

Projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia w kontekście zagrożenia ciągłości finansowania szpitala

Bernadeta Skóbel

Wisła, 17 września 2021 r.



ZWIĄZEK
POWIATÓW
POLSKICH

Gdzie w ustawie zagrożenie dla szpitali powiatowych?

W propozycji proponuje się wprowadzenie zupełnie nieefektywnego swoistego systemu prekontroli (autoryzacja) nad świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia szpitalne, nakładającego się na już obowiązujące regulacje dotyczące kontroli nad świadczeniodawcami.

Literalne brzmienie projektowanych przepisów wskazuje, że autoryzacja nie jest przyznawana na poszczególne zakresy działalności leczniczej danego świadczeniodawcy ale jedna autoryzacja jest udzielana na podmiot leczniczy. Powyższe będzie oznaczało, że niespełnienie warunków dla jednego z wielu zakresów świadczeń może skutkować po pierwsze nieotrzymaniem autoryzacji albo cofnięciem akredytacji dla wszystkich zakresów świadczeń szpitalnych.



Gdzie w ustawie zagrożenie dla szpitali powiatowych?

Warunkowa autoryzacja ma być wydawana w przypadku spełnienia 95% warunków.

W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazano, że kryteria autoryzacji i sposoby ich oceny będą określone przez Ministra Zdrowia, w drodze Rozporządzenia – w projekcie ustawy brak jednak stosownego przepisu. Tymczasem przynajmniej ogólne zasady ustalenia ujęcia w wymiarze procentowym spełnienia warunków przez podmiot leczniczych powinny wynikać z ustawy. W projekcie nie określono w jaki sposób będzie wyliczany wskaźnik %. Na akredytację ma składać się spełnienie zasadniczo dwóch warunków: spełnienie wymagań ze szpitalnego rozporządzenia koszykowego oraz prowadzenie wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa. Biorąc pod uwagę aktualne brzmienie rozporządzenia koszykowego nie sposób wskazać w jaki sposób wymogi tam określone miałyby znaleźć odzwierciedlenie w jakiejś punktacji określonej procentowo.

Tryb autoryzacji ma być określony w rozporządzeniu wykonawczym do ustawy. Ponieważ udzielenie autoryzacji ma mieć formę decyzji administracyjnej pytanie co się kryje pod pojęciem „trybu” wydawania autoryzacji?



Gdzie w ustawie zagrożenie dla szpitali powiatowych?

Projekt zakłada wyposazenie Narodowego Funduszu Zdrowia w decydowanie o byc albo nie byc szpitala. Dyrektorzy oddzialow maja wydawac podmiotom leczniczym autoryzacje, od ktorej ma zalezec mozliwosc finansowania udzielania swiadczen ze srodkow publicznych.

Brak autoryzacji bedzie skutkowal brakiem kontraktu i to niemal z dnia na dzien. Zgodnie z projektem dyrektor oddzialu NFZ w drodze decyzji administracyjnej, cofa autoryzacje w przypadku, gdy podmiot autoryzowany nie spelnia kryteriow autoryzacji nie pozniej niz w terminie 14 dni od dnia stwierdzenia braku spełniania kryteriow autoryzacji.

Decyzja jest ostateczna. Podmiot leczniczy bedzie mogl co najwyzej skladać skarge do sadu administracyjnego, ale biorca pod uwage terminy rozpatrywania skarg jest to ochrona iluzoryczna (czas rozpatrzenia spraw przez sady administracyjne przekracza 2 lata, w tym w NSA ok. 60% spraw czeka na rozpoznanie dluzej niz 12 miesiacy). Zaden publiczny podmiot leczniczy nie bedzie mogl sobie pozwolic na oczekiwanie na rozpatrzenie jego skargi przez sad.



Gdzie w ustawie zagrożenie dla szpitali powiatowych?

Termin 14 dni na wydanie decyzji nie gwarantuje stronie, że jej prawo do czynnego udziału w postępowaniu będzie przestrzegane.

Obecnie jedną z największych bolączek systemu jest zapewnienie kadr – wskazany przepis będzie mógł być wykorzystywany przez pracowników oraz osoby zatrudnione na kontraktach jako karta przetargowa w negocjacjach płacowych. Jest to skutek oczywisty dla każdego kto od praktycznej strony zna warunki na jakich funkcjonują podmioty lecznicze. Krótkowzroczność autorów projektu jest przy tym zdumiewająca.

W chwili opiniowania ustawy nie są znane założenia przyszłej organizacji systemu (np. w zakresie sieci). Pojawia się zatem wątpliwość, czy w przypadku wydania decyzji przez dyrektora oddziału i jej uchylecia przez sąd administracyjny podmiot leczniczy będzie miał gwarancję „powrotu” do finansowania świadczeń ze środków publicznych.



Wzrost przewagi NFZ nad świadczeniodawcami

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).

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.



Rozporządzenia z dużą dozą uznaniowości

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 (circulus in definiendo) po drugie brzmienie obu przepisów będzie pozwalało ministrowi dowolne interpretowanie np. pojęcie „obszar konsumencki”.

Biorąc pod uwagę datę wejścia w życie ustawy (1 stycznia 2022 r.) projekty rozporządzeń powinny być już gotowe. Po raz kolejny MZ prowadzi proces legislacyjny w sposób uniemożliwiający świadczeniodawcom odpowiednie przygotowanie się do wdrożenia przepisów



Materia ustawowa do rozporządzeń

Sama treść art. 3 i 6 projektu ustawy wskazuje, że projektodawca zamierza istotną część regulacji dotyczącą jakości w ochronie zdrowia uregulować w przepisach wykonawczych, gdy tymczasem jest to materia ustawowa (zasady i tryb monitorowania jakości w ochronie zdrowia mają wpływ na prawa pacjentów oraz prawa i obowiązki świadczeniodawców). W wyroku TK z dnia 31 marca 2009 r. K 28/08 wskazano, że wymóg „szczegółowego upoważnienia” odnosi się zarówno do organu, który ma wydać rozporządzenie, jak i do materii, która ma zostać w nim prawnie uregulowana. To znaczy, że materia ta powinna być określona poprzez wskazanie spraw rodzajowo jednorodnych z tymi, które reguluje ustawa, lecz które nie mają zasadniczego znaczenia z punktu widzenia założeń ustawy i dlatego nie zostały unormowane w niej wyczerpująco, a są niezbędne do realizacji norm ustawy (zob. orzeczenie z 22 kwietnia 1987 r., sygn. K. 1/87, OTK w 1987 r., poz. 3) – źródło: LEX nr 487552.



Badania i ankiety

Projekt zakłada badanie zadowolenia pacjentów. Sam pomysł nie jest sam w sobie zły. 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, po wyjściu ze szpitala.



Monitorowanie zdarzeń niepożądanych, wewnętrzny system zarządzania jakością

Nie jest jasne czy przepisy dotyczące monitorowania zdarzeń niepożądanych oraz wewnętrznego systemu zarządzania ma zastosowanie do świadczeniodawców posiadających szpital wyłącznie w zakresie w jakim ten świadczeniodawca udziela świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo szpitalne , czy też przepis ma mieć zastosowanie również w odniesieniu do innych zakładów podmiotu leczniczego, z których jeden to szpital. Na pierwsze wskazuje wykładnia celowościowa, na drugie językowa.



Jakość (nie) kosztuje

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.



Jakość (nie) kosztuje

Przy założeniu, że przygotowanie, wdrożenie i stosowanie wewnętrznego systemu jakości będzie wymagało zatrudnienia tylko jednego dodatkowego pracownika, którego roczny koszt zatrudnienia wyniesie 100 tys. zł (co jest kwotą i tak zaniżoną zwłaszcza w dużych miastach) biorąc pod uwagę liczbę świadczeniodawców w sektorze publicznym udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia szpitalne, tylko koszt zatrudnienia średnio jednej osoby w każdym szpitalu wyniesie 60 mln zł.



Dziękuję za uwagę!

Bernadeta Skóbel



ZWIĄZEK
POWIATÓW
POLSKICH