szybszej rehabilitacji i zmniejszenia innych negatywnych skutków niepowodzenia medycznego oraz w którym to modelu otrzymanie kompensacji nie wymaga orzekania o winie, co stanowiłoby odejście od kultury winy i kary na rzecz kultury sprawiedliwego traktowania, w zgodzie z europejskimi standardami.

Założenia przedstawionej ustawy oceniamy pozytywnie jednak z kilkoma istotnymi zastrzeżeniami. Apelujemy o uwzględnienie ich w dalszym procesie legislacyjnym.

Przyjęta w ustawie definicja zdarzenia medycznego jest zbyt wąska, ponieważ wyklucza kompensację za uszczerbek na zdrowiu spowodowany systemowym brakiem leków lub rozstrój zdrowia spowodowany zbyt długim czasem oczekiwania na uzyskanie świadczenia. W przyszłości należałoby przewidzieć dla pacjenta mechanizmy pokrywania szkód wynikających z wad organizacyjnych systemu.

Ustawa przewiduje dodanie do art. 47 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta nowego punktu 3b, który upoważnia Rzecznika Praw Pacjenta do „zbierania informacji o zdarzeniach niepożądanych oraz opracowywania na ich podstawie rekomendacji, analiz i raportów w zakresie bezpieczeństwa pacjenta”. Zastrzeżenia budzi upoważnienie Rzecznika Praw Pacjenta do opracowywania rekomendacji - należy przyjąć, że rekomendacje dotyczące postępowania

medycznego powinny być opracowywane przez medyczne towarzystwa naukowe czy inne gremia naukowe, a nie przez organ państwowy, jakim jest Rzecznik Praw Pacjenta.

Odnosnie do projektowanych przepisów w zakresie kompensacji szkód poniesionych przez pacjentów, zgłaszamy następujące uwagi:

Projektowany art. 67q ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewiduje, że nowy system kompensacji szkód poniesionych przez pacjenta będzie dotyczył tylko zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania lub zaniechania udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w szpitalu. Kompensacja szkód w pozasądowym modelu jest zatem niepełna i doznaje dwóch zasadniczych ograniczeń- po pierwsze, dotyczy tylko pacjentów, którzy leczyli się w szpitalu. Po drugie, system ten nie obejmuje pacjentów, korzystających ze świadczeń zdrowotnych, które nie są finansowane ze środków publicznych. Naszym zdaniem brak jest podstaw do pozbawienia tych grup pacjentów dostępu do pozasądowego trybu dochodzenia roszczeń. Takie zapisy ustawy wykluczają z kompensacji pacjentów ambulatoryjnych, którzy stanowią zdecydowaną większość osób otrzymujących świadczenia medyczne (83%). Pewna grupa świadczeń medycznych może być wykonywana zarówno w placówkach szpitalnych, jak i nieszpitalnych, są obarczone one zbliżonym ryzykiem, niezasadne jest zatem wykluczenie z kompensacji jedynie na podstawie lokalizacji, w której pacjent otrzymuje świadczenie. Również problematyczne jest wykluczenie z kompensacji pacjentów korzystających z prywatnych placówek medycznych. W naszym kraju istotna ilość świadczeń medycznych jest całkowicie niedostępna w publicznych placówkach lub jej dostępność w ramach funduszu jest tak ograniczona, że w akceptowalnym czasie można ją uzyskać jedynie w placówkach prywatnych. Korzystanie z tych usług nie jest więc wyborem pacjenta, a koniecznością wynikającą z niedostatku dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Odnosnie do wysokości przewidzianych kwot świadczenia kompensacyjnego uważamy, że należy dążyć do ich zwiększenia, tak by zminimalizować sytuacje, w których pacjent niezadowolony wysokością przyznanej rekompensaty decyduje się następnie na drogę sądową.

Zastrzeżenia budzi art. 67w ustawy o prawach pacjenta, który przewiduje, że stroną postępowania w sprawie ustalania świadczenia kompensacyjnego jest wnioskodawca, czyli pacjent lub osoby, które w przypadku śmierci pacjenta nabywają prawo do tego świadczenia. Pomija się w tym postępowaniu rolę podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, który także powinien korzystać z praw strony postępowania ponieważ ustalenia zdarzenia medycznego niewątpliwie dotyczy praw i interesów tego podmiotu leczniczego.

Podzielamy pogląd organizacji pacjentów, aby wyraźnie zagwarantować możliwość ubiegania się o zwolnienie z opłat za złożenie wniosku o przyznanie świadczenia kompensacyjnego i umożliwić pacjentowi wyznaczenie pełnomocnika.

Przewidziany w ustawie Zespół do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, do zadań którego będzie należało wydawanie opinii w przedmiocie wystąpienia zdarzenia medycznego i jego skutków będzie liczył co najmniej 20 osób, co może w pewien sposób ograniczyć możliwość sprawnego i terminowego rozpoznawania spraw. Zespół będzie bowiem opiniował wszystkie sprawy trafiające do niego z obszaru całego kraju. Postuluje się poszerzenie składu tego zespołu.

W art. 67x ust. 10 należy wykreślić punkt 4. Przepis ten przewiduje, że Rzecznik Praw Pacjenta odwołuje członka Zespołu do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych w przypadku „zaistnienia okoliczności, które wpływają na niezależne sprawowanie funkcji członka Zespołu”. Jest to przesłanka wysoce niedookreślona i może stanowić podstawę do nieuzasadnionych zmian w składzie Zespołu. Ta sama uwaga dotyczy też odwoływania członków Komisji Odwoławczej.

W projektowanym art. 67zc ust. 3 ustawy o prawach pacjenta przyjęto, że jeśli w terminie 30 dni od dnia, gdy decyzja, w której przyznano świadczenie kompensacyjne i ustalono jego wysokość, stała się prawomocna, wnioskodawca nie składa Rzecznikowi Praw Pacjenta oświadczenia o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego ani oświadczenia o rezygnacji ze świadczenia kompensacyjnego, to przyjmuje się, że jest to równoznaczne ze zrzeczeniem się przez

wnioskodawcę świadczenia kompensacyjnego. Należy raczej przyjąć regułę odwrotną - jeśli pacjent składa najpierw wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego, a decyzją Rzecznika Praw Pacjenta świadczenie to jest mu przyznane, to milczenie pacjenta w terminie 30 dni od prawomocności decyzji Rzecznika Praw Pacjenta powinno być równoznaczne z przyjęciem przez pacjenta świadczenia kompensacyjnego.

STANOWISKO Nr 2/2023
z dnia 21 czerwca 2023 r.
w sprawie ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i
bezpieczeństwie pacjenta

Wskaźniki jakości opisane w art. 4 ustawy są podzielone na trzy obszary: kliniczny, konsumencki i zarządczy. Wadą ustawy jest brak wskaźnika dotyczącego personelu. Jest to znaczące niedopatrzenie, gdyż warunki pracy personelu medycznego są kluczowym aspektem jakości w ochronie zdrowia, a zła organizacja pracy, nierówne traktowanie, przemęczenie i wypalenie zawodowe są jednymi z czynników prowadzących do zdarzeń niepożądanych.

Wskaźniki jakości będzie według projektu ustawy monitorował NFZ i na ich podstawie może zmieniać wysokość finansowania placówek. Zastrzeżenia budzi, że ten sam podmiot (NFZ) będzie oceniał jakość oraz modyfikował finansowanie, bez niezależnej jednostki kontrolnej, ani możliwości odwołania się do drugiej instancji.

Odnosnie do wskaźnika klinicznego zgłaszamy uwagę, że ustalenie tego wskaźnika w oparciu liczbę powtórnych hospitalizacji z tej samej przyczyny i śmiertelności po zabiegach zgodnie z ustawą będzie dokonywane wyłącznie w oparciu o „specyfikę świadczenia opieki zdrowotnej”, należy jednak zwrócić uwagę, że może to być obciążone dużym błędem i skłania do budowania groźnego dla pacjenta modelu faworyzowania placówek podejmujących się łatwiejszych przypadków. Wyższa śmiertelność będzie np. w szpitalach posiadających SOR-y, Centra Urazowe i placówkach przyjmujących w trybie pilnym pacjentów po wypadkach komunikacyjnych, a niższa np. w placówkach, posiadających oddział chirurgiczny, podejmujący się rutynowych zabiegów planowych. Należy zatem wprowadzić do modelu porównywania placówek element uwzględniający różny profil pacjentów i tryb udzielenia świadczenia.

Odnosnie do wskaźnika konsumenckiego należy zwrócić uwagę, że satysfakcja pacjenta będzie oceniana na podstawie pisemnych ankiet, których uzupełnienie może być trudniejsze lub niemożliwe dla pacjentów szpitali paliatywnych, psychiatrycznych, neurologicznych, geriatrycznych - nieakceptowalnym byłoby zmniejszenie finansowania tych placówek z tytułu niższych wyników ankiet. Problematyczne również są szpitale pediatryczne, w których ankietę uzupełniałby rodzic lub opiekun prawny, a nie sam pacjent.

Z uwagi na podniesione powyżej uwagi oraz specjalistyczny i złożony charakter zagadnienia wskaźników jakości proponujemy, aby w art. 4 ust. 1 ustawy wymienione zostały jedynie obszary jakości, natomiast ustawa nie powinna z góry określać wskaźników jakości przykładowo poprzez długość hospitalizacji, liczbę powtórnych hospitalizacji z tej samej przyczyny czy śmiertelność po zabiegach. Dookreślenie wskaźników jakości powinno nastąpić w drodze rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydawanego w trybie, o którym mowa poniżej.

Proponujemy, aby wydawane na podstawie art. 4 ust. 2 ustawy rozporządzenie określające wskaźniki jakości opieki zdrowotnej było efektem prac zespołu eksperckiego, a nie jedynie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia. Postulujemy zmianę przepisu poprzez dodanie zapisu zobowiązującego ministra o powołania takiego zespołu. W delegacji ustawowej do wydania rozporządzenia należałoby również dodać, że minister wyda rozporządzenie określające te wskaźniki, po zasięgnięciu opinii właściwych organów samorządów zawodów medycznych, w tym Naczelnej Rady Lekarskiej. Udział samorządów zrzeszających przedstawicieli medycznych zawodów zaufania publicznego w opracowywaniu wskaźników jakości opieki medycznej wydaje się nieodzowny w procesie prawidłowego ustalania mierników jakości świadczonej pomocy medycznej.

Art. 5 ust. 3 ustawy przewiduje się, że Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, ustala współczynniki korygujące związane z uzyskaniem przez podmiot określonej wartości realizacji wskaźników jakości opieki

zdrowotnej. Zapis powinien mieć wyłącznie oddziaływanie motywujące do promowania wysokiej jakości, a nie sankcyjne, stąd nie może prowadzić do „karania” podmiotu za nieosiągnięcie odpowiedniej wartości wskaźników jakości. Dlatego należy doprecyzować w art. 5 ust. 3 ustawy, że Prezes NFZ może ustalać w tym trybie jedynie współczynniki korygujące o wartości większej niż 1,0.

W zakresie przewidzianej w projekcie ustawy autoryzacji, która będzie udzielana przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, niewłaściwe jest powierzenie jednej instytucji roli płatnika i autoryzacji. Istnieje tutaj potencjalny konflikt interesów związany z przyznawaniem autoryzacji podmiotom wykonującym działalność leczniczą przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (czyli organ reprezentujący płatnika).

W art. 9 ust. 4 ustawy przewiduje się, że Prezes NFZ będzie określał harmonogram składania wniosków o autoryzację, uwzględniając zakresy świadczeń, liczbę podmiotów udzielających tych świadczeń na terenie działania poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz termin obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tych zakresach, a także biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Podmioty objęte obowiązkiem autoryzacji powinny mieć zagwarantowany czas na przygotowanie się do takiej procedury, zatem ustawa powinna przewidywać, że Prezes NFZ ogłasza harmonogram co najmniej na 6 miesięcy przed terminem składania wniosków o autoryzację.

Ustawa wprowadza wewnętrzne systemy zarządzania jakością i bezpieczeństwem, warunkujące uzyskanie autoryzacji, nie oferując środków finansowych na ich odpowiednie prowadzenie. Oznacza to obciążenie finansowe placówek oraz ryzyko sytuacji kolejnego wzrostu ich zadłużenia. Zbyt krótki jest również określony ustawą okres na uruchomienie tych systemów.

Odnośnie do przewidzianej w ustawie procedury akredytacyjnej, brak jest jednoznacznego wskazania, jakie konkretne korzyści dla podmiotu leczniczego ubiegającego się o akredytację będzie niosło za sobą uzyskanie akredytacji. Informacji takich nie zawiera również uzasadnienie dołączone do projektu ustawy. Należy na to zwrócić uwagę, ponieważ uzyskanie akredytacji wiąże się z obowiązkiem uiszczenia relatywnie wysokiej opłaty.

Zastrzeżenia budzi proponowany skład Rady Akredytacyjnej, gdzie na 13 członków, aż 9 będzie reprezentowało stronę rządową. Trudno zrozumieć w jaki sposób zmniejszenie udziału osób pracujących w ochronie zdrowia lub w organizacjach zajmujących się poprawą jakości na rzecz kandydatów wskazanych przez rząd ma pozytywnie wpłynąć na poprawę jakości. Brak również organu kontrolującego decyzje Rady, niezależnego od Ministerstwa Zdrowia.

W art. 37 ust. 1 ustawy przewiduje się, że minister właściwy do spraw zdrowia udziela albo odmawia udzielenia akredytacji po uzyskaniu rekomendacji Rady Akredytacyjnej. Takie brzmienie przepisu oznacza, że opinia Rady Akredytacyjnej nie jest wiążąca dla Ministra. Przepis nie określa natomiast, w jakich przypadkach Minister Zdrowia jest uprawniony, aby podjąć decyzję odmienną niż rekomendowana przez Radę Akredytacyjną, co należy uznać za wadę przyjętego rozwiązania.

