Wydmuszkowa ustawa o jakości w zdrowiu

Kategoria: Felietony
Opublikowano: piątek, 11, sierpień 2023 09:35
Bernadeta Skóbel
Odsłony: 1772

4 sierpnia 2023 r. Prezydent RP podpisał ustawę z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. W informacji opublikowanej na stronie Kancelarii Prezydenta wskazano, że cyt. „celem ustawy jest wdrożenie rozwiązań prawno-organizacyjnych, które w sposób kompleksowy i skoordynowany będą realizowały priorytety polityki zdrowotnej w obszarze jakości w ochronie zdrowia". Zdanie to zostało powtórzone za autorami projektu ustawy. Szkoda tylko, że tego wszystkiego w przyjętej ustawie nie ma.

Brak kompleksowości i brak koordynacji

W obszarze ochrony zdrowia od lat można zaobserwować postępującą degradację zasad techniki prawodawczej. Zgodnie z ogólnymi zasadami ustawa powinna wyczerpująco regulować daną dziedzinę spraw, nie pozostawiając poza zakresem swego unormowania istotnych fragmentów tej dziedziny. Tymczasem w ochronie zdrowia pojawia się tendencja do fragmentaryzacji poszczególnych zagadnień. Mamy już m.in. ustawę o działalności leczniczej, ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia, ustawę o podstawowej opiece zdrowotnej, ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony, uzdrowiskowej oraz gminach uzdrowiskowych, ustawę o Krajowej Sieci Onkologicznej, ustawę o szczególnej opiece geriatrycznej (jeszcze na etapie prac parlamentarnych) szereg ustaw regulujących zasady wykonywania poszczególnych zawodów medycznych, ustawę o niektórych zawodach medycznych (jeszcze na etapie prac parlamentarnych), ustawę o Funduszu Medycznym, a do tych ustaw łącznie setki rozporządzeń ministrów i zarządzeń Prezesa NFZ i aktów o innych charakterze (np. ogłoszeń na BIP), które udają, że aktami prawnymi nie są.

Zresztą sama ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta też nie reguluje kompleksowo zagadnień dotyczących jakości w systemie. Wręcz przeciwnie – obejmuje zagadnienie, które z zapewnieniem jakości ma niewiele wspólnego – mowa o autoryzacji. O autoryzacji i o tym jakie może w przyszłości stanowić zagrożenie dla szpitali będę pisała niżej, ale pojawia się pytanie dlaczego warunki realizacji umowy w ramach tzw. sieci szpitali nie zostały wprowadzone do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej? To jest przecież ustawa, która reguluje zasady funkcjonowania sieci, kwalifikacji do niej i warunki zawierania umów ze świadczeniodawcami.

Na brak kompleksowego uregulowania zagadnienia jakości w ochronie zdrowia w przyjętej przez Sejm ustawie zwróciło uwagę Biuro Legislacyjne Kancelarii Senatu. W „Opinii do ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (druk nr 1015)" z 26 czerwca 2023 r. można przeczytać, że wbrew założeniom projektodawcy, wejście w życie opiniowanej ustawy nie zmieni stanu prawnego, w którym „zagadnienia jakości w opiece zdrowotnej są regulowane w wielu aktach prawnych o zróżnicowanej randze", co w połączeniu z licznymi zróżnicowaniami wejścia w życie albo stosowania jej przepisów merytorycznych nie zapewni osiągnięcia celu, jaki ma być „Systemowe podejście do zagadnienia jakości w opiece zdrowotnej". Zachęcam do zapoznania się z tą opinią – dostępna jest tutaj.

Autoryzacja jak Miecz Damoklesa

Z punktu widzenia szpitali samorządowych największe obawy powinna budzić autoryzacja. Co prawda wdrożenie tych przepisów będzie miało miejsce dopiero przy kolejnej kwalifikacji do sieci (z art. 62 ust. 2 ustawy wynika, że przepisy o autoryzacji mają zastosowanie do umów o udzielanie świadczeń zawartych po dniu wejścia w życie ustawy) ale sama konstrukcja przepisów wskazuje na co najmniej

Phoca PDF

dwuznaczne intencje autorów ustawy. Przewidziany w projekcie system autoryzacji w żaden sposób nie przyczyni się do poprawy jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (warunkiem otrzymania i utrzymania autoryzacji jest spełnienie warunków wynikających z tzw. rozporządzeń koszykowych, oraz posiadanie wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, któremu w ustawie poświęcono raptem trzy artykuły), ale na pewno spowoduje pogorszenie sytuacji prawnej świadczeniodawców względem Narodowego Funduszu Zdrowia. Już dzisiaj na podstawie umów zawartych przez szpitale, płatnik ma możliwość kontroli udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym nakładania kar umownych na szpitale. W przypadku udzielania świadczeń w sposób i w warunkach istotnie nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa lub umowie Narodowy Fundusz Zdrowia ma możliwość rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń bez wypowiedzenia. Wskazane regulacje podlegają jednak reżimowi prawa cywilnego. Innymi słowy płatnik już posiada prawne instrumenty służące temu, aby zapewnić udzielanie świadczeń zgodnie z wymogami przewidzianymi w tzw. rozporządzaniach koszykowych.

Tymczasem nowa regulacja przewiduje, że NFZ zyska instrumenty administracyjne dzięki którym będzie decydował o być albo nie być szpitala. Nie jest sytuacją spotykaną w cywilizowanych systemach prawnych, aby strona umowy cywilnoprawnej posiadała jednocześnie względem drugiej strony umowy uprawnienia o charakterze administracyjnym. Taka sytuacja może skutkować zniechęcaniem dyrektorów szpitali do występowania przeciwko NFZ z uzasadnionymi roszczeniami cywilnoprawnymi, w obawie przed odwetowym wszczęciem przez NFZ postępowania administracyjnego w przedmiocie cofnięcia autoryzacji.

W ustawie nie zapewniono żadnych realnych gwarancji procesowych, aby przeciwdziałać zjawisku nadużywania prawa przez płatnika. Przeciwnie, z literalnego brzmienia przepisów ustawy wynika, że każde nawet najmniejsze uchybienie warunkom udzielania świadczeń określonym w przepisach koszykowych, nawet niezawinione przez świadczeniodawcę, może skutkować cofnięciem autoryzacji. Cofnięcie autoryzacji w przypadku szpitala publicznego będzie prowadziło do jego likwidacji.

Wskaźników jakości też w ustawie nie ma

Ustawa określa wyłącznie obszary w jakich mają mieścić się wskaźniki. W teorii wskaźniki ma ustalać Minister Zdrowia. Ponieważ ustawa ostatecznie szła trybem poselskim nie były załączone do niej projekty rozporządzeń. Projekt rozporządzenia w tej sprawie był załączony do wcześniejszego rządowego projektu ustawy, która ostatecznie przepadła po przyjęciu uchwały Senatu o odrzuceniu ustawy. We wspomnianym projekcie rozporządzenia wymieniono następujące wskaźniki:

1. Obszar kliniczny:
    - Odsetek pacjentów, u których wykonano reoperację,
    - Odsetek terminowego zakończenia diagnostyki pogłębionej,
    - Odsetek terminowego podjęcia leczenia,
    - Czas hospitalizacji (średnia, mediana, dominanta) w oddziale szpitalnym – dotyczy świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne zawartych w katalogu grup (jednorodnych grup pacjentów; JGP),
    - Śmiertelność wewnątrzszpitalna w wybranych stanach klinicznych,
    - Liczba pacjentów z odleżynami nabytymi (powstałymi w trakcie hospitalizacji),
    - Liczba zabiegów określonego typu (wymiana stawu biodrowego, kolanowego, zabiegi artroskopowe, angioplastyka, radiologia kontrastowa i cewnikowanie serca, operacje

Phoca PDF

zaćmy),
- Odsetek pacjentów po udarze mózgu wypisanych na rehabilitację neurologiczną wczesną (door to door),
- Liczba pacjentów leczonych w ramach poszczególnych zakresów świadczeń.

2. Obszar zarządczy:
   - Odsetek zabiegów realizowanych w czasie hospitalizacji jednodniowych w określonych świadczeniach - operacje przepuklin – powyżej średniej dla wszystkich świadczeniodawców,
   - Liczba skarg pacjentów składanych do Narodowego Fundusz Zdrowia w zakresie organizacji i sposobu udzielania świadczeń,
   - Posiadanie ważnego certyfikatu akredytacyjnego wydanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
3. Obszar konsumencki:
   - Prowadzenie regularnych badań satysfakcji pacjenta przez udostępnienie ankiety,
   - Odsetek pacjentów, którzy wypełnili ankiety satysfakcji pacjenta powyżej średniej dla wszystkich świadczeniodawców.

W mojej ocenie tak napisane rozporządzenie nie wypełnia treści upoważnienia ustawowego do jego wydania. Z ustawy (i wcześniejszego projektu rządowego) wynikało, że minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wskaźniki jakości opieki zdrowotnej biorąc pod uwagę specyfikę świadczenia opieki zdrowotnej, którego wskaźnik dotyczy, lub grupy tych świadczeń oraz konieczność zapewnienia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wysokiej jakości.

Problem w tym, że w projekcie rozporządzenia nie wskazano ani w jaki sposób wskaźniki będą wyliczane (zmienne do wskaźników) ani jak powinny być interpretowane, nie wspominając o tym, że część wskaźników jest określona nieprawidłowo np. liczba skarg pacjentów składanych do Narodowego Fundusz Zdrowia w zakresie organizacji i sposobu udzielania świadczeń, która może zależeć od różnych czynników, w tym wielkości placówki medycznej, liczby pacjentów i liczby personelu.

I tu dochodzimy do sedna. Znaczenie poszczególnym wskaźnikom będzie nadawał Prezes NFZ, który corocznie ma ustalać wartość realizacji wskaźników jakości, co wynika z art. 5 ust. 2 ustawy. Będzie to robił za pośrednictwem strony BIP. Bez wymogu przeprowadzania jakichkolwiek konsultacji z interesariuszami.

Ustawa jest po to żeby była

Przepisy o akredytacji w ochronie zdrowia, które zajmują większą część ustawy praktycznie nie wprowadzają nowych rozwiązań w stosunku do tego co dotychczas wynikało z ustawy o akredytacji w ochronie zdrowia z 2008 r. i wydanych na jej podstawie przepisów wykonawczych. Pojawia się zatem pytanie po co w ogóle przyjmowano tę ustawę. Można odnieść wrażenie, że z dwóch powodów. Pierwszy to zobowiązanie się w Krajowym Planie Odbudowy rządu polskiego, że taka ustawa zostanie przyjęta. Więc coś trzeba było przyjąć. Druga, to dosyć osobiste potraktowanie sprawy odrzucenia pierwszej ustawy przez Senat przez byłego już Ministra Zdrowia. Zamiast zastanowić się dlaczego tak trudno było przeforsować projekt rządowy i zrobić powtórny przegląd uwag zgłaszanych przez zainteresowane środowiska na siłę przepchnięto ustawę, tyle że w nieco okrojonej wersji.

Phoca PDF