

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (MZ 598)

I. Opis sytuacji problemowej

Projektodawca opisując problem, jakim zajmuje się przedmiotowa regulacja informuje, że świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane w trybie hospitalizacji oraz hospitalizacji planowej borykają się z trudnościami w zabezpieczeniu realizacji świadczeń przez lekarzy. Brak elastyczności w ustalaniu harmonogramów czasu pracy lekarzy realizujących świadczenia gwarantowane utrudnia zarządzanie podmiotem leczniczym oraz prowadzi do nieracjonalnego wydatkowania środków publicznych.

Z powyższych względów intencją Ministra Zdrowia jest, aby projektowane przepisy umożliwiły świadczeniodawcom optymalne względem potrzeb zdrowotnych hospitalizowanych pacjentów zaplanowanie pracy personelu medycznego mając jednocześnie na uwadze zapewnienie dostępności do świadczeń gwarantowanych oraz intensywność realizacji świadczeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych realizujących świadczenia w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej.

Świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej będą mogli swobodniej planować zabezpieczenie całodobowej opieki lekarskiej przez ustalenie harmonogramu. Jak utrzymuje Projektodawca, zmiana nie generuje dodatkowych kosztów dla podmiotów realizujących przedmiotowe świadczenia gwarantowane, polega na uelastycznieniu zasad organizacji pracy personelu w odniesieniu do pełnienia dyżurów medycznych, co może ułatwić zarządzanie podmiotem leczniczym oraz prowadzić do bardziej racjonalnego wydatkowania środków publicznych.

Aby zrealizować ww. cel, projekt zmiany rozporządzenia stanowi, że w przypadku udzielania świadczeń na bloku operacyjnym w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, świadcze-

niodawca powinien zapewnić w zakresie kwalifikacji personelu równoważnik co najmniej części wymiaru etatu lekarza posiadającego specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezyjologii lub anestezyjologii i reanimacji, lub anestezyjologii i intensywnej terapii, lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii, lub lekarza w trakcie specjalizacji z anestezyjologii i intensywnej terapii bezpośrednio nadzorowanego przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezyjologii lub anestezyjologii i reanimacji, lub anestezyjologii i intensywnej terapii, z uwzględnieniem czasu oraz intensywności pracy bloku operacyjnego.

Ponadto, świadczeniodawca realizujący świadczenia gwarantowane w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, przy uwzględnieniu intensywności pracy poszczególnych komórek organizacyjnych – określa w harmonogramie wymagania dotyczące lekarzy oraz ich czasu pracy w czasie pełnienia dyżuru medycznego w poszczególnych komórkach organizacyjnych.

Dodatkowo Projektodawca wprowadza kolejny stopień uelastycznienia stanowiąc, że w sytuacji gdy świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej zapewnia jednocześnie w lokalizacji świadczenia w trybie ambulatoryjnym w innych komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy, realizacja świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej może być łączona z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w trybie ambulatoryjnym, z uwzględnieniem intensywności pracy poszczególnych komórek organizacyjnych.

II. Opis zastosowanych metod zbierania danych i informacji

Główne metody zbierania danych i informacji opierały się na:

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 niedostateczna liczba lekarzy może stanowić jedną z przyczyn trudności w hospitalizacji pacjenta?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	7	
Nie	1	
Nie mam zdania	2	

2. Czy większa swoboda w planowaniu zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej może pomóc rozwiązać trudności wynikające z niedostatecznej liczby lekarzy?

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

Tak 4

Nie 4

Nie mam zdania 2

3. Czy wymogi zawarte w projekcie rozporządzenia odnośnie kwalifikacji „zamienników” personelu na bloku operacyjnym są dostateczne aby zapewnić wymagany standard świadczenia?

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

4. Czy wymogi zawarte w projekcie rozporządzenia odnośnie łączenia dyżurów na oddziale szpitalnym z dyżurem w ambulatorium mogą być uznane za dopuszczalne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta oraz wymaganego standardu świadczenia?

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

Pytania otwarte:

1. Jakie warunki powinien spełniać szpital aby zwiększyć poczucie bezpieczeństwa u pacjentów?
2. Jakie warunki powinien spełniać szpital, aby nie napotykać istotnych problemów z zatrudnianiem i utrzymaniem w placówce personelu medycznego, w szczególności lekarzy?
3. W jaki sposób obecnie obowiązujące zasady dotyczące organizacji dyżurów w placówkach szpitalnych i ambulatoriach mogą lub powinny zostać poprawione?

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

IV. Stanowisko Ars Vivendi

Niniejsze stanowisko w sprawie przedstawionego do konsultacji społecznych Projektu powstało na podstawie wskazanych wcześniej metod zbierania danych i informacji, przeprowadzonej analizy stanu obecnego oraz konsultacji z organizacjami pacjenckimi.

Pomysł Ministerstwa Zdrowia na zmianę organizacji pracy lekarzy zawarty w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego wydaje się projektem kontrowersyjnym, skłaniającym do postawienia dodatkowych pytań ze strony pacjentów oraz krytykowany przez liczne środowiska lekarskie. Projektodawca, szukając antidotum na wypowiedanie klauzul opt-out próbuje zmienić zasady określające czas i system pracy lekarzy.

Przepisy umożliwiają dyrektorowi szpitala sporządzanie takiego harmonogramu dyżurów medycznych, w których jeden lekarz dowolnej specjalności może być wyznaczony do pełnienia dyżuru na dowolnej liczbie różnych oddziałów szpitalnych. Lekarz może też otrzymać polecenie by swoją pracę w szpitalu łączył z pracą w poradni. Z kolei ministerstwo utrzymuje, że wprowadzane zmiany nie będą miały negatywnego wpływu na jakość udzielanych świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów.

Według Ministerstwa Zdrowia - w niektórych miejscach wymagania dotyczące organizacji pracy są wygórowane i nieadekwatne do rzeczywistej potrzeby, a proponowane zmiany umożliwiają świadczeniodawcom dostosowanie organizacji, harmonogramu i zasobów do potrzeb zdrowotnych pacjentów, którym są udzielane świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego oraz w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Przedstawiciele ministerstwa dodają, że decyzję o tym, ilu lekarzy powinno pracować w szpitalu i czy jeden lekarz może odpowiadać na raz za dwa oddziały, należy pozostawić w rękach dyrektorów, bo to oni będą odpowiedzialni za to, żeby podejmować decyzje adekwatne do potrzeb.

Jednak takie zmiany przepisów krytykuje samorząd lekarski. Jego przedstawiciele twierdzą, i należy się z tym w dużej części zgodzić, że w praktyce nowe przepisy mogą doprowadzić do sytuacji, gdy z konieczności internista będzie dyżurować na chirurgii, chirurg na ginekologii, a ginekolog na kardiologii. Zatem samorząd lekarski sprzeciwia się rozwiązaniom zaproponowanym w projekcie.

W opinii samorządu lekarskiego wprowadzenie takich rozwiązań będzie nieuchronnie prowadziło do sytuacji, w których lekarz będzie zmuszany do wykonywania pracy nie zawsze zgodnie ze swoimi umiejętnościami zawodowymi.

Wyznaczenie, w drodze polecenia służbowego, lekarzy nieposiadających umiejętności i doświadczenia niezbędnych do pracy w danej poradni czy oddziale jest nie do pogodzenia z postanowieniami Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi, że lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich.

Eksperti oraz reprezentanci środowisk lekarskich zwracają słuszną uwagę, że konieczność zabezpieczenia przez lekarza kilku miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych znacznie ogranicza bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a lekarza pracującego w tym trybie naraża na zwiększone ryzyko odpowiedzialności za ewentualne wyrządzenie szkody. Umożliwienie dyrektorowi szpitala nakazanie lekarzowi łączenia pracy na oddziale szpitalnym jednocześnie z pracą w przychodni, również w zakresie dyżuru medycznego, w skrajnym przypadku może oznaczać np.: zobowiązanie lekarza ginekologa do pełnienia dyżuru jednocześnie na oddziale ginekologicznym i chirurgicznym. Może też otrzymać polecenie dyżurowania na oddziale pediatrycznym, chorób wewnętrznych, neurologii. Nie będzie prawnych przeszkód dla połączenia tego dyżuru z przyjmowaniem chorych w punkcie nocnej pomocy lekarskiej.

Aby uzyskać uprawnienia do opieki nad pacjentami wymagającymi pomocy z zakresu jednej dziedziny lekarz uczy się kilka lat. A szczególnie, gdy są to pacjenci szpitalni, czyli w złym stanie zdrowia. Żaden lekarz nie powinien podejmować się opieki nad pacjentami, na których schorzeniach się nie zna. Odpowiedzialność, także cywilną, podnosi lekarz nawet ten, który w najlepszej wierze chciał pomóc, a ze względu na niewystarczającą wiedzę popełni błąd.

Tego typu argumenty, przytaczane również w dyskusji medialnej i na forach publicznych, Projektodawca powinien potraktować poważnie, szczególnie, że takie prawo może się okazać niebezpieczne dla pacjentów.

Pewien stopień racjonalnych zmian w organizacji dyżurów lekarskich jest jednak możliwy, a nawet pożądany. Zastosowanie nowych przepisów zawartych w rozporządzeniu jest pewnym narzędziem, które w tej trudnej sytuacji w jakiej są placówki zdrowia stwarza szansę bardziej elastycznej organizacji pracy. Minister Zdrowia zapewnił, że wyłączone z tej regulacji zostaną m.in oddziały anestezyjologii i intensywnej terapii oraz szpitalne oddziały ratunkowe. Takie zapewnienia powinny przybrać formę stosownych zapisów w rozporządzeniu.

Jednak ważne jest, aby w sytuacji wprowadzania przez Ministerstwo tzw. „ optymalnego względem potrzeb zdrowotnych hospitalizowanych pacjentów i zaplanowania pracy personelu medycznego” prawa pacjentów dotyczące dostępu do ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych nie były zagrożone. Należy uniknąć sytuacji, jaka miała miejsce wiele lat temu, kiedy wady ustawy o NFZ z 2003 roku stały się podstawą do stwierdzenia przez Trybunał Konstytucyjny w styczniu 2004 niezgodności z Konstytucją większości jej przepisów. W uzasadnieniu do wyroku, poza oceną przepisów zaskarżonej ustawy, Trybunał stwierdził m. in.:

- świadczenia finansowane ze środków publicznych mają być dostępne dla obywateli, przy czym nie chodzi o dostępność jedynie formalną, deklarowaną przez przepisy prawne o charakterze „programowym”, ale o dostępność rzeczywistą;
- dostęp do świadczeń finansowanych ze środków publicznych musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej; zasady korzystania ze świadczeń są niezależne od zakresu partycypacji poszczególnych członków wspólnoty obywatelskiej w tworzeniu zasobu środków publicznych stanowiących źródło ich finansowania;
- ustawa nie może pozostawiać wątpliwości co do tego, jaki jest zakres świadczeń medycznych przysługujących beneficjentom publicznego systemu opieki zdrowotnej; nie można wprowadzać modelu pozwalającego na dyferencjację świadczeń w przypadku występowania podobnych potrzeb zdrowotnych;
- obowiązek zapewnienia wyżej określonego standardu dostępności obciąża władze publiczne; ochrona zdrowia w tym zakresie stanowi ustrojowo przypisane zadanie władz publicznych.

Przyjęcie przedmiotowego rozporządzenia będzie wyrazem sytuacji w jakiej się znajduje opieka zdrowotna w kraju i braków kadrowych wśród personelu medycznego.

Projektodawca daje narzędzia dyrektorom szpitali, by ci zgodnie z prawem mogli

dysponować swoją kadrą lekarską w miarę swoich potrzeb. Należy to jednak traktować jako pewną protezę. Należy też mieć nadzieję, że będzie ona tymczasowa.

Opinię przygotował:

Witold Michałek



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

