

## **Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (MZ 631)**

### **I. Opis sytuacji problemowej**

Przedmiotowy projekt rozporządzenia wprowadza szereg zmian dotyczących różnych obszarów leczenia szpitalnego w części normatywnej do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. I tak:

- W projekcie rozporządzenia dodano zapisy odnoszące się do stosowania zaleceń ministra właściwego do spraw zdrowia, który ma prawo ogłaszania, w drodze obwieszczenia, zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych, odrębnie dla poszczególnych dziedzin medycyny, opracowanych przez odpowiednie stowarzyszenia, będące, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowymi o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny;
- Dodano zapisy określające dodatkowy personel mogący realizować świadczenia zdrowotne (ratownik medyczny i opiekun medyczny) oraz określający realizację zadań przez sekretarkę medyczną, której praca wpłynie na odciążenie personelu medycznego w zakresie administracyjnym. Zdaniem Projektodawcy, projektowane rozporządzenie umożliwi realizację świadczeń przez opiekunów medycznych, ratowników medycznych oraz sekretarki medyczne, co powinno przełożyć się na lepszą jakość udzielanych świadczeń oraz reorganizację alokacji personelu w systemie ochrony zdrowia, co z kolei przełoży się na odciążenie zarówno personelu lekarskiego jak i pielęgniarskiego. Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na sektor mikro, małych i średnich przedsiębiorców ze względu na to, że przedsiębiorcy realizujący świadczenia

gwarantowane w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej będą mogli efektywniej zorganizować prace personelu medycznego.

- Na wniosek Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadzono zmiany w zakresie świadczenia „Opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego”. W pierwszej kolejności dookreślono, że termin wizyty koordynującej (kontrolnej) w okresie 7-10 dni ma przypadać od daty wypisu z oddziału lub po zakończonej rehabilitacji;
- Dodatkową zmianą w świadczeniu „Opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego” jest dookreślenie wskaźników, które muszą być monitorowane przez świadczeniodawców. Projektodawca przyjmuje tu propozycje przedstawione przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, które stoi na stanowisku, że do oceny jakości opieki medycznej nie należy stosować takich parametrów jak zgony, kolejne zawały serca, rehospitalizacje, itp. Stosowanie wymienionych parametrów, bez uwzględnienia parametrów, które rzeczywiście są wskaźnikami jakości opieki medycznej jest błędem. Brak sprawozdawania parametrów pozwalających ocenić jakość leczenia w okresie 12 miesięcy świadczenia negatywnie wpłynie też na realizację kolejnych projektów opieki koordynowanej w Rzeczypospolitej Polskiej, a tym samym w przyszłości obniży jakość w całym polskim systemie opieki zdrowotnej.

Projektodawca, podobnie jak Polskie Towarzystwo Kardiologiczne przyjmuje, że przy przyjętych rozwiązaniach sprawozdawanie parametrów oceniających skuteczność realizacji świadczenia do Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wieńcowego nie obciąża żadnymi kosztami budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

- Projektodawca wdraża w przedmiotowym rozporządzeniu rekomendację Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej – „Profilaktyczne usunięcie jajników i jajowodów redukujące ryzyko raka jajników i jajowodów u nosicielek patogennych mutacji w genach BRCA 1/2”, jako świadczenie gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego. Warunkiem kwalifikacji do świadczenia jest rozpoznanie u pacjentki patogennej mutacji konstytucyjnej w genach

BRCA1/BRCA2. Ponadto pacjentka musi wyrazić świadomą zgodę na zabieg, a wielodyscyplinarny zespół ma wydać pozytywną opinię w sprawie zasadności wykonania zabiegu.

## 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 Pani/Pana zdaniem wprowadzona rozporządzeniem możliwość zatrudnienia przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji, hospitalizacji planowej i hospitalizacji jednego dnia opiekuna medycznego poprawi opiekę nad pacjentem?

<b>Warianty odpowiedzi</b>	<b>Ilość</b>	<b>Procent udzielonych odpowiedzi</b>
Tak	7	
Nie	0	
Nie mam zdania	3	

2. Czy Pani/Pana zdaniem wprowadzona rozporządzeniem możliwość zatrudnienia przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji, hospitalizacji planowej i hospitalizacji jednego dnia ratownika medycznego poprawi opiekę nad pacjentem?

<b>Warianty odpowiedzi</b>	<b>Ilość</b>	<b>Procent udzielonych odpowiedzi</b>
Tak	6	
Nie	2	
Nie mam zdania	2	

3. Czy Pani/Pana zdaniem wprowadzona rozporządzeniem możliwość zatrudnienia przez świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji, hospitalizacji planowej i hospitalizacji jednego dnia sekretarki medycznej poprawi opiekę nad pacjentem?

<b>Warianty odpowiedzi</b>	<b>Ilość</b>	<b>Procent udzielonych odpowiedzi</b>
Tak	5	
Nie	1	

Nie mam zdania 4

4. Czy Pani/Pana zdaniem uzależnienie liczby zatrudnionych opiekunów medycznych, ratowników medycznych lub sekretarek medycznych od kryteriów wymienionych w rozporządzeniu jest uzasadnione?

<b>Warianty odpowiedzi</b>	<b>Ilość</b>	<b>Procent udzielonych odpowiedzi</b>
Tak	4	
Nie	2	
Nie mam zdania	4	

#### **Pytania otwarte:**

1. Jakich czynności opiekuńczych nad pacjentem opiekunowie medyczni nie powinni móc wykonywać?
2. Jaki powinien być podział zadań, dotyczących szeroko pojętej opieki nad pacjentem, pomiędzy pielęgniarkami a opiekunami medycznymi?

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

#### **IV. Opinia Ars Vivendi**

Przedmiotowym rozporządzeniem Ministerstwo Zdrowia m. in. wprowadza do systemu oraz reguluje zasady działania sekretarek medycznych, które mają zajmować się dokumentacją

medyczną i w ten sposób odbiurokratyzować pracę lekarza. Nowe rozwiązania mają poprawić warunki pracy lekarza i znacząco wpłynąć na jakość opieki nad pacjentem.

Największą bolączką polskiej ochrony zdrowia są kolejki do specjalistów i oddziałów szpitalnych, a ostatnio deficyty kadrowe związane z emigracją zarobkową lekarzy i starzenie się tych, którzy pozostali w kraju. Praca lekarza jest więc niezwykle cenna. Zmiany w gospodarowaniu lekarskim potencjałem kadrowym wydają się być konieczne. Ministerstwo Zdrowia chce je przeprowadzić, wpisując do nowego rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego zawód sekretarki medycznej, która ma przejąć od lekarza część prac administracyjnych. Szacuje się, że lekarze przeznaczają na wypełnianie dokumentacji medycznej, wypisów szpitalnych i innych wymaganych przez NFZ czy ZUS formularzy średnio od półtorej do dwóch godzin dziennie. Jeśli ktoś przejąłby od nich te obowiązki, mogliby ten czas poświęcić pacjentom.

Zawód sekretarki medycznej funkcjonuje w polskich szpitalach od dawna, nie jest więc nowym ani rewolucyjnym rozwiązaniem. Jednak nigdy nie był wpisany do rejestru zawodów medycznych. Osoby zajmujące się pracami administracyjnymi tylko nazywano sekretarkami medycznymi, dlatego przy kolejnych restrukturyzacjach szpitali, w poszukiwaniu oszczędności, dyrektorzy placówek medycznych w pierwszej kolejności redukowali etaty tzw. sekretarek medycznych.

W chwili, kiedy zawód sekretarki medycznej znajdzie się w rejestrze, na mocy nowego rozporządzenia dotyczącego świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego, automatycznie będą przekazane pieniądze na zatrudnienie takich osób. Uwolniony zostanie także czas pracy lekarza, który przestanie być biurokratą. Obecnie w resorcie trwają prace nad określeniem norm dotyczących zatrudnienia sekretarek, zakresu zadań, które będą mogły przejść od lekarzy, kompetencji oraz sposobu kształcenia w tym zawodzie. Nadal jednak nie wiadomo, skąd rekrutować sekretarki medyczne, w jaki sposób będą one przygotowywane do zawodu i na jakich zasadach mogą być zatrudniane, a także czy znajdą

się wystarczające środki na to przedsięwzięcie. W niektórych placówkach medycznych w Polsce system – sekretarka medyczna na każdym oddziale – już istnieje. Wprawdzie brak uregulowań prawnych stanowiących podstawę, na jakiej powinien działać, ale widać, że ten kierunek szpitale chcą rozwijać.

Gazeta Lekarska wskazuje, że w zachodnich systemach leczenia sekretarki medyczne funkcjonują od dawna i są ich ważnym ogniwem. W tej grupie pracowników są osoby zajmujące się wszelkimi sprawami administracyjnymi i socjalnymi, np. uzgadnianiem terminów badań i wizyt, ułatwianiem kontaktów personelu medycznego pomiędzy innymi oddziałami, a nawet szpitalami (są to asystenci administracyjni personelu medycznego) i stricte sekretarki medyczne, które prowadzą dokumentację medyczną chorego (spisują nagrywany na dyktafon wywiad prowadzony przez lekarza, ustne zlecenie badań, ordynowanie leków, wypełniają formularze wymagane do rozliczeń z płatnikiem). Przygotowaną dokumentację lekarz jedynie sprawdza i firmuje swoim podpisem.

Zdaniem prezesa Polskiej Federacji Szpitali, wprowadzanie nowych zawodów do systemu ochrony zdrowia w Polsce jest zgodne ze światowymi trendami, a Polska jest w tej sferze zapóźniona. Oprócz sekretarek medycznych, takim nowym zawodem są transkrypcjoniści medyczni, zajmujący się spisywaniem notatek i zaleceń lekarskich. Przykładem jest Wielka Brytania, gdzie lekarze na co dzień posługują się dyktafonami. Nagrywają na nie praktycznie wszystko, a transkrypcjoniści z pomocą komputera przelewają te nagrania na papier. Tak powstają raporty, zlecenia, cała dokumentacja niezbędna do prowadzenia pacjenta w czasie jego pobytu w szpitalu. Amerykanie poszli jeszcze dalej. Na SOR-ach transkrypcjonistów zastępują urządzenia służące do rozpoznawania mowy, które przekładają nagranie z dyktafonu na zapis elektroniczny.

W wielu krajach zachodnich funkcjonuje także zawód koordynatora opieki medycznej, który wspiera pracę personelu medycznego. Koordynatorzy są najwyżej cenieni wśród zawodów wspierających pracę lekarza. Funkcję tę pełnią zazwyczaj przeszkolone pielęgniarki. Do ich zadań należy m.in. nadzór i wsparcie realizacji zleceń lekarza oraz opieki nad pacjentem.

W Polsce wciąż nie ma przepisów regulujących profesję sekretarki medycznej choćby w tak ważnym obszarze jaki jest przestrzeganie tajemnicy lekarskiej, zasad prowadzenia dokumentacji medycznej, znajomość procedur medycznych czy poruszanie się w przepisach dotyczących ochrony danych osobowych.

Z kolei wprowadzenie zawodu opiekuna medycznego ma pomagać pielęgniarcom. Zdaniem wielu ekspertów, opiekun medyczny jest absolutnie potrzebny. To on powinien przejąć wiele czynności pielęgnacyjnych, powinien być wsparciem dla zawodu pielęgniarki.

Należy jednak stworzyć racjonalny podział obowiązków pomiędzy opiekunem medycznym a pielęgniarką, włącznie z jasno określonymi kompetencjami pielęgniarek. Zapotrzebowanie na pracę opiekuna medycznego, wykonującego proste prace pielęgnacyjne jest ogromne. Jednak pracodawcy ich nie zatrudniają, bo zdaniem wielu z nich jest to zbyt kosztowne - jeśli pensję płacą i opiekunowi medycznemu, i pielęgniarce to wolą zatrudnić pielęgniarkę, mimo, że opiekunki medyczne też kończyły szkoły policealne studium i wykonują bardzo potrzebną pracę. To one zajmują się całą pielęgnacją chorego - mycie, karmienie, zmianą pościeli i transportem chorego i wiele innych czynności.

Jednak zgodnie z przepisami, opiekun nie może podawać leków a nawet nie może stosować maści leczniczych tylko pielęgnacyjne ani opatrunkowych specjalistycznych. Może jedynie pielęgnować. Opiekun nie może interpretować wyników pomiarów parametrów życiowych np. przy gorączce nie może podać paracetamol bo to też lek. Opiekun nie może pobrać krwi, posiewów, wymazów itp. oraz przynieść krwi do toczenia. Opiekun nie może samodzielnie modyfikować dawek insuliny. Nie cewnikuje. Przede wszystkim opiekun medyczny nie może proadzić dokumentacji medycznej, czyli opisywać i interpretować wszystkich czynności wykonanych przy pacjencie. Odpowiedzialność za chorego ponosi pielęgniarka i lekarz, opiekun nie.



W środowiskach zarówno pielęgniarek jak i opiekunek medycznych gorący pozostaje problem czy opiekun powinien zarabiać tyle co pielęgniarka?

Zdaniem niektórych opiekunów ich praktyka wskazuje, że w oddziale opiekun robi wszystko - samodzielnie zaopatruje odleżyny, robi opatrunki, podaje leki, podłącza i odłącza kroplówkę, etc. Opiekunki medyczne musiały przejąć większość obowiązków pielęgniarek oprócz rozkładania leków i iniekcji. Wskazują na przypadki, kiedy pielęgniarce wykorzystują opiekunów do tego stopnia, że przy przyjęciu pacjenta na oddział nawet go nie oglądają tylko robi to opiekun, a następnie przekazuje pielęgniarce wynik. Natomiast pielęgniarce jedynie opisują to w komputerze. Opiekun ma więc wiele zadań i jest niedoceniony, zarabiając za mało.

Zdaniem zarówno pielęgniarek jak i opiekunów medycznych, wina leży w strukturze kosztów szpitala, gdzie środki na pielęgnację prawie nie istnieją, ponieważ karmienie pacjenta oraz wypróżnianie traktuje się jak oczywistość.

Oczywiste jest, że cierpią na tym sami pacjenci, którzy muszą polegać jedynie na swoich bliskich, którzy jeśli nie będą zmieniać pacjentowi pozycji ciała co dwie godziny, nikt tego nie zrobi, ponieważ i pielęgniarek i opiekunów medycznych jest za mało. Wcześniej były panie salowe. Obecnie zatrudniane są zewnętrzne firmy, które przychodzą, posprzątają, wychodzą. Jest catering. Zatrudnione tam osoby jedynie przywożą jedzenie, a potem sprzątają pełne talerze, nie zwracając uwagi na samego pacjenta.

Tę lukę mają wypełnić opiekunowie medyczni. Ilu powinno ich być? Żeby umyć pacjenta, nakarmić i co dwie godziny zmienić jego pozycję, potrzeba czterech godzin. Czyli pół opiekuna na pacjenta niesamodzielnego. A więc na 15-osobowym oddziale powinno ich być siedmiu. W rzeczywistości? Nie ma ich wcale, w najlepszym wypadku jest dwóch.

A przecież opiekunowie medyczni to nie tylko szpitale. To także domy pomocy społecznej i domy prywatne. Niestety, większość firm a nawet szpitale oferuje im pracę na umowę -zlecenie za bardzo niskie stawki. Prywatne rodziny często okazują się niewypłacalne. A dla pielęgniarek opiekun medyczny to po prostu osoba do sprzątania.

- Projektodawca wskazuje, że nowo kwalifikowane świadczenie gwarantowane w przeważającej części będzie realizowane w szpitalach zakwalifikowanych do systemu

podarawowego zabezpieczenia szpitalnego. W związku z powyższym oraz z nieumieszczeniem przedmiotowego świadczenia w wykazie ujętym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r, w sprawie określenia wykazów świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego finansowania, przedmiotowe świadczenie będzie finansowane w ramach ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Projektodawca zauważa również, że wprowadzenie świadczenia profilaktycznej adnektomii może zmniejszyć koszty leczenia raka jajnika w Polsce w ujęciu globalnym przez:

- zmniejszenie liczby chorych poddawanych leczeniu operacyjnemu,
- zmniejszenie liczby chorych poddawanych leczeniu systemowemu za pomocą cytostatyków,
- zmniejszenie liczby chorych poddawanych leczeniu systemowemu za pomocą bewacizumabu,
- zmniejszenie liczby chorych poddawanych leczeniu podtrzymującemu za pomocą inhibitora PARP.

Jednak należy zauważyć, że oszacowanie potencjalnej redukcji kosztów jest problematyczne i cechuje się dużym stopniem niepewności.

Opinię przygotował:

Witold Michałek

Ekspert Projekt