

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (MZ 599)

I. Opis sytuacji problemowej

Intencją projektodawcy jest wprowadzenie elastyczniejszej realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz zwiększenie dostępności do porad i lepsze zarządzanie personelem medycznym.

Zdaniem autorów projektu rozporządzenia, wprowadzane przepisy mają na celu umożliwienie świadczeniodawcom optymalnego wykorzystania personelu medycznego dla zapewnienia dostępności do świadczeń gwarantowanych, adekwatnie do intensywności realizacji świadczeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych realizujących świadczenia w trybie ambulatoryjnym.

Projektodawca twierdzi, że aktualne przepisy nie dają możliwości połączenia organizacji udzielania świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym z innymi świadczeniami realizowanymi w trybie ambulatoryjnym. Wprowadzane przepisy mają na celu umożliwienie świadczeniodawcom lepszego dostosowania personelu oraz pozostałych zasobów dla zapewnienia dostępności do świadczeń gwarantowanych, adekwatnie do intensywności realizacji świadczeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych udzielających świadczeń w trybie ambulatoryjnym.

Projektowane przepisy mają także na celu umożliwienie świadczeniodawcom ustalenia optymalnego modelu czasu pracy personelu lekarskiego, dostosowanego do potrzeb zdrowotnych pacjentów, którym są udzielane świadczenia w poszczególnych komórkach organizacyjnych podmiotu. Projekt wprowadza również możliwość zaangażowania personelu medycznego, celem właściwego ich wykorzystania, w sytuacjach nierównego natężenia realizacji świadczeń w różnych komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy.

Istota zmiany polega na tym, że świadczeniodawca realizujący świadczenia gwarantowane w trybie ambulatoryjnym:

- 1) po zasięgnięciu opinii kierujących komórkami organizacyjnymi,

2) przy uwzględnieniu intensywności pracy poszczególnych komórek organizacyjnych – określa w harmonogramie wymagania dotyczące lekarzy oraz ich czasu pracy w przypadku realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym, we wszystkich komórkach organizacyjnych.

Świadczeniodawca może łączyć realizację udzielania świadczeń w zakresie personelu lekarskiego między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi w trybie ambulatoryjnym, z uwzględnieniem intensywności pracy poszczególnych komórek organizacyjnych oraz wymagań dotyczących personelu w poszczególnych poradach.

Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku umożliwienia realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym z innymi świadczeniami realizowanymi w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej. Wprowadzane zmiany nie powinny mieć negatywnego wpływu na jakość udzielanych świadczeń. Wprowadzone przepisy mają umożliwić zapewnienie dostępności do świadczeń gwarantowanych oraz optymalne dostosowanie personelu dla zapewnienia dostępności do świadczeń.

Podmioty prywatne realizujące świadczenia gwarantowane w trybie ambulatoryjnym będą mogły swobodniej planować zabezpieczenie realizacji świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zmiana nie powinna generować dodatkowych kosztów dla podmiotów realizujących przedmiotowe świadczenia gwarantowane, polega na uelastycznieniu organizacji pracy personelu, co może, zdaniem Ministerstwa Zdrowia, ułatwić zarządzanie podmiotem oraz prowadzić do bardziej racjonalnego wydatkowania środków publicznych.

W odniesieniu do małych i średnich prywatnych świadczeniodawców, zmiana rozporządzenia może spowodować, że w niektórych obszarach, podmioty lecznicze realizujące świadczenia ambulatoryjne będą mogły dostosować ich realizację do potrzeb pacjentów bez konieczności zatrudniania nowego personelu medycznego.

Przewidziany w projekcie termin wejścia w życie rozporządzenia to dzień następujący po dniu ogłoszenia. Skrócenie terminu wejścia w życie Ministerstwo Zdrowia tłumaczy koniecznością zagwarantowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji ograniczonych zasobów kadrowych personelu medycznego.

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 udzielaniu świadczeń ambulatoryjnych pacjentom?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	6	
Nie	1	



Nie mam zdania 3

2. Czy większa swoboda w planowaniu przez dany zakład opieki zdrowotnej zabezpieczenia ambulatoryjnej opieki lekarskiej może pomóc rozwiązać trudności wynikające z niedostatecznej liczby lekarzy?

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

3. Czy zawarte w projekcie rozporządzenia umożliwienie Świadczeniodawcy wyznaczenie „zamienników” lekarzy, posiadających oryginalnie inną specjalizację, są dostateczne aby zapewnić wymagany standard świadczenia?

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

4. Czy wymogi zawarte w projekcie rozporządzenia odnośnie łączenia realizacji udzielania świadczeń w zakresie personelu lekarskiego między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi w trybie ambulatoryjnym, mogą być uznane za dopuszczalne z p. widzenia bezpieczeństwa pacjenta oraz wymaganego standardu świadczenia?

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

Tak	3
Nie	7
Nie mam zdania	0

Pytania otwarte:

1. Jakie warunki powinien spełniać zakład świadczący ambulatoryjną opiekę zdrowotną aby zwiększyć poczucie bezpieczeństwa u pacjentów?
2. Jakie warunki powinien spełniać zakład świadczący ambulatoryjną opiekę zdrowotną, 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 udzielania świadczeń w zakładach świadczących ambulatoryjną opiekę zdrowotną 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.

Ministerstwo Zdrowia, poszukując rozwiązania problemu wywołanego przez wypowiedanie klauzul opt-out, próbuje zmienić zasady określające czas i system pracy lekarzy.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projektowane w tym obszarze nowe przepisy wywołują jednak w środowiskach związanych z ochroną zdrowia, w tym w środowiskach pacjenckich, poważne zastrzeżenia.

Ministerstwa przygotowało dwa projekty zmieniające organizację pracy lekarzy - tj. rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego i omawiane w niniejszej Opinii - rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Zawarte w nich przepisy umożliwiają dyrektorowi zakładu opieki zdrowotnej sporządzanie takiego harmonogramu dyżurów medycznych, w których teoretycznie 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.

Przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia wyjaśniają, że wprowadzane przepisy mają m.in. na celu umożliwienie świadczeniodawcom optymalnego pod względem potrzeb zdrowotnych leczonych pacjentów zaplanowania pracy personelu medycznego, mając jednocześnie na uwadze zapewnienie dostępności do świadczeń gwarantowanych oraz intensywność realizacji świadczeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych. Jednak takie wyjaśnienie nie wydaje się rozwiewać wątpliwości reprezentantów środowisk lekarskich, którzy w większości sprzeciwiają się rozwiązaniom zaproponowanym w projekcie.

W opinii samorządu lekarskiego, która z punktu widzenia interesów pacjentów wydaje się ważna i logiczna, wprowadzenie takich rozwiązań będzie 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 może stwarzać poważne ryzyka dla pacjentów, a także jest niezgodne z postanowieniami Kodeksu Etyki Lekarskiej, który stanowi, że lekarz nie powinien wykroczać

poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznich.

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. Są to argumenty, które Ministerstwo Zdrowia powinno zdecydowanie wziąć pod uwagę analizując, zgłaszane w trybie konsultacji, stanowiska.

Jak słusznie twierdzą eksperci i sami lekarze, aby uzyskać uprawnienia do opieki nad pacjentami wymagającymi pomocy z zakresu jednej dziedziny lekarz uczy się wiele lat. Żaden lekarz nie powinien podejmować się opieki nad pacjentami, na których schorzeniach się nie zna.

Wprowadzane rozporządzeniem nowe rozwiązania korespondują z zapisami wcześniejszego rozporządzenia Ministra Zdrowia z 1 października 2017 r. Weszła wtedy w życie nowelizacja rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Wcześniej obowiązujące przepisy, zdaniem projektodawcy, nie dawały możliwości połączenia organizacji udzielania świadczeń hospitalizacji udzielanych w warunkach szpitalnych oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach ambulatoryjnych.

Nowe przepisy miały to zmienić. Jak wyjaśniało Ministerstwo, wprowadzane przepisy miały na celu umożliwienie świadczeniodawcom optymalnego dostosowania personelu oraz pozostałych zasobów dla zapewnienia dostępności do świadczeń gwarantowanych, adekwatne do intensywności realizacji świadczeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych udzielających świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia hospitalizacji. Innymi słowy posiadanie umowy na realizację świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego powinno umożliwić realizację świadczenia nocnej i świątecznej opieki

zdrowotnej z wykorzystaniem lekarzy udzielających świadczeń również w innych jednostkach organizacyjnych szpitala.

Uzasadnieniem dla wprowadzonego rozwiązania były wyniki badań przeprowadzonych przez NFZ, z których wyciągnięto wnioski, że nie zawsze jest konieczność utrzymywania zasobów niezbędnych do realizacji świadczeń wyjazdowych i zasadnym jest umożliwienie świadczeniodawcom dostosowanie zasobów niezbędnych do realizacji świadczeń wyjazdowych do zapotrzebowania na przedmiotowe świadczenia zdrowotne. W tym celu zaproponowano podział świadczenia gwarantowanego nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych lub świadczenia udzielane w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy, pozostawiając możliwość organizacji świadczeniodawców na danym terenie.

Jednak obecna sytuacja w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej, zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej niesie tak wiele ryzyk dla pacjentów, że jak najszybciej powinny zostać przygotowane i wdrożone zmiany systemowe m.in. odciążające lekarzy od wielu zadań administracyjnych, nie związanych bezpośrednio z diagnozowaniem i terapią pacjentów. Ministerstwo Zdrowia powoła przyznaje taką konieczność. Jego przedstawiciele anonsują, że będą przygotowywać cały szereg nowych rozwiązań mających ograniczyć biurokrację, sprawozdawczość. Trwają prace nad raportem dotyczącym sprawozdawczości nie tylko w szpitalach, ale we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej. Celem jest zminimalizowanie wszelkich obciążeń biurokratycznych lekarzy i pielęgniarek, by organizacja opieki medycznej była łatwiejsza.

Na dodatkowy problem związany z brakiem dostatecznej obsady personelu medycznego innego niż sami lekarze, zwrócił także uwagę Rzecznik Praw Dziecka, który w swoim wystąpieniu do Ministra Zdrowia wskazał, że *niedostateczna obsada pielęgniarek i położnych podczas dyżurów oraz konieczność objęcia opieką zbyt dużej liczby pacjentów może powodować obniżenie jakości świadczeń zdrowotnych i opieki pielęgniarskiej oraz mieć negatywny wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne małych pacjentów.*

Ważne jest, aby w sytuacji wprowadzania przez Ministerstwo tzw. „elastyczniejszej realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej” 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.

Przedstawiciele organizacji pacjenckich zaapelowali do Ministra Zdrowia, aby nie pomijać ich w pracach nad wypracowaniem nowych, systemowych rozwiązań. Dobrym przykładem takiego uczestnictwa był udział w pracach Zespołu do spraw systemowych rozwiązań

finansowych w ochronie zdrowia, przyszłości kadr medycznych i sposobu ich finansowania, który zakończył swoją aktywność w połowie grudnia 2017, przedkładając Ministrowi Zdrowia stosowne rekomendacje. Istnieje oczywista potrzeba kontynuacji działań ww. Zespołu z udziałem przedstawicieli środowisk pacjenckich.

Opinię przygotował:

Witold Michałek



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

