



Opinia i rekomendacje
Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy
oraz Porozumienia Rezydentów OZZL
dot. Poselskiego projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej
i bezpieczeństwie pacjenta

Wstęp

Na wprowadzenie ustawy mającej na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta oraz gwarantującej bezpieczeństwo dla zawodów medycznych i niemedycznych, które to zawody mają tę jakość wypracować, a bezpieczeństwo pacjentom zagwarantować czekamy już 45 LAT!

I niestety przedstawiony projekt ustawy oceniamy **negatywnie**. Jest w aktualnej formie niedopracowany, oderwany od realiów klinicznych i międzynarodowych rekomendacji. Wprowadzenie nieprzemyślanych rozwiązań może doprowadzić do spadku jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta. Wymaga on dalszych prac, konsultacji ze środowiskami związanymi z ochroną zdrowia i licznymi poprawek.

1. Wskaźniki jakości

Kluczowym aspektem ustawy jest wprowadzenie wskaźników jakości opisanych w art. 4. Są one podzielone na trzy obszary: kliniczny, konsumencki i zarządczy. Już na wstępie dostrzegamy brak obszaru dotyczącego personelu. Jest to znaczące niedopatrzenie, gdyż warunki pracy personelu medycznego są kluczowym aspektem jakości w ochronie zdrowia, a **zła organizacja pracy, nierówne traktowanie, mobbing** i wynikające z nich **przemęczenie i wypalenie zawodowe** są jednymi z głównych czynników prowadzących do zdarzeń niepożądanych. *Apelujemy o dodanie tego obszaru.*



OZZL

Wskaźniki monitoruje NFZ i na ich podstawie może zmieniać wysokość finansowania placówek. Jest to skrajnie nieakceptowalne, by jedna i ta sama jednostka oceniała jakość oraz modyfikowała finansowanie, bez niezależnej jednostki kontrolnej, ani możliwości odwołania się do drugiej instancji.

Wskaźniki jakości budzą szczególną obawę, ponieważ tymi samymi kryteriami oceniane są placówki niezależnie od specyfiki oferowanych świadczeń oraz specyfiki i stanu przyjmowanych pacjentów.:

1) klinicznego – rozumianego jako zestaw wskaźników odnoszących się do poziomu i efektów realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, opisywanych przez parametry:

- a) efektu leczniczego,*
- b) powtórnych hospitalizacji z tej samej przyczyny,*
- c) śmiertelności po zabiegach: w trakcie hospitalizacji w okresie 30 dni, 90 dni oraz 1 roku od dnia zakończenia hospitalizacji,*
- d) doświadczenia w wykonywaniu określonych świadczeń opieki zdrowotnej,*
- e) struktury procedur medycznych wykonywanych w przypadkach określonych problemów zdrowotnych;*

Porównywanie placówek przyjmujących różnych pacjentów na podstawie oceny efektu leczniczego, powtórnych hospitalizacji czy śmiertelności jest obciążone dużym błędem, a co więcej buduje groźny dla pacjenta model faworyzowania placówek podejmujących się łatwiejszych przypadków i w konsekwencji dyskryminacji pacjentów ciężkich. Wyższa śmiertelność będzie również w szpitalach, posiadających SOR-y, Centra Urazowe oraz szpitalach Wielospecjalistycznych i Klinicznych. Dla przykładu szpital posiadający chirurgię urazową, przyjmującą w trybie pilnym pacjentów po wypadkach komunikacyjnych będzie miał zawyżony wskaźnik śmiertelności względem placówki, posiadającej oddział chirurgiczny, podejmujący się rutynowych zabiegów planowych. W przypadku ponownych hospitalizacji - choroby przewlekłe charakteryzują się licznymi wtórnymi hospitalizacjami z tej samej przyczyny, co nie ma nic wspólnego ze złą jakością usług medycznych i stawia placówki, prowadzące tego typu chorych, w gorszej sytuacji, a w konsekwencji uderza w ciężko chorych pacjentów. Powtórne hospitalizacje wynikają też z naturalnego rozwoju nieuleczalnego schorzenia (np.NF1). Zatem mamy uzasadnione wątpliwości co do tego, że “trudni” pacjenci nie będą leczeni z obawy o pogorszenie wyników szpitala.

2) konsumenckiego – rozumianego jako wyniki badań opinii pacjentów o organizacji procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;



OZZL

Satysfakcja pacjenta jest oceniana na podstawie pisemnych ankiet, których uzupełnienie może być trudniejsze lub niemożliwe dla pacjentów szpitali paliatywnych, psychiatrycznych, neurologicznych, geriatrycznych – nieakceptowalnym byłoby zmniejszenie finansowania tych placówek z tytułu niższych wyników ankiet. Problematyczne również są szpitale pediatriczne, w których ankietę uzupełniałby rodzic lub opiekun prawny, a nie sam pacjent. Nosi to w naszej opinii znamiona dyskryminacji pewnych grup pacjentów.

- 3) zarządczego – rozumianego jako zestaw wskaźników odnoszących się do efektywności wykorzystania zasobów oraz wdrożenia systemów zarządzania, opisywanych przez parametry dotyczące:
- a) posiadania akredytacji lub innego certyfikatu albo świadectwa potwierdzającego jakość wydanego przez niezależną akredytowaną jednostkę,
 - b) stopnia wykorzystania zasobów będących w dyspozycji podmiotu,
 - c) długości hospitalizacji,
 - d) struktury realizowanych świadczeń.

Podobnie jak w obszarze klinicznym krytykujemy porównywanie placówek o różnym profilu pacjentów, tak i tu jest ocena **nie mówiąca o realnej jakości**. Przykładowo czas hospitalizacji w szpitalach psychiatrycznych może być liczony w miesiącach w wypadku lekoopornych psychoz. Oznaczałoby to niższy wskaźnik jakości dla jednoimiennych szpitali psychiatrycznych i w konsekwencji niższe finansowanie.

Konkretna treść wskaźników ma być określona w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia:

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wskaźniki jakości opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, biorąc pod uwagę specyfikę świadczenia opieki zdrowotnej, którego wskaźnik dotyczy, lub grupy tych świadczeń oraz konieczność zapewnienia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wysokiej jakości.

W naszej opinii takie rozporządzenie musi być efektem rzetelnych prac zespołu eksperckiego, a nie jedynie decyzji ministra. Jak zaznaczyliśmy, wskaźniki tworzą groźne podstawy do ograniczenia nie tylko jakości, ale i dostępu do opieki niektórym grupom pacjentów. W związku z czym powinny być opracowane w rzetelny sposób przez interdyscyplinarny zespół, widzący je z różnych perspektyw.

Postulujemy o dodanie zapisu zobowiązującego ministra o powołania takiego zespołu.



1. Autoryzacja

Rozumiemy potrzebę przeprowadzania przez płatnika autoryzacji finansowanych podmiotów. Jednak sytuacja, w której NFZ przeprowadziłby zarówno autoryzację jak i monitorował wskaźniki jakości, na podstawie których może zmieniać finansowanie placówek, bez niezależnej jednostki kontrolnej ani możliwości odwołania się do drugiej instancji, stwarza pole do nadużyć.

3. Akredytacja

Zapisy dotyczące zmian w akredytacji stanowią znaczącą część ustawy i zawierają liczne nieprawości obniżające dotychczasowe standardy tego procesu. Z tego tytułu rozdzieliliśmy nasze uwagi na kilka podpunktów. Zapisy będziemy porównywać z dotychczas funkcjonującymi zasadami opisanymi w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia.

3.1. Uwagi ogólne

Popieramy propozycję Polskiej Federacji Szpitali mówiącej o stworzeniu krajowej rady ds. akredytacji podmiotów leczniczych, która miałaby autoryzować instytucje akredytacyjne w Polsce oraz nadzorować ich funkcjonowanie. Nadałoby to temu kluczowemu dla jakości opieki zdrowotnej procesowi odpowiednią niezależność i kontrolę pozarządową.

3.2. Rada Akredytacyjna

Dotychczasowy skład Rady prezentował się w następujący sposób:

Art. 6. 1. Rada składa się z 12 osób powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, przy czym:

- 1) 8 osób powołuje się spośród kandydatów przedstawionych przez samorządy zawodów medycznych i organizacje społeczne, których działalność statutowa polega na działaniu na rzecz poprawy jakości w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych;*
- 2) 1 osobę powołuje się spośród kandydatów przedstawionych przez Ministra Obrony Narodowej;*
- 3) 1 osobę powołuje się spośród kandydatów przedstawionych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.*



OZZL

W zgłoszonym projekcie ustawy skład jest zmieniony na:

Art. 48. 2. W skład Rady Akredytacyjnej wchodzi 13 członków, w tym:

- 1) 6 przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia;*
- 2) 3 przedstawicieli wykonujących zawody medyczne spośród kandydatów zgłoszonych przez samorządy zawodowe zawodów medycznych;*
- 3) przedstawiciel Ministra Obrony Narodowej;*
- 4) przedstawiciel ministra właściwego do spraw wewnętrznych;*
- 5) przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta;*
- 6) przedstawiciel spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje społeczne, których działalność statutowa polega na działaniu na rzecz praw pacjentów.*

Oceniamy tę zmianę jako przejście przez resort dotychczas niezależnej i eksperckiej Rady. Nie rozumiemy w jaki sposób zmniejszenie udziału osób pracujących w ochronie zdrowia lub w organizacjach zajmujących się poprawą jakości na rzecz kandydatów wskazanych przez rząd ma pozytywnie wpłynąć na poprawę jakości. Przedstawiciele rządowi mają zdecydowaną większość w Radzie Akredytacyjnej i istnieje możliwość odwołania członka rady w efekcie wniosku co najmniej 7 członków Rady, co w naszej opinii daje pole do nadużyć. Brak również organu kontrolującego decyzje Rady, niezależnego od Ministerstwa Zdrowia. Międzynarodowe standardy programów akredytacyjnych mówią o niezależności i autonomii decyzji akredytacyjnej w rozumieniu, że decyzje przyznania lub odmowy akredytacji podejmowane są przez autonomiczne organy decyzyjne. Rada w proponowanym przez projekt ustawy kształcie nie spełnia tego warunku.

Proponujemy utrzymanie ilości osób reprezentujących organizacje pozarządowe.

Niepokój również budzi zmniejszenie kryteriów jakie musi spełniać członek Rady. Dotychczas istniał wymóg co najmniej 5-letniego doświadczenia związanego z działaniem na rzecz poprawy jakości w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i funkcjonowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych. Co zostaje zastąpione znacznie ogólniejszym kryterium w brzmieniu: *“posiada wiedzę i doświadczenie w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków członka Rady Akredytacyjnej;”*.

Postulujemy utrzymanie poprzedniego kryterium, gdyż to buduje przestrzeń **do nadużyć**.

3.3. Wizytatorzy

Wizytatorzy dokonują oceny placówek, która służy Radzie do podjęcia decyzji w zakresie nadania akredytacji.



Jedną z cech większości programów akredytacyjnych jest ocena koleżeńska (peer review). Oznacza to, że wizytatorami powinny być praktykujący lekarze, pielęgniarki lub osoby wykonujące inny zawód medyczny, ponieważ to pozwala na wymianę doświadczeń, nakierowaną na poprawę i edukację. Miało to odzwierciedlenie w dotychczasowych kryteriach, wymagających od wizytatorów praktykowania zawodu lekarza lub pielęgniarki. Natomiast projekt ustawy zakłada, że wizytatorami mogą być osoby posiadające wykształcenie wyższe i *“co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe w podmiotach wykonujących działalność leczniczą dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków wizytatora”*. Jest zaprzeczeniem oceny koleżeńskiej. ***Postulujemy, aby kryteria jakie mają spełnić wizytatorzy były zgodne z międzynarodowymi standardami programów akredytacyjnych. Powinny być to osoby praktykujące zawód medyczny.***

4. Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem

Ustawa wprowadza wewnętrzne systemy zarządzania jakością i bezpieczeństwem (zwane dalej “wewnętrznymi systemami”). W myśl art 7. są one jednym z warunków do uzyskania autoryzacji, co czyni je de facto obowiązkowymi dla podmiotów publicznych.

Wewnętrznym systemem zarządza kierownik placówki, a obowiązki w tym zakresie są definiowane w poniższym zapisie:

Art. 18. 3. Podmiot wykonujący działalność leczniczą w ramach wewnętrznego systemu:

- 1) wdraża rozwiązania służące identyfikacji ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych i zarządzaniu tym ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;*
- 2) identyfikuje obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;*
- 3) określa kryteria i metody potrzebne do zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;*
- 4) okresowo monitoruje i ocenia jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej;*
- 5) monitoruje zdarzenia niepożądane;*
- 6) zapewnia dostęp do szkolenia służącego uzyskaniu i podnoszeniu kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń;*
- 7) prowadzi badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiety, o której mowa w art. 20 ust. 1.*



OZZL

Wymienione punkty nakładają na podmioty liczne nowe obowiązki, nie oferując środków finansowych na ich odpowiednie wypełnienie. Oznacza to obciążenie finansowe placówek oraz ryzyko sytuacji dramatycznego wzrostu ich zadłużenia – 12% w minionym roku dla szpitali powiatowych. Należy również podkreślić, że w powyższych zapisach nie uwzględniono KPI procesu monitorowania, czyli wyciągania wniosków i budowanie organizacji uczącej się, która zamienia się na ich bazie. Prowadzenie analiz zdarzeń niepożądanych jest procesem długotrwałym i wymagającym gruntownej wiedzy fachowej zarówno klinicznej, jak i organizacyjnej. Ustawa nie przewiduje mechanizmów służących edukacji personelu medycznego w zakresie zrozumienia i prawidłowego wykorzystania możliwości jakie daje monitorowanie i wyciąganie wniosków.

Uważamy, że aby wewnętrzne systemy zostały wprowadzone efektywnie muszą się wiązać z wdrażaniem w życie wniosków i nich płynących i przekazaniem środków finansowych na wynagrodzenie personelu oraz wprowadzeniem procedur edukowania go w zakresie nowych obowiązków.

Konkluzja

Niestety nowa ustawa o jakości poza usunięciem kilku kontrowersyjnych punktów nie uległa jakiegokolwiek poprawie względem pierwotnej wersji. Całość dotychczasowej krytyki środowiska lekarskiego pozostaje w mocy[6]. Apelujemy o wdrożenie wszelkich możliwych poprawek opisanych w naszym dokumencie. W wypadku ich ponownego zignorowania w naszej opinii ustawę będzie należało odrzucić w całości.

G. Cebula-Kubat
Grażyna Cebula-Kubat

Przewodnicząca
Ogólnopolskiego Związku
Zawodowego Lekarzy

Sebastian Goncerz
Sebastian Goncerz

Przewodniczący
Porozumienia Rezydentów
Ogólnopolskiego Związku
Zawodowego Lekarzy



OGÓLNOPOLSKI
ZWIĄZEK ZAWODOWY
LEKARZY
Zarząd Krajowy



**Porozumienie
Rezydentów**

Kontakt

E-mail: pr@ozzl.org.pl