

Opinia do Projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Projekt z dnia 09.06.2017 r.) UD 239

I. Opis sytuacji problemowej

Niniejsza opinia dotyczy Projektu ustawy Ministra Zdrowia z dnia 9 czerwca 2017 r. (dalej: „Projekt”) o zmianie ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (tekst jedn.: Dz.U. z 2016 r., poz. 1638, 1948, 2260 (dalej: „Ustawa ODL”).

Jak wynika z uzasadnienia Projektu oraz Oceny Skutków Regulacji (OSR) proponowane w nim zmiany wiążą się z potrzebą zapewnienia spójności funkcjonowania systemu i jego przejrzystości (między innymi z uwagi na: dotychczasową kolizję z przepisami dotyczącymi lecznictwa uzdrowiskowego i zdrowia psychicznego, niejasne przepisy dotyczące kontroli podmiotów, które zbywają produkty lecznicze, oraz (czego głównie będzie dotyczyła niniejsza opinia) braku jednoznacznego rozstrzygnięcia kwestii dotyczącej legalności udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych przez podmioty samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej).

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (SPZOZ), definicja (za https://pl.wikipedia.org/wiki/Samodzielny_publiczny_zak%C5%82ad_opieki_zdrowotnej):

Jednostka organizacyjna, utworzona przez jeden z poniższych podmiotów:

- *ministra lub centralny organ administracji rządowej,*
- *województwo,*
- *jednostkę samorządu terytorialnego,*
- *państwową uczelnię medyczną lub państwową uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych.*

Działalność SPZOZ regulują od roku 2011 przepisy ustawy o działalności leczniczej, a wcześniej (w latach 1991-2011) ustawa o zakładach opieki zdrowotnej.

SPZOZ jak każdy zakład opieki zdrowotnej prowadzi działalność polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Od swoich niepublicznych odpowiedników odróżnia się tym, że stanowi w 100% własność publiczną, bez możliwości prawnej udziału podmiotów prywatnych, oraz specyficznym systemem zarządzania i wewnętrznego ustroju niespotykanym w innych sektorach gospodarki. Charakteryzuje go między innymi brak możliwości upadłości i brak odpowiedzialności finansowej dyrektora za długi przekraczające majątek firmy, co powoduje brak bieżącej motywacji wśród osób zarządzających do racjonalizowania kosztów działania i profilu.

W nawiązaniu do przytoczonej powyżej definicji należy zwrócić uwagę na problemy dotyczące kwestii posiadania przez SPZOZ osobowości prawnej (ustalenie stanu faktycznego jest krytyczne dla sposobu funkcjonowania SPZOZ w obrocie gospodarczym). Przykładem problemów interpretacyjnych jest chociażby Orzeczenie WSA we Wrocławiu z dnia 17.11.2015 r. (sygnatura: IV SA/Wr 648/15). W przytoczonej sprawie Wojewoda Dolnośląski udowodnił, że żaden przepis ustawy ODL nie stanowi, aby samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej posiadały osobowość prawną. *Organ Nadzoru wskazał, że zgodnie z art. 33 Kodeksu cywilnego, osobami prawnymi są Skarb Państwa i jednostki organizacyjne, którym przepisy szczególne przyznają osobowość prawną. Posiadanie statusu osoby prawnej przez jednostkę organizacyjną musi zatem zawsze wynikać z konkretnego przepisu szczególnego. Wprawdzie art. 42 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej stanowi, że ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie określa statut, jednakże postanowienia statutu, nadawanego przez podmiot tworzący (art. 42 ust. 4), nie stanowią przepisów w rozumieniu art. 33 Kodeksu cywilnego. Mając powyższe na uwadze Wojewoda przyjął, że z dniem wejścia w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej utraciły osobowość prawną.*

Skarżący z kolei, odnosząc się do rozstrzygnięcia nadzorczego Wojewody Dolnośląskiego zarzucił, że SP ZOZ Pogotowie Ratunkowe w Świdnicy uzyskało osobowość prawną na zasadach określonych w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej i zdaniem strony skarżącej nie utraciło jej w związku z wejściem w życie ustawy o działalności leczniczej. W ocenie strony skarżącej, pogląd wyrażony przez Organ Nadzoru stoi w sprzeczności z art. 35 kodeksu cywilnego. Na potwierdzenie swojego stanowiska skarżący załączył pismo Ministerstwa Zdrowia Departament Prawny nr PR-WL.024.

WSA stwierdził w swoim wyroku m.in.: *argumenty wskazujące, iż jakoby samo wejście w życie przepisów ustawy o działalności leczniczej, powodowało utratę przez te jednostki osobowości prawnej, należy uznać za bezzasadne. Takiemu rozumowaniu sprzeciwia się nie tylko wola ustawodawcy (brak jednoznacznego przepisu powodującego utratę osobowości prawnej), ale przede wszystkim wykładnia systemowa tych przepisów. Wprawdzie na gruncie ustawy o działalności leczniczej, ustawodawca nie przyznał wprost osobowości prawnej samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej (tak jak to zostało uczynione w art. 35b ust. 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej), to jednak wielokrotnie potwierdza ten fakt, w poszczególnych częściach tej ustawy. W związku z tym, iż wykładnia językowa nie przesądza jednoznacznie o posiadaniu przez analizowane zakłady osobowości prawnej, konieczne jest zastosowanie wykładni systemowej. W tym względzie,*

na uwagę zasługuje w szczególności art. 60 oraz art. 80 ustawy o działalności leczniczej. Ustanie bytu prawnego samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej przewidziane zostało w art. 60 ustawy o działalności leczniczej. Przepis ten wyraźnie wskazuje, iż likwidacja samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Ponadto, ustęp 3 art 60 stwierdza, iż rozporządzenie, zarządzenie albo uchwała o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stanowi z dniem zakończenia likwidacji podstawę do jego wykreślenia m. in. z Krajowego Rejestru Sądowego. Dopiero więc, z chwilą zakończenia likwidacji następuje utrata osobowości prawnej, przyznana na gruncie poprzednio obowiązującej ustawy. A contrario oznacza to, że samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej musi posiadać osobowość prawną, którą utraci dopiero w skutek zakończenia likwidacji. Podobna regulacja zamieszczona została w art. 80 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, "który przewiduje, iż z dniem przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kapitałową, następuje wykreślenie tego podmiotu z Krajowego Rejestru Sądowego. Ustawodawca tym samym przesądza o posiadaniu osobowości prawnej przez ten podmiot, a dopiero jego przekształcenie, a w konsekwencji wykreślenie z Krajowego Rejestru Sądowego, wiąże się z jej utratą. Potwierdzeniem powyższego jest również fakt, iż ustawa o działalności leczniczej nie przewiduje możliwości powstawania nowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (z wyjątkiem tych łączących się), co też zostało wskazane w art. 204 ust. 1. Zgodnie z brzmieniem tego przepisu, z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy nie mogą być tworzone samodzielnie publiczne zakłady opieki zdrowotnej, z wyjątkiem tych powstałych w wyniku połączenia. Jednocześnie samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej działające na podstawie dotychczasowych przepisów, stają się z dniem wejścia w życie niniejszej ustawy podmiotami leczniczymi niebędącymi przedsiębiorcami. Zatem z brzmienia tego przepisu jednoznacznie wynika, iż polski ustawodawca z jednej strony przyjął koncepcję nietworzenia nowych podmiotów, z drugiej zaś, umożliwił funkcjonowanie już zarejestrowanym (działającym) samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej.

Należy podkreślić (na co wskazuje jeden z wyroków: WSA w Krakowie z 9 stycznia 2015 r. sygn. I SA/Kr 1513/14), że „w odniesieniu do jednostek sektora finansów publicznych wykonujących działalność leczniczą ich status prawny był traktowany co do zasady jako zbliżony do statusu innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, poza tym podmioty te były przedsiębiorcami w rozumieniu Kodeksu cywilnego, lecz nie przedsiębiorcami w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, co umożliwiło im funkcjonowanie bez konieczności dokonywania wpisu do rejestru przedsiębiorców i spełniania obowiązków wynikających z przepisów o swobodzie działalności gospodarczej”.

Jednocześnie w opinii niektórych ekspertów problem przesądzenia, czy sp zoz jest przedsiębiorcą, jest istotny nie tylko z punktu widzenia teoretycznego, ale również praktycznego poprzez określenie, czy ustawy adresowane do przedsiębiorców lub podmiotów prowadzących działalność gospodarczą powinny być również stosowane przez sp zoz. Zdaniem ekspertki ustawodawca zaliczył sp zoz do kategorii podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, zaś argumenty przedstawione przez ekspertkę, poparte poglądami doktryny i orzecznictwa, prowadzą do wniosku, że sp zoz prowadzi działalność zarobkową, a tym samym działalność gospodarczą, co przesądza o przyznaniu mu statusu przedsiębiorcy zarówno w świetle KC, jak i ustawy z 2.7.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej.

Dotychczas możliwości udzielania odpłatnych świadczeń przez podmioty lecznicze nie będące przedsiębiorcami nie były jednoznacznie dookreślone w prawie. Powodowało to liczne interpretacje, nierzadko sprzeczne ze sobą oraz w konsekwencji brak pozytywnych bodźców do podejmowania tego typu aktywności. W tym miejscu należy podkreślić, że interpretacja Ministerstwa Zdrowia w obecnym stanie prawnym dotycząca odpłatnych świadczeń zdrowotnych stanowiła, iż mogły one być świadczone tylko na rzecz (zgodnie z pismem Ministerstwa Zdrowia nr MZ -OZZ -024- 29441- 2/EW /12) osób nieuprawnionych lub osób uprawnionych, jednak tylko w przypadku usług spoza tzw. „koszyka” (koszyka usług gwarantowanych).

W przywołanym powyżej piśmie przywołano jako przykład sytuację w której świadczeniobiorca bez okazania skierowania (lub za okazaniem skierowania od lekarza niebędącego lekarzem ubezpieczenia zdrowotnego) otrzymuje świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W takim przypadku możliwe jest pobranie od świadczeniobiorcy opłaty za wykonane usługi. Stosownie do art. 45 ust. 1 ustawy ODL wysokość tej opłaty ustala kierownik podmiotu, w którym świadczenie zostało udzielone, kierując się rzeczywistymi kosztami udzielania świadczenia zdrowotnego.

Warto przytoczyć jeszcze jedną opinię, która pokazuje stopień skomplikowania stosowania art. 44 i 45 ustawy ODL w obecnym kształcie: *wykładnia przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej może prowadzić do nieprawidłowego wniosku, iż możliwość taka jest wykluczona. Chodzi tu o art. 44 ust. 1 zw. z art. 45 ust. 1 i 2 rzeczonej ustawy. Przepisy te - zdaniem autora nieprawidłowo można odczytać w ten sposób, że publiczny podmiot leczniczy ma prawo pobrać opłaty za udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych osobom uprawnionym do ich otrzymania, o ile zezwalają na to odrębne przepisy. Niekiedy spotkać można się z poglądem, iż przepisami odrębnymi w rozumieniu art. 44 ust. 1 ustawy leczniczej są przepisy ustawy o świadczeniach.*

A zatem, jeżeli w ustawie tej brak jest przepisów stanowiących wprost o możliwości odpłatnego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a nawet ponieważ jest to wbrew jej przepisom (vide art. 193 pkt 4 ustawy), to SPZOZ świadczeń takich udzielać nie może.

Ustawodawca umożliwiając w Projekcie świadczenie odpłatnych usług (m.in. poprzez uchylenie art. 44 i art. 45) argumentował w OCR, iż *dopuszczenie (jednoznaczne przesądzenie) możliwości udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej zwiększy dostępność pacjentów do świadczeń zdrowotnych oraz umożliwi tym podmiotom zwiększenie przychodów, co w efekcie poprawi ich sytuację finansową.*

Jednocześnie należy wskazać, że zgodnie z wyliczeniami umieszczonymi w OSR ilość podmiotów leczniczych, nie będących przedsiębiorcami, do których odnosić się mają proponowane przepisy w Projekcie, w zakresie możliwości udzielania odpłatnych świadczeń zdrowotnych, jest w Polsce 1850.

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, wyroków sądów administracyjnych wszystkich szczebli, Ocen Skutków Regulacji, stron www: administracji publicznej i samorządowej, portali tematycznych,
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 ze strony Ministerstwa Zdrowia oraz organizacji pacjenckich.

III. Zestawienie opinii organizacji pacjenckich

Konsultacje na Platformie Konsultacji prowadzone były w okresie od 25.06.2017 do 15.07.2017 r. Z uwagi na horyzontalny charakter Projektu do udziału zaproszono wszystkie organizacje pacjenckie, które zostały zaproszone do rejestracji na Platformie i dokonały takiej rejestracji do dnia ogłoszenia konsultacji Projektu. Konsultacje na Platformie 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:

1. Czy Pana/Pani zdaniem sytuacja w której istnieć będzie jednoznacznie zdefiniowana możliwość świadczenia usług komercyjnych przez SPZOZ, pozytywnie wpłynie na rynek usług medycznych w Polsce?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	5	62,5%
Nie	3	37,5%
Nie mam zdania	-	-

2. Czy Pana/Pani zdaniem kwestie dotyczące świadczenia usług komercyjnych powinny być w jakichkolwiek obszarach doprecyzowane bardziej (na przykład na poziomie rozporządzenia) niż w sposób jaki został zawarty w Projekcie ustawy?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	6	66,67%
Nie	3	33,33%
Nie mam zdania	-	-

3. Czy Pana/Pani zdaniem usługami komercyjnymi powinny być objęte świadczenia gwarantowane po wyczerpaniu się puli usług zakontraktowanych w NFZ?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	4	44,44%
Nie	4	44,44%
Nie mam zdania	1	11,11%

--	--	--

4. Czy cenniki dot. świadczeń komercyjnych SPZOZ powinny być dostępne on-line?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	7	77,78%
Nie	1	11,11%
Nie mam zdania	1	11,11%

5. Czy SPZOZ powinny prowadzić działalność komercyjną?

Warianty odpowiedzi	Ilość	Procent udzielonych odpowiedzi
Tak	6	66,67%
Nie	3	33,33%
Nie mam zdania	-	-

Pytania otwarte:

Jaki wachlarz usług w pierwszej kolejności należałoby w SPZOZ skonfigurować jako usługi komercyjne – jakie usługi w Państwa opinii są z jednej strony najistotniejsze, ale niszowe, a z drugiej niedoszacowane w kontraktach z NFZ, w taki sposób, że powstaje istotna luka między popytem, a podażą, której nie są w stanie zaspokoić podmioty komercyjnie działające na rynku (lub z uwagi na brak konkurencji cena tych usług powoduje brak realnej dostępności dla większości pacjentów)?

Jakie Pana/Pani zdaniem mogłyby być stosowane w SPZOZ narzędzia (zarządcze, informacyjne) zwiększające wykorzystanie infrastruktury jaką te jednostki dysponują w kontekście możliwych do realizacji usług komercyjnych? Chodzi głównie o sposoby konfiguracji takich usług pod kątem ich dostępności, czy kanały komunikacji z Klientami.

Czy i jeśli tak to jakie sankcje (oprócz finansowych) mogłyby być nakładane na SPZOZ w sytuacji, w której świadczenie usług komercyjnych negatywnie wpływałoby na świadczenie usług gwarantowanych dla uprawnionych świadczeniobiorców?

Jakie kwestie dotyczące świadczenia usług komercyjnych przez SPZOZ powinny być bardziej szczegółowo opisane niż na poziomie jaki jest zawarty w Projekcie ustawy?

Odpowiedzi uzyskane podczas konsultacji stanowią elementy opinii wyrażonej na kolejnych stronach, większość respondentów zwracała uwagę na niejasne zapisy, brak precyzji w okre-

śleniu zasad udzielania świadczeń oraz brak szczegółowych warunków jakie powinny być spełnione aby nie doprowadzić poprzez działalność komercyjną do zaburzenia podstawowej działalności dedykowanej uprawnionym świadczeniobiorcom.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



IV. Stanowisko Ars Vivendi

Niniejsze stanowisko w sprawie przedstawionego do konsultacji społecznych Projektu powstało na podstawie przeprowadzonej wcześniej analizy stanu obecnego oraz konsultacji z organizacjami pacjenckimi. Tak jak to zostało zaznaczone na wstępie główny wątek, którym zajmuje się niniejsza opinia dotyczy spraw związanych z komercjalizacją usług świadczonych przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ). Zgodnie z planowanymi w Projekcie zmianami do ustawy ODL, dotyczą one uchylenia:

1. art. 44 zmienianej ustawy ODL, który stanowi, że podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością.
2. art. 45 zmienianej ustawy ODL, który odnosi się do ustalania wysokości opłat za świadczenia zdrowotne przez kierowników podmiotów niebędących przedsiębiorcą.

Jednocześnie modyfikacji poddany zostaje artykuł 24 ustawy ODL, w ramach którego nastąpić ma uproszczenie tego przepisu, tak aby wprost z niego wynikało, że cennik, o którym mowa w ww. artykule Projektu może dotyczyć wyłącznie „świadczeń komercyjnych”. Cennik, o którym mowa w zdaniu poprzednim, nie dotyczy świadczeń finansowanych ze środków publicznych, na podstawie odrębnych przepisów. Respondenci w ramach badania ankietowego wskazywali na konieczność opracowania rozporządzenia rozwijającego wątek komercyjnych usług pojawiający się w art. 24. Rozporządzenie powinno dotyczyć zakresu uprawnień obowiązków kar i nagród związanych z wykorzystaniem (bądź nie) infrastruktury SPZOZ. Rozporządzenie powinno jasno definiować zasady oraz określać wszystkie przypadki komercyjnego świadczenia usług (Wątpliwości budzić może na przykład dopuszczalność pobierania opłat za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które znajdują się w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych, po wyczerpaniu limitu tych świadczeń z kontraktu zawartego z NFZ). W tym wątku, sugestie respondentów w ramach przeprowadzonego badania dotyczyły wrażliwego tematu jakim jest transparentna granica między świadczeniem usług finansowanych ze środków publicznych, a przyjętych rozwiązań dotyczących komercyjnego wykorzystania zasobów ludzkich i infrastruktury, które są w dyspozycji danego SPZOZ. Ankietowani sugerowali, że należy wprowadzić mechanizmy odstraszające od działań, które mogłyby negatywnie rzutować na świadczenie usług gwarantowanych. Wynikiem postępowania SPZOZ, które odbiłoby się szkodą na ubezpieczonych świadczeniobiorcach (opóźnienia, nieadekwatny standard usług), byłyby

sankcje, które oprócz kar finansowych powinny dotyczyć na przykład: czasowego wyłączenia z możliwości świadczenia usług komercyjnych, lub też kar finansowych dla kadry zarządzającej (nie wspominając o ścieżce roszczeń cywilnych). Jednakże tak surowe podejście powinno być zbilansowane zachętami finansowymi dotyczącymi komercyjnego wykorzystania infrastruktury, tak jak mają takie zachęty miejsce w rzeczywistości biznesowej (nagrody zależne na przykład stopnia lub przekroczenia wskaźników amortyzacji dla danych urządzeń – wskaźnik kwantyfikowany w oparciu o ilości przepracowanych roboczogodzin sprzętu). Jak głosi jedna z opinii ekspertów: *dyrektor SPZOZ, który nie realizuje usług odpłatnych, a ma takie możliwości, działa nieracjonalnie i zarządza zakładem niegospodarnie. Rozumując dalej, organ władzy publicznej zatwierdzając statut SPZOZ, który nie przewiduje takich usług, działa zarówno na szkodę SPZOZ, pacjentów jak i podatników (chodzi o niewykorzystane sale operacyjne i aparatura diagnostyczna).*

Respondenci (66,67% ankietowanych) wskazują na potrzebę prowadzenia przez SPZOZ działań komercyjnych. W ramach pytań otwartych pojawiło się kilka propozycji rozwiązań szczegółowych (zostaną zaprezentowane poniżej wraz z komentarzem autora):

1. *Warto rozważyć prowadzenie monitoringu cen komercyjnych świadczeń medycznych realizowanych przez SPZOZ celem ich upubliczniania i tworzenia konkurencji między poszczególnymi podmiotami.* Postulat, z którym można się zgodzić, wyzwalający mechanizmy rynkowe z jednej strony, z drugiej pozwalający na samoocenę każdego z SPZOZ pod kątem cen jakie mógłby zaoferować w ramach świadczenia danej usługi. W cenie usługi zaszyte są przecież zarówno koszty związane z jej świadczeniem, jak i planowana marża.
2. *Utworzenie centralnego serwisu internetowego, który inwentaryzował będzie wszystkie usługi świadczone przez SPZOZ komercyjnie wraz z możliwością rezerwacji wizyt oraz analizą cen rynkowych na danym obszarze (poprzez na przykład udostępnienie serwisu również dla podmiotów komercyjnych. Dzięki takiemu rozwiązaniu będzie wiadomo jakie są największe deficyty (różnice między popytem a podażą) – uruchamiając mechanizmy rynkowe.* Rozwinięcie poprzedniego postulatu, w ramach którego badanie poziomu cen usług obejmowałoby również podmioty komercyjne.
3. *Uelastycznienie świadczenia usług – Uber w medycynie (pisownia oryginalna) – przyjeżdża się z własną ekipą – sprzęt ma być gotowy do przeprowadzenia zabiegu i zostawiony w odpowiednim stanie. Można elastycznie zamawiać sobie usługę – na miejscu cały zespół medyczny i sprzęt lub tylko opieka pielęgniarska na miejscu, a specjaliści przyjeżdżają z pacjentem. Jednocześnie jest możliwość oceny jakości usług świadczonych przez poszczególnych lekarzy lub zespoły medyczne specjalizujące się w*

danej tematyce – to jest rozszerzone to co się i tak dzieje, że w sytuacji choroby szuka się najlepszego specjalisty.

Autorce/autorowi powyższej propozycji chodziło o to, aby stworzyć system wymiany danych dot. zarówno niewykorzystywanej (dostępnej) infrastruktury, jak również informacji o dostępnym personelu.

Najważniejszy problem proceduralny jaki zauważa autor niniejszej opinii to kwestia odpowiedzialności – kto będzie do niej pociągnięty w sytuacji krytycznego błędu lub awarii sprzętu, która może rzutować na zdrowie lub życie pacjenta? Pomysł warty rozważenia, gdyż samopoczucie pacjenta, czyli jego nastawienie oraz stan psychiczny są niezwykle ważne w kontekście inwazyjnych operacji. Na stan ten wpływa m.in. poczucie, że jest się w tzw. „dobrych rękach”, w tym kontekście, rzeczywiście ważna jest rola poznawcza związana z kompetencjami osób jakie będą prowadziły np.: leczenie.

Wyk: Artur Nowicki
Ekspert Projektu