

POROZUMIENIE ORGANIZACJI LEKARSKICH

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



OGÓLNOPOLSKI
ZWIĄZEK ZAWODOWY
LEKARZY

POROZUMIENIE ORGANIZACJI LEKARSKICH

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



POROZUMIENIE ORGANIZACJI LEKARSKICH

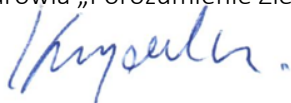
prowadzenie. Oznacza to obciążenie finansowe placówek oraz ryzyko sytuacji kolejnego wzrostu ich zadłużenia. Zbyt krótki jest również określony ustawą okres na uruchomienie tych systemów.

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.

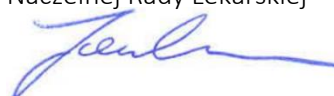
Zastrzeżenia budzi proponowany skład Rady Akredytacyjnej, gdzie na 13 członków, aż 9 będzie reprezentowało stronę rządową. Trudno zrozumieć w jaki sposób zmniejszenie udziału osób pracujących w ochronie zdrowia lub w organizacjach zajmujących się poprawą jakości na rzecz kandydatów wskazanych przez rząd 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.

Jacek Krajewski
Prezes Zarządu Federacji Związków Pracodawców
Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”



Łukasz Jankowski
Prezes
Naczelnej Rady Lekarskiej



Sebastian Goncerz
Przewodniczący Porozumienia
Rezydentów OZZL



Grażyna Cebula-Kubat
Przewodnicząca Ogólnopolskiego
Związku Zawodowego Lekarzy



OGÓLNOPOLSKI
ZWIĄZEK ZAWODOWY
LEKARZY