

Opinia do Projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 602)

I. Opis sytuacji problemowej

Projektodawca wskazuje, że Świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane w trybie hospitalizacji oraz hospitalizacji planowej doświadczają nierównego natężenia realizacji świadczeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych. Brak elastyczności w ustalaniu harmonogramów czasu pracy lekarzy realizujących świadczenia gwarantowane jest ograniczeniem w optymalnym zarządzaniu podmiotem leczniczym i może prowadzić do nieracjonalnego wydatkowania środków publicznych.

Dane sprawozdawcze przekazywane przez świadczeniodawców do Narodowego Funduszu Zdrowia wskazują na zróżnicowanie realizacji świadczeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych podmiotów ze względu na liczbę procedur oraz ze względu na liczbę przyjęć pacjentów w poszczególnych dniach tygodnia. Sytuacja ta, zdaniem projektodawcy, wskazuje na nieadekwatne dostosowywanie zasobów względem faktycznego zapotrzebowania oraz względem realizacji świadczeń.

Z powodów wskazanych powyżej, rozporządzenie Ministra Zdrowia wprowadza przepisy mające na celu umożliwienie świadczeniodawcom optymalnego względem potrzeb zdrowotnych hospitalizowanych pacjentów zaplanowania 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.

Wprowadzone w projekcie propozycje zmian polegają na zmianie definicji personelu oraz dodaniu definicji lokalizacji, której dotychczas nie było w rozporządzeniu OWU, a jest istotna w kontekście wprowadzanych dalej zmian. Definicja jest identyczna jak w innych rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zdrowia regulujących kwestię świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zmiany mają także na celu zmniejszenie częstości aktualizacji harmonogramu w sytuacji, gdy zmiana harmonogramu wynika z sytuacji losowej i krótkotrwałej. Brak obowiązku w tym względzie zmniejszy obciążenie świadczeniodawców pracą administracyjną.

Świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej będą, zgodnie z zapisami rozporządzenia, mogli swobodnie planować zabezpieczenie całodobowej opieki lekarskiej przez ustalenie harmonogramu. Zmiana nie będzie generować, zdaniem projektodawcy, dodatkowych kosztów dla podmiotów realizujących przedmiotowe świadczenia gwarantowane, ma polegać na uelastycznieniu zasad organizacji pracy personelu w odniesieniu do zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej, w tym w czasie dyżuru medycznego, co może ułatwić zarządzanie podmiotem leczniczym oraz prowadzić do bardziej racjonalnego wydatkowania środków publicznych.

Zawarte w harmonogramie rozwiązania w zakresie planowania dostępności świadczeń oraz zapewnienia zasobów będą ustalane po zasięgnięciu opinii kierujących oddziałami oraz przy uwzględnieniu intensywności i specyfiki pracy poszczególnych komórek organizacyjnych i zgłaszane dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Z uwagi na różną organizację opieki w podmiotach leczniczych świadczeniodawców realizujący umowę w ramach systemu zabezpieczenia względem pozostałych podmiotów, zaproponowano odrębne zasady ustalania harmonogramu i planowania dostępności świadczeń. Wobec zobowiązania ww. podmiotów do zapewnienia realizacji świadczeń gwarantowanych, świadczeniodawca może dowolnie organizować opiekę dostosowując ją na bieżąco do potrzeb zdrowotnych pacjentów. W przypadku pozostałych świadczeniodawców, zmiana harmonogramu może być dokonana za zgodą dyrektora oddziału.

Wprowadzane zmiany nie będą, zdaniem projektodawcy, miały negatywnego wpływu na jakość udzielanych świadczeń.

Oczekiwanym przez Ministerstwo Zdrowia efektem wprowadzanych regulacji jest poprawa jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjentów zaopatrywanych przez danego świadczeniodawcę.

Oczekiwanym efektem wprowadzanych regulacji w odniesieniu do warunków pracy lekarzy jest optymalizacja ich czasu pracy oraz zaangażowania w realizację świadczeń. Przedmiotowa zmiana powinna również niwelować nierówne obciążenie pracą lekarzy w poszczególnych komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy i nieadekwatne względem potrzeb zdrowotnych pacjentów.

Polska nie jest jedynym państwem członkowskim UE, które stara się wprowadzić podobne rozwiązania. System elastycznej i dostosowanej do potrzeb pacjentów organizacji opieki 24/7 w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia gwarantowane w zakresie leczenia szpitalnego wprowadzono w Wielkiej Brytanii. Przeprowadzone w 2014 badanie wskazało, że elastyczna organizacja opieki wiąże się z obniżeniem standaryzowanego wskaźnika śmiertelności szpitalnej oraz obniżenia wskaźnika zakażeń. Ponadto, elastyczna organizacja opieki może wiązać się z obniżeniem kosztów funkcjonowania zakładu.

Wg. szacunków projektodawcy, przedmiotowy projekt będzie miał wpływ na działalność małych i średnich świadczeniodawców. Przedsiębiorcy realizujący świadczenia gwarantowane w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej będą mogli swobodniej planować zabezpieczenie całodobowej opieki lekarskiej przez ustalenie harmonogramu. Zmiana nie powinna generować dodatkowych kosztów dla podmiotów realizujących przedmiotowe świadczenia gwarantowane, polega na uelastycznieniu organizacji pracy personelu, co może ułatwić zarządzanie podmiotem oraz prowadzić do bardziej racjonalnego wydatkowania środków publicznych.

Jednocześnie projektodawca szacuje, że projekt będzie miał wpływ na skrócenie okresu oczekiwania na realizację świadczeń udzielanych pacjentom w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Aktualnie świadczeniodawca nie ma możliwości łączenia realizacji świadczeń udzielanych w trybie hospitalizacji oraz w trybie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W konsekwencji nie ma możliwości zaangażowania personelu lekarskiego w realizację świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym pomimo, iż personel ten z uwagi na niską liczbę świadczeń realizowanych w trybie hospitalizacji nie może być zaangażowany w udzielanie porad w trybie ambulatoryjnym z uwagi na brak formalnych możliwości do zorganizowania opieki adekwatnie do potrzeb zdrowotnych pacjentów.

Przewidziany w projekcie termin wejścia w życie rozporządzenia to dzień następujący po dniu ogłoszenia. Skrócenie terminu wejścia w życie Ministerstwo Zdrowia tłumaczy koniecznością zagwarantowania ciągłości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

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 klauzula rozporządzenia określająca, że zmiany w harmonogramie nie mogą naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny jest z p.widzenia bezpieczeństwa pacjentów wystarczająca?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	1	
Nie	4	
Nie mam zdania	4	

2. Czy wymóg zgłoszenia zmian w harmonogramie, dotyczący osób wykonujących zawody medyczne dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie jest uzasadniony?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	
Nie	2	
Nie mam zdania	4	

3. Czy polecenie/umożliwienie personelowi medycznemu udzielenia świadczeń w innym zakładzie leczniczym (podmiotu leczniczego w tej samej lokalizacji) przez kierownika placówki jest z p. widzenia interesów pacjenta uzasadnione?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	3	
Nie	2	
Nie mam zdania	4	

4. Czy wejście w życie rozporządzenia bez jakiegokolwiek *vacatio legis* jest uzasadnione?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	1	
Nie	3	
Nie mam zdania	5	

Pytania otwarte:

1. Dlaczego brak elastyczności w ustalaniu harmonogramów czasu pracy lekarzy realizujących świadczenia gwarantowane jest ograniczeniem w optymalnym zarządzaniu podmiotem leczniczym?
2. Jakie czynniki wpływają na umożliwienie świadczeniodawcom optymalnego względem potrzeb zdrowotnych hospitalizowanych pacjentów zaplanowania pracy personelu medycznego?
3. W jaki sposób zmiany zawarte w rozporządzeniu niwelują nierówne obciążenie pracą lekarzy w poszczególnych komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy?

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

IV. Opinia Ars Vivendi

Niniejsza opinia w sprawie przedstawionego do konsultacji społecznych Projektu powstała 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. Został przedstawiony kolejny projekt rozporządzenia, które ma pozwolić na bardziej samodzielne planowanie przez dyrektorów szpitali całodobowej opieki lekarskiej np. w zależności od liczby pacjentów hospitalizowanych na oddziale.

Wiceministr zdrowia Zbigniew J. Król powiedział, że opublikowany 8 stycznia projekt odpowiada na postulaty dyrektorów szpitali, a jego celem jest redukcja biurokracji i kosztów. W tej chwili dyrektor szpitala jest zmuszony do utrzymywania na oddziale takiej liczby lekarzy, jaką ustalił z NFZ. Może się więc zdarzyć, że na oddziale przebywa tylko 4-5 pacjentów, a niezależnie od tego dyżur musi tam pełnić np. dwóch lekarzy. Tym rozporządzeniem ministerstwo zdrowia wychodzi naprzeciw sytuacji, gdy liczba pacjentów zmniejsza się sezonowo, np. na pediatrii, i na oddziale nie musi pracować tylu lekarzy, ilu zostało do niego przypisanych.

Według środowisk pacjenckich, sytuacje wskazane przez ministra rzeczywiście mają miejsce i należy zgodzić się, że sztywne przypisanie do każdego oddziału określonej liczby lekarzy powoduje nadmierne koszty.

Obecnie zarządzający szpitalem mają obowiązek informować NFZ o zmianach w harmonogramie pracy szpitali (np. o dłuższej nieobecności lekarza lub pielęgniarki) najpóźniej w dniu poprzedzającym taką zmianę lub - w przypadkach losowych - natychmiast

po powzięciu informacji. W projekcie MZ zaproponowało, żeby dyrektorzy nie musieli zgłaszać nieobecności pracownika medycznego, jeśli będzie ona krótsza niż 14 dni.

Takie zmiany jednak nie wystarczają aby zapobiegać narastającym problemom związanym z brakiem obsady medycznej w coraz większej liczbie placówek medycznych. Przykładów z ostatnich tygodni jest wiele:

I tak np. jak donoszą media, szpital uniwersytecki w Bydgoszczy, w związku z wypowiedzeniem przez lekarzy klauzul opt-out, "w sposób istotny" ograniczył zabiegi planowe. Ograniczono zabiegi w zakresie: chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, kardiologii, ortopedii, położnictwa i ginekologii., choć nie dotyczy to właścicieli kart DiLO (Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego). W szpitalu tym z końcem 2017 r., gdzie klauzule wypowiedziało 61 ze 108 rezydentów i 9 z ok. 270 innych lekarzy, przez pierwsze trzy tygodnie 2018 r. udawało się tak ułożyć grafik, aby ograniczenie czasu pracy przez części lekarzy do ustawowych 48 godzin tygodniowo nie zakłóciło funkcjonowania szpitala. Ale sytuacja uległa zmianie. Będą kontynuowane rozpoczęte rozmowy kierownictwa szpitala z przedstawicielami Urzędu Wojewódzkiego i oddziału NFZ celu wspólnego wypracowania rozwiązań problemów.

Inny przykład: Prof. Małgorzata Wierzbicka, szefowa lekarki, która z przepracowania zasłała na dyżurze wskazuje, że wypowiedzenie klauzuli opt-out to powrót do normalności. Lekarze godzą się na kilka 24-godzinnych dyżurów w miesiącu tylko dlatego, że wciąż za mało zarabiają. Lekarka, która zasłała po dyżurze w szpitalu Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, twierdzi, że bez dyżurów zarabia w klinice niewiele ponad 3 tys. zł. W ocenie prof. Wierzbickiej, to nie są pieniądze, które wykształceni, ciężko pracujący ludzie, wykonujący skomplikowane zabiegi, powinni dostawać za swoją pracę. Podkreśla też, że lekarze w szpitalach w całej Polsce zarabiają od ubiegłego roku mniej.

Jako przykład podaje swój szpital, w którym 1 lipca 2017 r. wszedł nowy przepis, zgodnie z którym lekarze zatrudnieni na etatach, za dyżury dostają o 20 proc. mniej wynagrodzenia. To efekt zmiany formy zatrudnienia na dyżurze. Wcześniej lekarze dyżurowali na umowie-

zleceniu i od wynagrodzenia za dyżur odprowadzali tylko podatek. Teraz pieniądze za dyżur są częścią składową pensji. Szpital musi odprowadzić od nich ZUS i inne pochodne.

W szpitalach, w których lekarze pracują głównie na kontraktach, grafiki dyżurów dopinać się udaje, ale "na styk". Jednak dyrektorzy mówią zgodnie, że problem jest nie tylko tam, gdzie lekarze wypowiadają opt-outy, ale w całej Polsce.

Ww. przykłady ilustrują dramatyczną sytuację, w jakiej znajduje się coraz większa liczba świadczeniodawców, co bardzo niepokoi środowiska pacjenckie. Niestety, nie widać nowych, systemowych rozwiązań narastającego problemu. Przedmiotowe rozporządzenie ministra zdrowia należy traktować jako rozwiązanie cząstkowe i tymczasowe.

Dość racjonalną ocenę treści wprowadzanego rozporządzenia prezentuje Polska Federacja Szpitali, która wskazuje, że stwarza ono dalsze możliwości efektywniejszego kosztowo gospodarowania czasem pracy wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego. Jej przedstawiciele uważają, iż należy dążyć do dalej idącej deregulacji w tym obszarze, tak, aby dyrektor szpitala - oczywiście w porozumieniu z dyrektorem medycznym oraz dyrektorem ds. pielęgniarstwa, a także we współpracy z kluczowymi lekarzami w szpitalu - mógł kształtować grafiki dyżurowe bez uzyskiwania każdorazowej zgody ze strony NFZ. PFSz stoi na stanowisku, że menedżerowie polskich szpitali są odpowiedzialnymi i dobrze wykształconymi profesjonalistami, dla których jakość, bezpieczeństwo oraz ciągłość opieki nad pacjentem są najważniejsze, a dobre warunki pracy i płacy personelu mają kolosalne znaczenie.

Prof. Fedorowski, prezes PFSz, wskazał także na konieczność wprowadzenia kolejnych rozwiązań usprawniających organizację pracy szpitali w tym nowoczesnych i sprawdzonych w najlepszych systemach ochrony zdrowia rozwiązaniach organizacyjnych, jakimi np. w stosunku do lekarzy rezydentów, ale także sporej części specjalistów są: równoważny czas pracy oraz tworzenie oddziałów wieloprofilowych wg kryterium ciężkości stanu chorobowego pacjenta, a nie wąskich specjalizacji lekarskich.

W obecnej, bardzo trudnej sytuacji, pacjenci nie mają wyboru i powinni raczej poprzeć rozwiązania zawarte w omawianym projekcie rozporządzenia, ufając zapewnieniom nowo

powołanego ministra zdrowia, który liczy na to, że negocjacje i dialog, które ministerstwo prowadzi z rezydentami, doprowadzą w końcu do porozumienia. Pacjenci z kolei liczą na to, że system będzie tak działał, aby pacjent czuł się w nim bezpiecznie i wiedział, że jest bezpieczny i w komfortowej sytuacji - „bo w końcu ten system działa dla pacjenta, a nie pacjent dla systemu”- jak powiedział minister na posiedzeniu sejmowej komisji zdrowia.

Opinię przygotował:

Witold Michałek