

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Projekt MZ 424)

I. Przedstawienie zakresu i celu projektu regulacyjnego

Niniejsza opinia dotyczy projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Opiniowany projekt rozporządzenia wprowadza zmiany do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192 i 482), zwanego dalej „rozporządzeniem”, wydanego na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.).

Zaproponowane przez Ministra Zdrowia zmiany w rozporządzeniu przede wszystkim dotyczą rozwiązań tak zwanego pakietu onkologicznego w zakresie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „kartą DILO”, oraz odrębnych list oczekujących na świadczenia gwarantowane udzielane na podstawie karty DILO, o których mowa w art. 20 ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanych dalej „listami onkologicznymi”.

Na podstawie uzasadnienia projektu rozporządzenia można zauważyć, że wprowadzane zmiany zajmują się następującymi zakresami:

- 1) Dostosowanie zakresu gromadzonych danych wpisywanych w kartę DILO, odzwierciedlając nowy zakres danych wpisywanych w kartę DILO wynikających z**

ustawy oraz projektowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty DILO.

- 2) Wprowadzenie zasady, że wszystkie istotne dane zawarte w karcie DILO będą wprowadzane w postaci elektronicznej, w aplikacji udostępnianej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do obsługi karty DILO.
- 3) Zwolnienie świadczeniodawców z obowiązku prowadzenia list onkologicznych w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (zmiany załącznika nr 12 do rozporządzenia oraz regulacje § 2).
- 4) Wyłączenie świadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie karty DILO z obowiązku przekazywania danych charakteryzujących listy onkologiczne.
- 5) Zmiana sposobu sprawozdawania informacji o pierwszym wolnym terminie odnośnie innych list niż onkologiczne listy oczekujących.
- 6) Wprowadzenie obowiązku prowadzenia odrębnych list na procedury wszczepienia albo wymiany protezy ślimaka lub wszczepienia albo wymiany wielokanałowej protezy ślimaka oraz wymiany elektronicznych protez słuchu – procesora mowy.
- 7) Zmiany uwzględniające wejście w życie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860).

Jedną z najważniejszych zmian jaką przewiduje projektowane rozporządzenie jest fakt, że od teraz wszystkie istotne dane zawarte w karcie DILO będą wprowadzane w postaci elektronicznej. Do tej pory, w aplikacji obsługującej kartę DILO umieszczono jedynie wybrane dane wpisywane w karcie DILO w postaci papierowej. Jednak biorąc pod uwagę znaczną redukcję danych zawieranych w karcie DILO oraz fakt, że jedynym źródłem szczegółowych informacji o przebiegu postępowania diagnostycznego (leczenia) są dane wpisywane w kartę DILO, uznano, że najlepszym rozwiązaniem będzie wprowadzanie wszystkich istotnych danych zawartych w karcie DILO również w aplikacji obsługującej kartę DILO. Do aplikacji obsługującej kartę DILO w odróżnieniu od wersji papierowej karty DILO nie będą przekazywane informacje dotyczące umieszczonych na karcie podpisów oraz daty otrzymania karty DILO przez posiadacza karty. W związku z powyższym rozwiązaniem zdecydowano się dokonać zmiany w § 5 ust. 1b-1c projektowanego rozporządzenia.

Kolejną ważną zmianą jest zwolnienie świadczeniodawców z obowiązku prowadzenia list onkologicznych w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Według nowych założeń, onkologiczne listy oczekujących będą prowadzone w systemie informatycznym świadczeniodawcy. Dotychczas onkologiczne listy oczekujących prowadzone były w aplikacji udostępnianej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Specyfika

udzielania świadczeń na podstawie karty DILO powodowała brak możliwości prześledzenia ścieżki pacjenta poddawanego diagnostyce i leczeniu onkologicznemu, pomimo tego, że Narodowy Fundusz Zdrowia miał do dyspozycji wspomniane dane. Ta sytuacja wynika z faktu, iż pacjent nie musi oczekiwać na każdy etap postępowania diagnostycznego lub leczniczego, ponieważ może być przyjmowany na bieżąco, a przez pewne etapy w ogóle nie musi przechodzić. To powodowało, że niektóre dane były także wprowadzane do aplikacji obsługującej kartę DILO, co prowadziło do sytuacji, w której niektóre dane były niepotrzebnie przekazywane dwoma strumieniami. W związku z tym, z załącznika nr 12 do rozporządzenia, który określa wykaz świadczeń, w przypadku których udzielania świadczeniodawcy prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez NFZ, wykreślono świadczenia udzielane na podstawie karty DILO.

Dodatkowo wskazano w § 2, że osoby wpisane do 30 czerwca 2017 r. na listy prowadzone w aplikacji udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia pozostają na tej liście do czasu ich skreślenia, a co za tym idzie nie są przenoszone na nową listę prowadzoną od 1 lipca 2017 r. w aplikacji świadczeniodawcy. Na te listy wpisywane są wyłącznie osoby, które zgłoszą się do świadczeniodawcy po 30 czerwca 2017 r.. Zapis ten pozwoli uniknąć niepotrzebnych wątpliwości dotyczących list oczekujących.

Ponadto, Minister Zdrowia z swoim projekcie proponuje zmianę dotychczasowego stanu rzeczy, w którym świadczeniodawcy przekazują informacje dotyczące świadczeń udzielanych na podstawie karty DILO trzema strumieniami, a mianowicie:

- wpisując dane z karty DILO do aplikacji Narodowego Funduszu Zdrowia obsługującej tę kartę;
- prowadząc w aplikacji udostępnianej przez Narodowy Fundusz Zdrowia listy oczekujących na świadczenia udzielane na podstawie karty;
- komunikatem xml..

Mając na uwadze uproszczenie i zmniejszenie obciążeń sprawozdawczych świadczeniodawców, najlepszym rozwiązaniem wydaje się, aby jedynym źródłem danych o świadczeniach udzielanych na podstawie karty DILO była aplikacja służąca do obsługi tej karty oraz rezygnacja z prowadzenia list oczekujących w aplikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, a także z przekazywania danych komunikatem xml. Dodatkowo w celu odciążenia świadczeniodawców wyłączono następujące dane z obowiązku przekazywania danych charakteryzujących listy onkologiczne:

- 1) o pierwszym wolnym terminie;
- 2) o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych tj.:
 - a) dotyczących każdej osoby oczekującej według stanu na ostatni dzień miesiąca (imię i nazwisko oraz PESEL),
 - b) liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania,
 - c) innych danych dotyczących list, wymaganych rozporządzeniem wydawanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy.

Następną ważną zmianą jest wprowadzenie obowiązku prowadzenia odrębnych list na procedury wszczepienia albo wymiany protezy ślimaka lub wielokanałowej protezy ślimaka oraz wymiany elektronicznych protez słuchu – procesora mowy. Właśnie w tym celu poszerzono wykaz procedur określonych w części I załącznika nr 11, który określa, dla jakich procedur prowadzone są odrębne listy oczekujących. Takie rozwiązanie pozwoli monitorować dostępność tych świadczeń oraz w pewnym stopniu określić zapotrzebowania na te procedury. Jest to niezwykle istotne ze względu na wysoki koszt (zabezpieczenie określonych środków finansowych) oraz ograniczoną dostępność do wskazanych procedur. Ponadto w celu zagwarantowania świadczeniodawcom czasu na dostosowanie się do nowych przepisów, proponuje się, aby listy te były prowadzone odrębnie od dnia 1 września 2017 r.

Kolejna zmiana wynika z faktu, iż ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. poz. 1860) przyznała nowe dodatkowe uprawnienia kobietom w ciąży oraz dzieciom, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Biorąc to pod uwagę, powstała konieczność odzwierciedlenia tych uprawnień poprzez dodanie kodów dla uprawnień wynikających z ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” oraz rozszerzonego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej w § 4 pkt 7 rozporządzenia oraz w tabeli nr 9 załącznika nr 3, która określa kody tytułów dodatkowych uprawnień. Kody te odzwierciedlają uprawnienia do:

- odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej;
- wyrobów medycznych dla świadczeniobiorców do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;

- korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej dla kobiet w ciąży oraz świadczeniobiorców do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;
- korzystania z ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania – dla osób, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu;

Jak wynika z uzasadnienia Projektu oraz Oceny Skutków Regulacji (OSR) projektowane rozporządzenie wprowadza rozwiązania, które wpłyną pozytywnie na poprawę dostępu do świadczeń zdrowotnych, a także będą korzystne dla świadczeniodawców, z uwagi na odciążenie ich w pewnym stopniu z obowiązków sprawozdawczych w zakresie karty DİLO. Ponadto zdaniem Ministra Zdrowia projektowane zmiany nie będą miały wpływu na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Ocena Skutków Regulacji (OSR) wskazuje, że wpływ wprowadzanych zmian na koszty świadczeniodawców jest nieznaczny i będzie wymagał jedynie niewielkich modyfikacji już użytkowanego oprogramowania. Ponadto projektowane zmiany nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Przy przygotowaniu ekspertyzy głównymi metodami pozyskania informacji i danych były:

1. Analiza desk research: artykułów w prasie specjalistycznej, ocen skutków regulacji, stron internetowych administracji zdrowotnej RP, portali tematycznych,
2. Ankietyzacja organizacji pacjenckich (rezultaty zostały przedstawione poniżej),
3. Wywiady bezpośrednie i telefoniczne z ekspertami ze strony Ministerstwa Zdrowia i organizacji pacjenckich,
4. Spożytkowanie wiedzy i dorobku własnego.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje w sprawie opiniowanego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych

informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych przeprowadzane były jako wywiady bezpośrednie lub telefoniczne z przedstawicielami wybranych organizacji pacjenckich z całego kraju (ze względu na ogólnokrajowy charakter regulacji). Konsultacje z przedstawicielami organizacji pacjenckich prowadzone były w postaci zestawu pytań (otwartych i zamkniętych), do których każdy z ankietowanych mógł się odnieść. Poniżej zaprezentowano wyniki procesu konsultacji jakie zostały przeprowadzone:

A. Rezultat wywiadów bezpośrednich i telefonicznych z ekspertami z organizacji pacjenckich

1. Czy zgadza się Pan/Pani ze zdaniem, że najlepszym rozwiązaniem biorąc pod uwagę znaczną redukcję danych zawieranych w karcie DILO oraz fakt, że jedynym źródłem szczegółowych informacji o przebiegu postępowania diagnostycznego (leczenia) są dane wpisywane w kartę DILO, będzie wprowadzanie wszystkich istotnych danych zawartych w karcie DILO również w aplikacji obsługującej kartę DILO (co znajduje swoje odzwierciedlenie w zmianach wprowadzonych w § 5 ust. 1b-1c)?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	7	70%
Nie	1	10%
Nie mam zdania	2	20%

2. Czy Pana/Pani zdaniem rozwiązanie polegające na tym, że zwolniono świadczeniodawców z obowiązku prowadzenia list onkologicznych w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, a zamiast tego według nowych założeń, onkologiczne listy oczekujących będą prowadzone w systemie informatycznym świadczeniodawcy, jest słuszne i usprawni prowadzenie onkologicznych list oczekujących?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	6	60%
Nie	1	10%
Nie mam zdania	3	30%

3. Czy Pan/Pani uważa za słuszne rozwiązanie wskazane w § 2 polegające na tym, że osoby wpisane do 30 czerwca 2017 r. na listy prowadzone w aplikacji udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia pozostają na tej liście do czasu ich skreślenia, a co za tym idzie nie są przenoszone na nową listę prowadzoną od 1 lipca 2017 r. w aplikacji świadczeniodawcy (na te listy wpisywane są wyłącznie osoby, które zgłoszą się do świadczeniodawcy po 30 czerwca 2017 r.)?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	8	80%
Nie	0	0%
Nie mam zdania	2	20%

4. Czy zgadza się Pan/Pani ze stanowiskiem Ministra Zdrowia, że najlepszym rozwiązaniem wydaje się, aby jedynym źródłem danych o świadczeniach udzielanych na podstawie karty DILO była aplikacja służąca do obsługi tej karty oraz rezygnacja z prowadzenia list oczekujących w aplikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, a także z przekazywania danych komunikatem xml.?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych
---------------------	-------	---------------------

		odpowiedzi
Tak	5	50%
Nie	1	10%
Nie mam zdania	4	40%

5. Czy według Pana/Pani wprowadzenie obowiązku prowadzenia odrębnych list od dnia 1 września 2017 r. na procedury wszczęcia albo wymiany protezy ślimaka lub wielokanałowej protezy ślimaka oraz wymiany elektronicznych protez słuchu – procesora mowy to dobre rozwiązanie?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	40%
Nie	2	20%
Nie mam zdania	4	40%

6. Czy Pana/Pani zdaniem dodanie kodów dla uprawnień wynikających z ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” oraz rozszerzonego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej w § 4 pkt 7 rozporządzenia oraz w tabeli nr 9 załącznika nr 3, która określa kody tytułów dodatkowych uprawnień, to słuszne posunięcie?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	7	70%
Nie	1	10%

Nie mam zdania	2	20%
----------------	---	-----

A. Pytania otwarte

- 1) Jeżeli Pana/Pani zdaniem rozwiązanie polegające na tym, że według nowych założeń, onkologiczne listy oczekujących będą prowadzone w systemie informatycznym świadczeniodawcy, zamiast w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia jest słuszne i usprawni prowadzenie onkologicznych list oczekujących, to w jaki konkretnie sposób może to prowadzenie usprawnić?
- 2) Czy uważa Pan/Pani, że osoby wpisane do 30 czerwca 2017 r. na listy prowadzone w aplikacji udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia powinny być przenoszone na nową listę prowadzoną od 1 lipca 2017 r. w aplikacji świadczeniodawcy? Jeśli nie to jakie są wady takiego rozwiązania?
- 3) Jeżeli nie zgadza się Pan/Pani ze stanowiskiem, że najlepszym rozwiązaniem wydaje się, aby jedynym źródłem danych o świadczeniach udzielanych na podstawie karty DILO była aplikacja służąca do obsługi tej karty to jakie widzi Pan/Pani zalety z prowadzenia list oczekujących w aplikacji Narodowego Funduszu Zdrowia, a także z przekazywania danych komunikatem xml.?

IV. Stanowisko eksperckie

Niniejsza ekspertyza dotycząca projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych powstała na podstawie przeprowadzonej wcześniej analizy stanu obecnego oraz konsultacji z organizacjami pacjenckimi. Głównym zagadnieniem poruszonym w tej opinii jest możliwy wpływ projektowanych przepisów w rozporządzeniu Ministra Zdrowia na funkcjonowanie tak zwanego pakietu onkologicznego w zakresie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz odrębnych list oczekujących na świadczenia gwarantowane udzielane na podstawie karty DILO. Konieczność dbania o spójność przepisów prawa oraz waga poruszanej przez rozporządzenie materii determinuje potrzebę wprowadzenia w życie przedmiotowego rozporządzenia. Podstawową sprawą załatwianą

poprzez przedmiotową regulację jest dookreślenie i uszczegółowienie zasad związanych z listami oczekujących na świadczenia zdrowotne.

Mając na uwadze wszystkie aspekty opisane w pierwszej części ekspertyzy oraz odpowiedzi respondentów z organizacji pacjenckich uczestniczących w ankietach, należy przyznać, że projektowane rozporządzenie jest potrzebne i w rzeczywisty sposób może usprawnić i ułatwić funkcjonowanie polskiej służby zdrowia, a co najważniejsze może pomóc spełnić oczekiwania głównych interesariuszy czyli pacjentów. Jednak z drugiej strony trzeba zaznaczyć fakt, że w projekcie rozporządzenia można znaleźć przepisy, które należałoby usunąć bądź przeredagować, ze względu na wynikające z nich błędy merytoryczne. Zapewni to niezbędną spójność przepisów prawa i pozwoli wprowadzić projekt rozporządzenia w życie, oczekując lepszych efektów.

Większość uwag zgłoszonych do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych w procesie konsultacji społecznych w większości przypadków ma charakter porządkujący projektowane przepisy oraz dotyczą głównie kwestii redakcyjnych. Jednak niektóre z nich w sposób bardzo przejrzysty obnażają błędy w opiniowanym akcie prawnym.

Bardzo konstruktywną uwagę do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia złożył co ciekawe Narodowy Fundusz Zdrowia, proponując tym samym cytowane rozwiązanie:

„Zaproponowana zmiana polega na rozszerzeniu „Wykazu świadczeń, w przypadku udzielania których świadczeniodawcy prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia” (załącznik nr 11 do rozporządzenia) o procedury:

- a) gastrokopii,
- b) kolonoskopii,
- c) artroskopii stawu kolanowego,
- d) świadczeń stomatologicznych dla dzieci;

oraz na wyodrębnieniu w „Wykazie świadczeń, w przypadku których udzielania świadczeniodawcy prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zgodnie z § 8 ust.

1a rozporządzenia” (załącznik nr 12 do rozporządzenia) w części I z zakresów świadczeń w poradniach specjalistycznych zakresów świadczeń dedykowanych dzieciom, tj.:

- a) świadczenia z zakresu onkologii dla dzieci,
- b) świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci,
- c) świadczenia z zakresu kardiologii dla dzieci,
- d) świadczenia z zakresu endokrynologii dla dzieci.

Powyższe wykazy procedur i świadczeń powstały na podstawie zgłoszonych przez oddziały wojewódzkie NFZ propozycji, które wynikają z częstych zapytań i skarg ze strony pacjentów. Problemy te dotyczą trudności w wyszukiwaniu w Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne informacji o świadczeniach z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielanych w komórkach organizacyjnych dla dzieci, jak również braku możliwości sprawdzenia w Informatorze, gdzie świadczeniobiorcy mogą wykonać poszczególne procedury np. artroskopię stawu kolanowego, a także jaki jest czas oczekiwania na wykonanie ww. procedury, albowiem nie każdy świadczeniodawca posiadający w swojej strukturze oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej wykonuje wszystkie procedury. Ponadto, proponuję rozszerzenie projektu o zmianę § 3 ust. 1:

- 1) pkt 11 – w sposób zapewniający rejestrację danych lekarza operatora (w przypadku świadczeń udzielanych w ramach leczenia szpitalnego);
- 2) pkt 16 – w sposób zapewniający rejestrację daty, godziny i minuty przyjęcia również do szpitala i izby przyjęć.

Świadczeniodawcy realizujący świadczenia w zakresie rezonansu magnetycznego czy tomografii komputerowej sygnalizują problem otrzymywania skierowań na przedmiotowe badania, na których nie widnieje numer umowy z NFZ kierującego na badania, zaś pacjenci zgłaszający się do tych świadczeniodawców oczekują realizacji wyżej wymienionych świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Podmioty realizujące badania rezonansu magnetycznego (RM) czy tomografii komputerowej (TK) we własnym zakresie próbują ustalić czy skierowanie winno być zrealizowane ze środków publicznych wykonując np. telefoniczną weryfikację skierowania z podmiotem kierującym z chwilą zgłoszenia się pacjenta do rejestracji. Niestety w większości przypadków jest to utrudnione z uwagi na różne godziny pracy świadczeniodawców.

W świetle powyższego, proponuję rozważenie modyfikacji przedmiotowego rozporządzenia przez dodanie przepisu statuującego obowiązek przekazywania przy skierowaniu numeru

umowy z NFZ kierującego na wykonanie badania TK, RM, oraz jednocześnie - w celu zachowania spójności przepisów, dokonania stosownych modyfikacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).”

Na podstawie tej uwagi doskonale widać fakt, że do proponowanego projektu rozporządzenia można i należy dodać jeszcze zmiany wynikające z doświadczeń innych organów oraz oczekiwań pacjentów, których zdanie podczas poruszania takich zagadnień powinno być najważniejsze. W związku z powyższym Minister Zdrowia powinien poważnie zastanowić się nad zmianą, której pomysłodawcą również jest Narodowy Fundusz Zdrowia, polegającej na umożliwieniu zastosowania e-skierowania na leczenie ambulatoryjne i szpitalne z wykorzystaniem platformy P1 (**Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych**) lub systemu informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz e-skierowania z wykorzystaniem e-rejestracji do wybranej placówki na określoną datę i godzinę w trybie online w przypadku świadczeń z zakresu ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK). Jest to bez wątpienia rozwiązanie patrzące w przyszłość, ale najlepszym sposobem na przyspieszenie i usprawnienie funkcjonowania polskiej służby zdrowia jest niezaprzeczalnie informatyzacja, która pozwoli w pewnym stopniu odciążyć świadczeniodawców.

Poważne wątpliwości wynikające z zapisów projektowanego rozporządzenia budzi utrzymanie zapisu o konieczności wprowadzania danych do aplikacji DILO w czasie rzeczywistym. Nie są to mianowicie dane, których wprowadzenie w terminie nawet kilku dni później skutkować może uszczerbkiem na zdrowiu lub życiu pacjenta. Biorąc pod uwagę powyższe oraz olbrzymią czasochłonność procesu wprowadzania danych do aplikacji DILO racjonalnym wydawałoby się wykreślenie zapisu o czasie rzeczywistym z projektu rozporządzenia oraz umożliwienie uzupełnienia ich niezwłocznie w najszybszym możliwym terminie. Z drugiej jednak strony należy się poważnie zastanowić czy wprowadzenie tak brzmiącego zapisu nie będzie niosło za sobą odwrotnych skutków, polegających na opieszałości organów w procesie wprowadzania danych do aplikacji DILO, co na pewno nie prowadziło do usprawnienia działania polskiej służby zdrowia.

Kolejną istotną wątpliwość w projekcie rozporządzenia może wzbudzać § 1 w pkt 5 w zakresie tabeli nr 9. Kod tytułu uprawnienia dodatkowego załącznika nr 3 do rozporządzenia, w części: „Pozostałe uprawnienia dla dzieci, młodzieży i kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu” w wierszu 3 należy wskazać podstawę prawną oraz rodzaj i zakres innych niż udzielane na podstawie art. 31 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i świadczeń w ramach opieki nad kobietą w okresie ciąży, porodu i połogu.

Ponadto opiniując proponowany przez Ministra Zdrowia akt prawny trzeba zastanowić się nad redakcją § 1 pkt. 3 wprowadzającego zmianę do § 5 pkt. 2 lit. d rozporządzenia w dotychczasowym brzmieniu. W związku z zagrożeniem wyniknięcia absurdalnych sytuacji z obecnego zapisu, na przykład w momencie kiedy diagnostyka została już wykonana prywatnie lub przez innego świadczeniodawcę, a kolejnym etapem leczenia jest skierowanie na zabieg leczniczy, bezzasadna wydaje się konieczność kierowania pacjenta po raz kolejny na diagnostykę, zwłaszcza w momencie, w którym pacjent posiada kompletną dokumentację. W ten sposób wydłuża się jedynie czas oczekiwania na leczenie zabiegowe i powoduje to zupełnie niepotrzebne komplikacje. Dlatego w sytuacji, w której po wydaniu karty DIO pacjent może być kierowany na zabieg diagnostyczno-leczniczy, powinno się wprowadzić możliwość pominięcia etapu diagnostyki pogłębionej.

Do projektu opiniowanego rozporządzenia zostało zgłoszonych kilka konstruktywnych uwag dotyczących różnego zakresu uregulowań. Minister Zdrowia powinien się z nimi dokładnie zapoznać i doprecyzować niejasności wynikające z zapisów rozporządzenia, aby uniknąć niepożądanych komplikacji i błędów. Projekt rozporządzenia zapowiada się pozytywnie, jednak zanim będzie mógł wejść w życie Minister Zdrowia musi zredagować swój projekt tak, aby ten przedstawiał materię zgodną z pożądanym wzorcem wynikającym z konsultacji społecznych i oczekiwań pacjentów.