



Warszawa, 20 sierpnia 2021 r.

CML/0255/08/2021/BO/BR

**Pan
Waldemar Kraska
Sekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia**

Dotyczy: uwag do projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta

Szanowny Panie Ministrze,

Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej z olbrzymią satysfakcją przyjęli informację o przekazaniu, przez resort zdrowia, do konsultacji i opiniowania tak długo wyczekiwanego projektu ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta (zwany dalej: "Projektem"). Niestety, po zapoznaniu się z jego treścią z przykrością stwierdzamy, że nie jest on do zaakceptowania w zaproponowanym brzmieniu. Poza bowiem samą koncepcją organizacji oceny jakości w polskim systemie opieki zdrowotnej, która w zaproponowanej formie budzi nasze olbrzymie wątpliwości, jest on obciążony wieloma błędami legislacyjnymi, redakcyjnymi (językowymi) i formalnymi. Ponadto, Minister Zdrowia nie przekazał do konsultacji projektów aktów wykonawczych, które są kluczowe dla poznania całej koncepcji legislacyjnej.

Rozwiązania zaproponowane w Projekcie są w ocenie Pracodawców RP nie do przyjęcia z uwagi na fakt, iż dotyczą tylko i wyłącznie zakresu świadczeń szpitalnych. Do tego Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej jako: "NFZ") miałby występować nie tylko w roli płatnika publicznego, ale również podmiotu oceniającego jakość. Koncepcja płatnika publicznego, który przeprowadza konkursy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, finansuje te świadczenia, kontroluje ich realizację, a jednocześnie dopuszcza, poprzez system autoryzacji, podmioty do funkcjonowania w ramach systemu publicznego i równocześnie ma przyznawać certyfikaty akredytacyjne oraz tworzyć standardy akredytacyjne, określać status jakościowy szpitali i nadzorować tę jakość, jest niespotykana w skali europejskiej. Niezrozumiałe dla Pracodawców RP jest wiele spośród zaproponowanych rozwiązań, jak również propozycja pozbawienia Ministra Zdrowia prawa do akredytacji podmiotów leczniczych (co jest nie do przyjęcia biorąc pod uwagę to, że za organizację systemu ochrony zdrowia odpowiada w szczególności Minister Zdrowia) oraz rezygnacja z dorobku i doświadczenia jedynej, niezależnej i obiektywnej, instytucji zajmującej się akredytacją w ochronie zdrowia, oceniającej spełnianie standardów akredytacyjnych, która wypracowała metody oceny jakości.

Realizacja procesu akredytacji przez NFZ jest sprzeczna z zasadą obiektywizmu i niezależności, ponieważ zawsze kojarzona z kontrolą NFZ, a w konsekwencji ograniczeniem finansowania świadczeń.

Ponadto, projekt niestety w żaden sposób nie precyzuje, w jaki dokładnie sposób działania projakościowe, czyli akredytacja, przełożą się na finansowe motywowanie świadczeniodawców.

W przedmiotowym projekcie brakuje również:

- 1) nowych standardów akredytacyjnych, aby szpitale miały czas na opracowanie i wdrożenie nowych procedur;
- 2) zasad (w jakich sytuacjach) zlecenia przez Ministra Zdrowia Prezesowi NFZ wizyty kontrolnej w podmiocie akredytowanym w celu potwierdzenia aktualności standardów;
- 3) kryteriów jakie muszą spełnić szpitale, aby uzyskać autoryzację;
- 4) trybu udzielania autoryzacji;
- 5) procedury odwoławczej dotyczącej decyzji o autoryzacji (decyzja o odmowie udzielenia autoryzacji będzie mogła zostać zakwestionowana wyłącznie w drodze skargi do sądu administracyjnego, a w przypadku odmowy udzielenia autoryzacji, kolejny wniosek o udzielenie autoryzacji będzie mógł zostać złożony po upływie jednego roku od dnia, w którym decyzja o odmowie udzielenia autoryzacji stała się prawomocna);
- 6) zasad organizacji opieki w sytuacji kiedy brak autoryzacji uniemożliwi realizację świadczeń (kto i na jakich zasadach zabezpieczy dostęp do świadczeń dla pacjentów szpitala, któremu odmówiono autoryzacji?);
- 7) zasad i trybu monitorowania jakości świadczeń, w szczególności wytycznych do prowadzenia analiz przyczyn źródłowych występowania zdarzeń niepożądanych;
- 8) minimalnych wymogów wewnętrznego systemu zapewnienia jakości i bezpieczeństwa;
- 9) systemowych wskaźników wewnętrznego zapewnienia jakości i bezpieczeństwa;
- 10) wytycznych do prowadzenia badania satysfakcji pacjentów;
- 11) wytycznych dotyczących finansowania szpitali akredytowanych;
- 12) projektów aktów wykonawczych.

Poza tym, projektowane rozwiązania dotyczące zdarzeń niepożądanych również budzą wiele wątpliwości. W ocenie Pracodawców RP zamiast wprowadzenia obligatoryjnego systemu publikowania informacji o zdarzeniach niepożądanych warto byłoby zastanowić się nad stworzeniem niezależnej instytucji, której zadaniem byłoby gromadzenie danych o zdarzeniach niepożądanych, tak jak ma to miejsce w innych krajach w Europie, oraz

publikowanie komunikatów jakościowych, które byłyby, swego rodzaju, rekomendacjami dla podmiotów leczniczych wykorzystywanymi w celu poprawy jakości realizowanych świadczeń.

Szczegółowe uwagi do Projektu zostały zawarte w załączniku do niniejszego pisma.

Podsumowując powyższe, ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta jest bardzo potrzebna polskiemu systemowi opieki zdrowotnej, jednakże w zaproponowanym kształcie nie pozwoli na realizację założonych celów. Pracodawcy RP liczą, że ostateczna wersja Projektu, która zostanie skierowana do prac w Sejmie zostanie wypracowana w formule jak najpełniejszego dialogu publicznego, ponieważ jakość w ochronie zdrowia i bezpieczeństwo pacjentów są sprawami kluczowymi dla polskiego systemu ochrony zdrowia.

Z wyrazami szacunku

Wiceprezydent Pracodawców RP



Dr Andrzej Mądrała