

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (MZ 123)

I. Opis sytuacji problemowej

Jak wskazuje Projektodawca, obecnie obowiązujący taryfikator opłat za przeprowadzenie procedury oceniającej nie jest dostosowany do nowych zakresów standardów akredytacyjnych, tj. poziomu kosztów przeprowadzenia przeglądu akredytacyjnego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, stacjonarnego leczenia uzależnień oraz podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne. Wysokość opłaty nie jest adekwatna do faktycznych kosztów dokonania przeglądu w tych zakresach. W zależności od rodzaju i wielkości podmiotu, w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej opłaty są zbyt niskie, w przypadku mniejszych jednostek stacjonarnego leczenia uzależnień opłaty te są zbyt wysokie. Brak również dwustopniowej skali oceny standardów akredytacyjnych oraz nieaktualna stała się terminologia zastosowana we wzorze certyfikatu akredytacyjnego.

Wprowadzenie zmian w obecnie obowiązujących przepisach ma na celu:

- 1) wprowadzenie poziomu opłat za przeprowadzenie procedury oceniającej w podstawowej opiece zdrowotnej, stacjonarnym leczeniu uzależnień oraz inwazyjnych procedurach zabiegowych i operacyjnych;
- 2) uszczegółowienie dotychczasowych poziomów opłat za przeprowadzenie procedury oceniającej dla leczenia szpitalnego o opłatę za realizację procedury oceniającej w jednostkach do 100 łóżek;
- 3) wprowadzenie dwustopniowej skali oceny standardów akredytacyjnych;

- 4) doprecyzowanie sposobu sporządzania harmonogramu przeglądu akredytacyjnego;
- 5) uzupełnienie raportu z przeglądu akredytacyjnego o zalecenia w zakresie poprawy spełnienia standardów akredytacyjnych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych;
- 6) aktualizację wzoru certyfikatu akredytacyjnego.

Ad. 1 W związku z rozszerzeniem zakresu akredytacji o standardy dla podstawowej opieki zdrowotnej, stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień oraz podmiotów wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne, wydane wdrodże odpowiednio:

- 1) obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2011 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej,
- 2) obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 4 lipca 2013 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień,
- 3) obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne – zaistniała konieczność zmiany przepisów o zasadach finansowania przeglądów akredytacyjnych. Niezbędnym jest określenie kryteriów i sposobu taryfikacji opłat za przeprowadzenie procedury oceniającej dla każdego z trzech nowych zakresów odrębnie. W obowiązującym rozporządzeniu przewidziano zróżnicowanie opłaty za przeprowadzenie procedury oceniającej dla szpitala lub innego zakładu przeznaczonego dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych. Zależnie od wielkości szpitala (innego zakładu), mierzonej liczbą łóżek, opłata ta wynosi obecnie od 7-krotności do 15-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, włącznie z wypłatami z zysku, za I kwartał poprzedniego roku,

ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, zwanego dalej „przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniem”. W pozostałych przypadkach opłata ta wynosi wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. W 2018 r. wysokość opłaty za przeprowadzenie procedury oceniającej jest określana przy założeniu przeciętnego miesięcznym wynagrodzenia w wysokości 4390,54 zł, w 2019 r. będzie to 4700,11 zł.

W przypadku stacjonarnego leczenia uzależnień, obowiązujące poziomy opłat za przeprowadzenie procedury oceniającej, są znacznie wyższe niż faktyczny koszt przeprowadzenia procedury oceniającej w tym zakresie. W przypadku podstawowej opieki zdrowotnej wysokość opłaty jest obecnie równa wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, niezależnie od wielkości jednostki poddającej się przeglądowi.

Wysokość opłaty za przeprowadzenie procedury oceniającej w podstawowej opieki zdrowotnej nie pozwala na pokrycie faktycznych kosztów przeprowadzenia przeglądu w znacznej części tego rodzaju jednostek. Na podstawie analizy kosztów przeprowadzenia procedury oceniającej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej ponoszonych przez ośrodek akredytacyjny oraz specyfiki związanej z organizacją opieki w tym obszarze – różnic wynikających z rodzaju prowadzonej działalności (praktyki medyczne, podmiot leczniczy), wielkości podmiotu i jego rozproszenia lokalizacyjnego, zaproponowano rozróżnienie opłaty zależnie od liczby pacjentów będącej pod opieką danej jednostki, tj.:

- 1) 5-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – dla podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych zapewniającego świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej dla powyżej 55 000 pacjentom;
- 2) 4-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – dla podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych zapewniającego świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej dla od 27 501 do 55 000 pacjentom;

3) 3-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – dla podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych zapewniającego świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej dla od 13 751 do 27 500 pacjentom;

4) 2-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – dla podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych zapewniającego świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej dla od 5 501 do 13 750 pacjentom;

5) 1-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – dla podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych zapewniającego świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej dla do 5 500 pacjentom.

Na podstawie analizy kosztów przeprowadzenia procedury oceniającej w zakresie leczenia szpitalnego ponoszonych przez ośrodek akredytacyjny oraz specyfiki związanej z organizacją opieki w zakresie stacjonarnego leczenia uzależnień - różnic wynikających z wielkości podmiotu, zaproponowano następujące zróżnicowanie opłat zależne od liczby łóżek:

1) 5-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – dla podmiotu leczniczego liczącego w zakresie podlegającym przeglądowi akredytacyjnemu powyżej 100 łóżek;

2) 4-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – dla podmiotu leczniczego liczącego w zakresie podlegającym przeglądowi akredytacyjnemu od 51 do 100 łóżek;

3) 3-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – dla podmiotu leczniczego liczącego w zakresie podlegającym przeglądowi akredytacyjnemu do 50 łóżek.

Na podstawie analizy kosztów przeprowadzenia procedury oceniającej w formie pilotażu w I kwartale 2016 r. zaproponowano jednolitą stawkę dla podmiotów ubiegających się o udzielenie akredytacji w zakresie inwazyjnych procedur zabiegowych i operacyjnych wynoszącą 6-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia.

Ad.2 Projekt rozporządzenia przewiduje uszczegółowienie dotychczasowego taryfikatora opłat dla leczenia szpitalnego oopłatę za realizację procedury oceniającej w jednostkach do 100 łóżek w następujący sposób:

- 1) 15-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – dla podmiotu leczniczego liczącego w zakresie podlegającym przeglądowi akredytacyjnemu powyżej 800 łóżek;
- 2) 11-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – dla podmiotu leczniczego liczącego w zakresie podlegającym przeglądowi akredytacyjnemu od 401 do 800 łóżek;
- 3) 8-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – dla podmiotu leczniczego liczącego w zakresie podlegającym przeglądowi akredytacyjnemu od 201 do 400 łóżek;
- 4) 7-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – dla podmiotu leczniczego liczącego w zakresie podlegającym przeglądowi akredytacyjnemu od 101 do 200 łóżek;
- 5) 5-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia – dla podmiotu leczniczego liczącego w zakresie podlegającym przeglądowi akredytacyjnemu do 100 łóżek.

Ad. 3 Wprowadzenie możliwości dwustopniowej oceny standardu akredytacyjnego, tj. 5 punktów w przypadku spełnienia wymagania standardu oraz 1 punktu w przypadku nie spełnienia tych wymagań. Standardy akredytacyjne są określone przez Ministra Zdrowia w drodze obwieszczenia, zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia. Każdy standard akredytacyjny jest określany przez wskazanie zakresu wymagań oraz sposobu ich oceny.

Obecnie obowiązujące przepisy umożliwiają jedynie trzystopniową skalę oceny spełnienia standardów. Jednakże ze względu na charakter niektórych wymagań, a także ich wpływ na poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjenta, powinny one być oceniane według skali dwustopniowej, na zasadzie „zero- jedynkowej”, np. w szpitalu opracowano lub nieopracowano programu poprawy jakości, w szpitalu funkcjonuje lub nie funkcjonuje zespół ds. jakości. Wybór skali do oceny spełnienia poszczególnych standardów akredytacyjnych

zostanie określony przez przepisy wydane na podstawie art. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia.

Ad.4 Doprecyzowano sposób sporządzania harmonogramu przeglądu, który w zakresie ocenianej struktury podmiotu poddającego się przeglądowi akredytacyjnemu, winien być zgodny z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Doprecyzowanie ma na celu ograniczenie sytuacji, w których przeglądowi akredytacyjnemu poddawany jest podmiot, którego faktyczna struktura organizacyjna jest niezgodna ze stanem opisanym w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Ad.5 Uzupełniono zakres raportu z przeglądu akredytacyjnego o zalecenia dla podmiotu poddającego się przeglądowi w zakresie poprawy spełnienia standardów akredytacyjnych. Propozycja ta wychodzi naprzeciw oczekiwaniom podmiotów poddających się ocenie akredytacyjnej, które są zainteresowane systematycznym podnoszeniem jakości świadczonej opieki. Wskazanie zaleceń ułatwi podmiotom tym spełnienie standardów, które dotychczas nie były spełniane lub były spełniane w stopniu niedostatecznym.

Ad.6 Zaktualizowano wzór certyfikatu akredytacyjnego poprzez dodanie informacji „Certyfikat ważny 3 lata od daty wystawienia” oraz wskazanie na certyfikacie zakresu udzielanej akredytacji (np. nazwa zakładu leczniczego, miejscowość). Zmiany te mają na celu zapewnienie większej przejrzystości procesu akredytacji w ochronie zdrowia. Zaproponowano zastąpienie „dla lecznictwa szpitalnego” wyrażeniem „dla leczenia szpitalnego”, celem zgodności z obowiązującą terminologią.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



1. Analizie desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych, wypowiedziach oraz treści materiałów eksperckich z obszaru ochrony zdrowia.
2. Ankietyzacji organizacji pacjenckich, m.in. poprzez Platformę Konsultacji stworzoną w ramach projektu „Wspólnie decydujemy - wsparcie konsultacji społecznych w ochronie zdrowia” (wyniki przedstawiono poniżej),
3. Wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami, przedstawicielami administracji publicznej z obszaru ochrony zdrowia oraz reprezentantami organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje/ankietowanie na Platformie Konsultacji prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych). Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

1. Czy Pani/Pana zdaniem przeglądy akredytacyjne powinny być przeprowadzane przez niezależne od Ministerstwa Zdrowia podmioty, które podlegałyby jedynie wytycznym i normom określonym w drodze ustawy?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	6	
Nie	1	
Nie mam zdania	3	

2. Czy Pani/Pana zdaniem przeglądy i standardy akredytacyjne powinny zostać dopasowane do zmieniającej się polityki zdrowotnej, ukierunkowanej na kompleksowe i skoordynowane leczenie?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	6	
Nie	1	
Nie mam zdania	3	

3. Czy Pani/Pana zdaniem należy wprowadzić standardy pozwalające ocenić współpracę oddziałów szpitalnych z innymi komórkami organizacyjnymi zakładów leczniczych, takimi jak diagnostyka i specjalistyka, celem pełnej i rzetelnej akredytacji działalności?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	5	
Nie	2	
Nie mam zdania	3	

4. Czy Pani/Pana zdaniem należałoby wprowadzić ocenę standardów akredytacyjnych dla jednostniówek?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	5	

Nie 1

Nie mam zdania 4

Pytania otwarte:

1. Jakie systemowe zmiany należy wprowadzić, aby wpłynęły one na zwiększenie zainteresowania udziałem w procesie akredytacji, a przez to poprawę jakości oferowanej opieki i bezpieczeństwa pacjenta?
2. Jakie należałoby podjąć działania, aby zminimalizować duży koszt przeprowadzenia procedury akredytacyjnej w podmiotach liczących niewiele łóżek, co głównie dotyczy szpitali powiatowych?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej w stanowisku Ars Vivendi.

IV. Opinia Ars Vivendi

Jak wskazuje Projektodawca - przy założeniu, że proponowane zmiany wpłyną na zwiększenie zainteresowania udziałem w procesie akredytacji, zakłada się poprawę jakości oferowanej opieki i bezpieczeństwa pacjenta. Pośrednio może mieć to wpływ na zdrowie obywateli.

Ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia, z której zapisów wynika projektowane rozporządzenie, reguluje możliwość wystąpienia przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych z wnioskiem o potwierdzenie spełniania określonych standardów udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania.

Potwierdzenie wydaje Minister Zdrowia, na wniosek Rady Akredytacyjnej, w formie certyfikatu akredytacyjnego, po przeprowadzeniu procedury oceniającej przez ośrodek akredyta-

cyjny jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych. W przypadku gdy podmiot nie spełnia wymaganych standardów, Minister Zdrowia – na wniosek Rady – odmawia wydania akredytacji. W takiej sytuacji podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych służy prawo złożenia sprzeciwu w terminie 14 dni od otrzymania odmowy. Minister Zdrowia rozpatruje wtedy sprawę merytorycznie i w razie uznania sprzeciwu za zasadny wydaje potwierdzenie.

Członków Rady Akredytacyjnej – w liczbie 12 – powołuje Minister Zdrowia spośród kandydatów zgłoszonych przez siebie oraz przez samorzządy zawodów medycznych i organizacje, których działalność statutowa polega na działaniu na rzecz poprawy jakości w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych.

Kadencja Rady Akredytacyjnej określona została na 4 lata. Projekt wskazuje okoliczności, w których minister zdrowia może odwołać członka Rady przed upływem kadencji. Z uwagi na potrzebę zapewnienia bezstronności członków Rady, proponuje się, aby składali oni coroczne oświadczenia o wykonywanej działalności i uzyskiwanych z różnych źródeł korzyściach. Ten sam wymóg obejmuje dane dotyczące współmałżonka członka Rady.

Akredytacja to usystematyzowana ocena placówek ochrony zdrowia prowadzona w oparciu o określone standardy. Ocenie podlega pełna działalność placówki - leczenie, zarządzanie i administracja. Kierując się rekomendacją Rady Akredytacyjnej, której podstawą jest dokumentacja z przeprowadzonego przeglądu jednostki przekazana przez Centrum Monitorowania Jakości, Minister Zdrowia może przyznać akredytację na okres 3 lat.

Jak wskazuje Projektodawca, celem proponowanych zmian jest niezbędna korekta przepisów, mająca na celu zwiększenie przejrzystości procedur oceniających związanych z udzielaniem akredytacji w ochronie zdrowia. Przy założeniu, że proponowane zmiany wpłyną na zwiększenie zainteresowania udziałem w procesie akredytacji, zakłada się poprawę jakości

oferowanej opieki i bezpieczeństwa pacjenta. Pośrednio może mieć to wpływ na zdrowie obywateli.

Współczesny rynek usług medycznych, podobnie jak cały sektor ochrony zdrowia, oparty jest na konkurencyjności podmiotów leczniczych i zabieganiu o udzielanie świadczeń zdrowotnych na możliwie najwyższym poziomie. Wiąże się to przede wszystkim z koniecznością budowania renomy zakładów opieki zdrowotnej, zyskiwaniem uznania i zaufania leczonych w nich pacjentów, a także z umocnieniem pozycji negocjacyjnej tych podmiotów przy zawieraniu umów na finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

Nie ulega wątpliwości, że uzyskanie akredytacji w ochronie zdrowia podnosi rangę szpitali, jest jednoznacznym sygnałem, że w tychże placówkach opieka nad pacjentami sprawowana jest na najwyższym poziomie. Systematyczne podnoszenie jakości świadczeń zdrowotnych jest bowiem jednym z najważniejszych kierunków rozwoju podmiotów leczniczych i istotnym punktem polityki zarządzania. Obowiązująca w Polsce od 2009 r. ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia umożliwia wszystkim wskazanym w niej podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych ubieganie się o certyfikowanie ich działalności leczniczej na równych i tożsamy dla wszystkich zasadach, natomiast znajomość przepisów ww. aktu prawnego stanowi warunek konieczny osiągnięcia sukcesu w tym względzie.

Dobrowolne uczestnictwo jednostek medycznych w procesie akredytacji reguluje ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia z dnia 6 listopada 2008 roku. Artykuł 3 tej ustawy mówi, że podmiot udzielający świadczenia zdrowotne może ubiegać się o udzielenie akredytacji po wcześniejszym złożeniu wniosku u Ministra Zdrowia.

Standardy akredytacyjne stanowią podstawę do dokonywania ocen jednostki, tak przez wizytatorów jak i podczas samooceny przed przeglądem akredytacyjnym. Określają kierunek zmiany funkcjonowania i przygotowania do przeglądu. Standardy spełniają określone kryteria: są multidyscyplinarne, istotne (ustalane w dziedzinach mających istotny wpływ na jakość

opieki), zrozumiałe, mierzalne i edukacyjne (kształtujące praktykę). Nieliczne standardy dotyczą struktury, znaczna większość odnosi się do procesu i wyniku.

Wszystkie szpitale uczestniczące w procesie akredytacji są objęte jednolitymi zasadami oceny i podejmowania decyzji. Opublikowane, znane i transparentne zasady podlegają rygorystycznej realizacji, gwarantując rzetelność oceny i wiarygodności decyzji. Zewnętrzna ocena pozwala na identyfikację niezauważanych dotąd problemów.

Wizytatorzy wywodzą się ze środowiska medycznego (lekarze, pielęgniarki, menedżerowie) i mają stały kontakt z sektorem medycznym i szpitalnym. W trakcie przeglądu nie tylko prowadzą ocenę, ale także służą doświadczeniem i wsparciem w zakresie sprawdzonych rozwiązań. Ocena szpitali jest prowadzona zgodnie z ustaloną i jawną procedurą, która określa tryb zgłoszenia, zasady przygotowania do przeglądu, przebieg wizytacji, kryteria oceny, metody podejmowania decyzji.

W odniesieniu do projektowanego rozporządzenia podstawową uwagą jest nieuzasadnione kontynuowanie określania opłat za przeprowadzenie procedury akredytacyjnej w zależności od liczby łóżek. Najbardziej miarodajnym wskaźnikiem dającym podstawę do ustalenia opłaty jest rodzaj wykonanej procedury i liczba tych procedur. Łóżko szpitalne nie leczy pacjenta, a przecież akredytacja ma na celu oddziaływać na poziom udzielanych świadczeń i przede wszystkim na bezpieczeństwo pacjentów. Właściwy proces leczenia jest możliwy dzięki zastosowaniu ściśle określonych procedur wykonanych przez personel medyczny i to właśnie te procedury powinny przede wszystkim rzutować na kwotę przeglądu akredytacyjnego. Od nich bowiem zależy powodzenie leczenia i jego jakość. Są to przy tym kryteria łatwo mierzalne.

Należy zgodzić się z postulatem wysuwany przez jednostki samorządu terytorialnego, finansujące istotną część wydatków na ochronę zdrowia, iż Projektodawca powinien zrezygnować ze zwiększenia opłat (lub istotnie je ograniczyć) za przeprowadzenie procedury oceniają-

cej, ponieważ zwiększenie stawek opłat za przeprowadzenie procedury jest za wysokie i istotnie wpłynie na wzrost kosztów jednostek, które będą poddawały się procedurze oceniającej. W szczególności zwraca się uwagę na zbyt duży koszt przeprowadzenia procedury akredytacyjnej w podmiotach podlegających przeglądowi akredytacyjnemu liczących do 400 łóżek, co głównie dotyczy szpitali powiatowych.

Ponadto należy zwrócić uwagę, że całość procedury finansowana będzie ze środków przeznaczonych na diagnostykę pacjentów, gdyż nie da się obniżyć wynagrodzeń personelu z powodu przeprowadzenia akredytacji. Dlatego też dla dobra pacjentów opłata powinna być znacznie obniżona.

Z kolei wprowadzenie dwustopniowej skali oceny standardów akredytacyjnych (spełnia – nie spełnia) może być często niesprawiedliwe, ponieważ zależeć będzie od indywidualnej, dyskrecjonalnej interpretacji danego wizytatora, także dlatego, że niektóre standardy posiadają nieporeczone zakresy wymagań.

W związku z uzasadnionym dążeniem do przeniesienia ciężaru leczenia szpitalnego na ambulatoryjne, należy również wprowadzić standardy pozwalające ocenić współpracę oddziałów szpitalnych z innymi komórkami organizacyjnymi zakładów leczniczych, takimi jak diagnostyka i specjalistyka, celem pełnej i rzetelnej akredytacji działalności, faktycznie wpływającej na jakość, bezpieczeństwo i skuteczność skoordynowanego leczenia, a z uwagi na tendencje światowe skracania pobytu pacjentów w szpitalach do pobytów jednodniowych, należałoby wprowadzić ocenę standardów akredytacyjnych dla placówek „jednodniowych”, czego w obecnej procedurze brakuje.

W odniesieniu do samej procedury konsultacji projektu rozporządzenia, należy zaprotestować przeciwko urzędowej formule, standardowo załączanej do pisma Ministerstwa Zdrowia kierującego projekt rozporządzenia do konsultacji publicznych. Formuła ta brzmi: - „Równocześnie informuję, że brak odpowiedzi w wyżej wyznaczonym terminie zostanie potraktowa-

ny jako akceptacja projektów.” Już od wielu lat w dokumencie rządowym opublikowanym w formie uchwały nr. 190 Rady Ministrów z 29 października 2013 r. – Regulamin Pracy Rady Ministrów, § 40. 4. – stanowi: - „Jeżeli skutki nieprzedstawienia stanowiska nie wynikają z przepisów odrębnych, organ wnioskujący może uznać nieprzedstawienie stanowiska w wyznaczonym terminie za uzgodnienie treści lub przedstawienie opinii pozytywnej, a w przypadku konsultacji publicznych – za rezygnację z przedstawienia stanowiska”. Ministerstwo Zdrowia, zwracając się w piśmie o przedstawienie opinii m.in. do organizacji pozarządowych niewątpliwie uruchomiło konsultacje publiczne jako ścieżkę komunikacji nt. projektowanego rozporządzenia - zatem formuła zawierająca potraktowanie braku odpowiedzi jako akceptację projektu musi zostać uznana za wprowadzającą w błąd - zatem niedopuszczalną.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projektu