

Szumnie zapowiadany projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjentów to wydmuszka. Widać, że autorom bardzo się spieszyło z pokazaniem czegokolwiek. Ostatecznie do konsultacji publicznych trafił projekt, który większość „nowych” rozwiązań pozostawia do uregulowania w rozporządzeniach wykonawczych Ministra Zdrowia, a w pozostałym zakresie powtarza lub pudruje już istniejące regulacje prawne. Liczne błędy redakcyjne też autorom projektu nie pomagają.

Przysłowiowy „zamordyzm” zamiast zmiany filozofii

Projekt zakłada wyposażenie Narodowego Funduszu Zdrowia w decydowanie o być albo nie być szpitala. Dyrektorzy oddziałów mają wydawać podmiotom leczniczym autoryzację, od której ma zależeć możliwość finansowania udzielania świadczeń ze środków publicznych. Brak autoryzacji będzie skutkował brakiem kontraktu i to niemal z dnia na dzień. Zgodnie z projektem dyrektor oddziału NFZ w drodze decyzji administracyjnej, cofa autoryzację w przypadku, gdy podmiot autoryzowany nie spełnia kryteriów autoryzacji nie później niż w terminie 14 dni od dnia stwierdzenia braku spełniania kryteriów autoryzacji. Decyzja jest ostateczna. Podmiot leczniczy będzie mógł co najwyżej składać skargę do sądu administracyjnego, ale biorąc pod uwagę terminy rozpatrywania skarg jest to ochrona iluzoryczna. Dodać należy, że termin 14 dni na wydanie decyzji nie gwarantuje stronie, że jej prawo do czynnego udziału w postępowaniu będzie przestrzegane.

Tymczasem dla publicznych podmiotów leczniczych nawet krótka przerwa w finansowaniu świadczeń będzie miała katastrofalne skutki i w zasadzie może skutkować tylko likwidacją podmiotu. Brzmienie art. 7 projektu ustawy uniemożliwia nawet czasowe przejęcie finansowania np. przez jednostkę samorządu terytorialnego (środki JST też są środkami publicznymi).

Co jednak istotne – wątpliwości budzi fakt, że płatnik, który i tak ma cały wachlarz instrumentów stawiających go na zdecydowanie wyższej pozycji niż podmiot leczniczy, z którym wiąże go umowa cywilnoprawna, ma zostać wyposażony we władztwo administracyjne. Jeżeli celem projektodawców jest ograniczenie ryzyka kierowania pozwów przeciwko płatnikowi, to niewątpliwie projektowana ustawa w tym pomoże.

Projekt zakłada likwidację Centrum Monitorowania Jakości i przejęcie jego zadań, w tym udzielania dobrowolnej akredytacji, przez NFZ. Autorzy projektu pomijają przy tym, że CMJ jest jedną z nielicznych instytucji kojarzone przez świadczeniodawców z szerzeniem kultury jakości oraz bezpieczeństwa pacjenta w Polsce.

Jakość nie kosztuje?

Według Ministerstwa Zdrowia chyba nie kosztuje, bo w ocenie skutków regulacji bardzo dokładnie wyceniono dodatkowe koszty administracyjne jakie powstaną w Narodowym Funduszu Zdrowia a zupełnie pominięto koszty jakie mogą powstać po stronie świadczeniodawców, zwłaszcza tych prowadzących szpitale. W mniejszych szpitalach wdrożenie przepisów będzie wymagało zatrudnienia dodatkowego personelu, bo nawet jeżeli szpital zatrudnia dzisiaj pełnomocnika ds. jakości to sam nie będzie on w stanie wykonać zadań przewidzianych w projekcie. O kosztach inwestycji, które miałyby służyć poprawie jakości udzielania świadczeń w projekcie nie ma ani słowa.

Ustawa rozporządzeniami stoi

Chyba największe zastrzeżenia budzi jednak fakt, że zasadnicza część przepisów dotycząca jakości ma zostać określona w rozporządzeniach wykonawczych do ustawy. Sama treść upoważnień zostawia ogromny zakres uznaniowości. W przypadku niektórych zapisów można odnieść wrażenie, że autorzy ustawy sami jeszcze nie wiedzą co w tych rozporządzeniach miałyby się znaleźć. Przykładowo w art. 3 projektu ustawy wskazano, że jakość w opiece zdrowotnej jest definiowana i mierzona przez wskaźniki, odnoszące się do obszarów klinicznego, konsumenckiego i zarządczego (bez zdefiniowania na poziomie ustawowym co ustawodawca rozumie przez te obszary). Po czym w art. 6 wskazano, że Minister właściwy do spraw zdrowia, określi w drodze rozporządzenia, zasady i tryb monitorowania jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mając na względzie kliniczny, konsumencki i zarządczy obszar udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Zestawiając ze sobą oba przepisy po pierwsze pojawia się w nich błąd logiczny, po drugie brzmienie obu przepisów będzie pozwalało ministrowi dowolne interpretowanie np. pojęcie „obszar konsumencki”.

Ankiety, opinie, badania

Projekt zakłada badanie zadowolenia pacjentów. Sam pomysł nie jest sam w sobie zły. Dobrze żeby kierownictwo szpitala wiedziało jak placówka oceniana jest przez osoby, którym ma służyć. Jednak badanie opinii ma zostać przeprowadzone po wyjściu pacjenta ze szpitala. Dodatkowo badanie ma być prowadzone według wzoru ankiety ustalonej przez NFZ. Nie znając wzoru nie sposób oszacować czasochłonności takiej operacji. Pobocznie można tylko założyć, że byli pacjenci raczej z rezerwą, a może i nieufnością będą podchodzić do przeprowadzania z nimi ankiet.

Podmioty lecznicze znowu będą musiały stawać na rzęstach

Można powiedzieć, że Ministerstwo Zdrowia przoduje we wprowadzaniu regulacji na ostatnią chwilę, nie dając szans podmiotom leczniczym na przygotowanie się do ich stosowania. Tutaj mamy znowu podobnie. Przepisy ustaw mają wejść w życie 1 stycznia 2022 r., tymczasem nawet projektów rozporządzeń wykonawczych brak. Termin jest oczywiście nierealny ani dla Ministerstwa, żeby przygotować dobre przepisy, ani dla podmiotów leczniczych, żeby móc je wdrożyć. W projekcie przewidziano co prawda okres przejściowy na staranie się o autoryzację, ale na stworzenie wewnętrznego systemu jakości, według wytycznych MZ, już nie.

Projekt ustawy dostępny jest [tutaj](#).

Z uwagami Związku Powiatów Polskich można zapoznać się [tutaj](#).