

STANOWISKO Nr 6/24/IX
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 20 grudnia 2024 r.

**w sprawie projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki
zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych
ustaw**

Po zapoznaniu się z projektem ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw przekazanych przy piśmie Ministra Zdrowia pani Izabeli Leszczyny z dnia 20 listopada 2024 r. (znak: DLU.0210.31.2024.RB) Naczelna Rada Lekarska przekazuje następujące uwagi:

W pełni zasadna była decyzja o ponownym skierowaniu projektu ustawy do konsultacji społecznych – liczba uwag do wcześniejszych wersji projektu oraz zakres zmian wprowadzonych do projektu po konsultacjach społecznych, które istotnie wpłynęły na założenia oraz treść ustawy, sprawiały, że ponowne konsultacje społeczne wydają się niezbędne.

Projekt ustawy stanowi kolejną próbę porządkowania systemu ochrony zdrowia. Aktualny model funkcjonowania tzw. sieci szpitali i całego systemu ochrony zdrowia nie spełnia oczekiwań pacjentów, pracowników medycznych ani nie zapewnia właściwego poziomu finansowania placówek medycznych.

Opiniowany projekt ustawy nadal nie realizuje wszystkich postulatów, do tego jest w wielu miejscach ogólnikowy, nie precyzuje kryteriów decyzyjnych, nie uwzględnia trudności, jakie wystąpią z operacjonalizacją, a już na tym etapie są spodziewane. Szczególnie należy zwrócić uwagę na horyzont czasowy działań przewidzianych ustawą jak i wynikających z innych dokumentów, które powinny być źródłowymi dla działań opisanych ustawą – w szczególności horyzonty czasowe kwalifikacji do sieci szpitali, planów transformacji (wojewódzkich i krajowego), horyzontów czasowych perspektyw finansowania unijnego, aktualności map świadczeń – zapewnienie projektodawcy, że dojdzie do ich harmonizacji byłoby wskazane, np. aby uniknąć tworzenia programów naprawczych i podejmowania decyzji o kwalifikacji do sieci na podstawie kończących ważność dokumentów strategicznych.

Na poparcie zasługuje likwidacja przepisu, który na wiele szpitali nałożył wymóg otwierania nowych oddziałów, tylko po to aby znaleźć się w sieci. Niestety ten model otwierania oddziałów „z konieczności” stał się źródłem problemów z zakresie odpowiedniego finansowania świadczeń tam udzielanych pozwalających zachować płynność finansową.

Zasadne był także odstąpienie w aktualnej wersji projektu ustawy od kwalifikacji do sytemu z zakresu ginekologii i położnictwa wyłącznie na podstawie liczby porodów.

Naczelna Rada Lekarska zgłasza, że w projektowanym art. 95m ust. 2, który wymienia profile kwalifikujące, w punktach 58 i 59 omyłkowo znalazła się ta sama nazwa profilu „reumatologia”. Wydaje się, że powinna tam znaleźć się, obok reumatologii, reumatologia dla dzieci.

Naczelna Rada Lekarska zwraca uwagę, że projektowany art. 95m ust. 3 ustawy jest zbyt ogólnikowy - brak jasnych kryteriów kwalifikacji. Według tego przepisu do systemu zabezpieczenia, w zakresie danego profilu kwalifikującego, kwalifikuje się z uwzględnieniem potrzeby właściwego zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej określanej w szczególności na podstawie mapy potrzeb zdrowotnych, krajowego planu i wojewódzkiego planu transformacji oraz biorąc pod uwagę możliwość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający ich wysoką jakość i bezpieczeństwo świadczeniobiorców. Samorząd lekarski zgłasza wątpliwości, czy obecne plany transformacji są wystarczające do tego celu, wątpliwe jest także czy pierwsza kwalifikacja powinna się odbywać na podstawie istniejących planów czy nowych, wówczas istotne stanie się pytanie kiedy zostaną one faktycznie przyjęte.

Jeśli chodzi o wskazane w art. 95m ust. 3 ustawy kryterium kwalifikacji w zakresie jakości i bezpieczeństwa świadczeniobiorców, Naczelna Rada Lekarska wskazuje, że kryteria te zostały zdefiniowane niewystarczająco. Rodzi to obawę o nadmierną swobodę decyzyjną poszczególnych wojewodów, tymczasem ogólne wskaźniki dotyczące jakości i bezpieczeństwa przy kwalifikacji do profili powinny być określone w ten sam sposób niezależnie od województwa, na terenie którego udziela się świadczeń opieki zdrowotnej.

Zastrzeżenia budzi także projektowany 95m ust. 4 ustawy, który sugeruje, że dla dokonania kwalifikacji do profilu dla każdego profilu oraz dla każdego świadczeniodawcy zostanie powołany osobny zespół. Takie rozwiązanie wskazuje na konieczność powoływania setek, a nawet tysięcy zespołów w skali województwa.

Wydaje się, że proces ten należałoby uprościć i tym samym zmniejszyć jego koszty. Odnośnie do projektowanego art. 95n ust. 2 ustawy Naczelna Rada Lekarska zgłasza zastrzeżenie, że nie przedstawiono żadnych kryteriów, na podstawie których Minister Zdrowia zatwierdza lub odmawia zatwierdzenia wykazu sporządzonego przez wojewodę. Takie rozwiązanie pozostawia zbyt dużą dowolność w podejmowaniu decyzji.

Odnośnie do przewidzianego w art. 59 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej obowiązku sporządzenia programu naprawczego dla SPZOZ-ów samorząd lekarski ponownie zwraca uwagę, że nie przedstawiono projektu kluczowego rozporządzenia, bez którego ciężko ocenić projektowane rozwiązania. Niewątpliwie kryteria i metodologia oceny dostosowania muszą zostać jasno określone. Niezrozumiałe jest także dopuszczenie w programie naprawczym oceny dostosowania działalności SPZOZ-u do mapy potrzeb zdrowotnych lub do krajowego planu transformacji lub do wojewódzkiego planu transformacji - oznacza to bowiem, że ocena dostosowania będzie przeprowadzana na podstawie jednego z wymienionych dokumentów strategicznych, zamiast w oparciu o wszystkie te dokumenty.

W projektowanym art. 95 ust. 6 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej, który określa zakres programu naprawczego w obszarze planowanych działań zmierzających do podniesienia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, należy dodatkowo powołać się na wskaźniki jakości opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta.

W przepisach o programie naprawczym należy także wskazać osobę odpowiedzialną za jego realizację. Wydzielenie takiej odpowiedzialności jest elementem niezbędnym dla powodzenia każdego takiego procesu.

W procesie sporządzania, oceny i realizacji programów naprawczych należy określoną rolę przypisać także organom odpowiedzialnym za system opieki zdrowotnej w Polsce w tym Ministrowi Zdrowia, wojewodom oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia i Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Rolą tych instytucji powinno być m.in. dokonywanie oceny współzależności i zapobiegania konfliktom pomiędzy programami naprawczymi różnych podmiotów. Ocena czy wszystkie plany równocześnie są możliwe do realizacji i czy nie doprowadzą do nadmiernego pogorszenia sytuacji podmiotów, które funkcjonują na obszarze działania placówki podlegającej obowiązkowi sporządzenia programu naprawczego, wydaje się

niezbędna dla powodzenia transformacji na poziomie całego systemu ochrony
Niezrozumiałe jest zamieszczone w projektowanym art. 59a ust. 7 i 8 ustawy o
działalności leczniczej wprowadzenie aktualizacji planu naprawczego co kwartał, przy
równoczesnym sporządzaniu informacji o stanie realizacji programu naprawczego
jedynie raz w roku. Terminy te powinny być odwrotne – monitorowanie realizacji
powinno być częste, natomiast zmiany programu naprawczego rzadsze.

SEKRETARZ

Grzegorz Wrona

PREZES

Łukasz Jankowski