



Sygn. 6/ZPR/2023

Kraków, dnia 22.03.2023 r.

Opracowanie rządowego projektu *ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta*

Wstęp

Mimo, że aktualna forma ustawy o bezpieczeństwie i jakości jest efektem wielomiesięcznych prac, w opinii wielu środowisk medycznych, w tym porozumienia organizacji lekarskich, jest szkodliwa dla personelu w ochronie zdrowia oraz nie spełnia swojego celu, jakim ma być poprawa jakości realizowanych procedur oraz bezpieczeństwa pacjenta.

Jako środowisko widzimy, że autorzy ustawy oparli zapewnianie jakości i bezpieczeństwa o wzmożenie kontroli pracy pracowników medycznych, co jest z założenia błędem. Z doświadczenia wiemy, że dalsza biurokratyzacja przyniesie odwrotny skutek do zamierzonego. Co więcej liczne propozycje poprawy tekstu prawnego spotkały się z całkowitym oporem autorów ustawy. Sam jej projekt został zaś skierowany do Senatu RP przez Sejm RP przewagą zaledwie 6 głosów.

Badania naukowe pokazują, że 10% hospitalizacji wiąże się z zajściem zdarzeń niepożądanych. Są one integralnym elementem współczesnej medycyny, wynikających z jej złożoności i mnogości czynników wpływających na proces leczenia. Zostało to zauważone już wiele lat temu i zaowocowało powstaniem w licznych krajach systemów mających gromadzić informacje o tych zdarzeniach, analizować je, wyciągać z nich wnioski, a następnie kształcić personel, poprawiać procedury i kompensować pacjentom uszczerbek na zdrowiu. Najwcześniejszymi przykładami są Nowa Zelandia czy Dania. Z uwagi na rangę problemu w 2006 roku Komitet Rady Ministrów Rady Europy zdecydował się utworzyć specjalne rekomendacje w tym zakresie. Polska do dziś pozostaje jedynym krajem, który w żadnym zakresie nie wprowadził ich w życie. W szczególności mamy tu na myśli rekomendacje zapewniające brak represji w stosunku do personelu udzielającego świadczeń medycznych oraz anonimowość systemów gromadzących dane o zdarzeniach niepożądanych. Ten ogromny międzynarodowy dorobek naukowy i legislacyjny całkowicie nie znajduje odzwierciedlenia w tekście proponowanej ustawy do tego stopnia, że część zapisów jest wręcz zaprzeczeniem wspomnianych rekomendacji.

Kontakt

E-mail: porozumienierezydentow@gmail.com



OZZL

Zdecydowana większość zdarzeń niepożądanych ma podłoże systemowe i kumulatywne. Związana jest ze złą organizacją, wadami w zarządzaniu, niewystarczającym finansowaniu oraz przemęczeniu personelu medycznego. Mimo to warunkująca jakość wykonywania procedur związanych z procesem leczenia koncepcja dotycząca bezpieczeństwa nas, jako osób pracujących w ochronie zdrowia, pozostaje nieistniejącym elementem procedowanej ustawy. Jest to tożsame z ignorowaniem istotnego czynnika ryzyka zdarzeń, których rozwiązanie obiera za cel ustawa. Niemożliwym jest bowiem wyeliminowanie czynnika ludzkiego. Ignorując go, system wciąż skupia się na represjonowaniu pracowników, a tym samym uniemożliwia zbieranie danych dotyczących zdarzeń niepożądanych oraz zapobieganiu i przeciwdziałaniu ich następstwom. Dalsze nakładanie stresorów, odpowiedzialności i obowiązków na osoby silnie obciążone zdrowotnie z tytułu wykonywanej pracy, którymi jesteśmy jako personel medyczny, naturalnie wiązać się będzie ze stanowczym oporem ze strony organizacji związkowych.

Podsumowując, potrzebujemy w naszym kraju skutecznych rozwiązań przeciwdziałających zdarzeniom niepożądanym, jednak ustawa o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta nie tylko nie oferuje skutecznych rozwiązań, lecz jest wręcz skrajnie szkodliwa. Z tego tytułu apelujemy do Prezydenta RP Andrzeja Dudy o zawetowanie tejże ustawy.

W dalszej części dokumentu poruszymy konkretne aspekty ustawy, udowadniając niedopełnienie zasad poprawnej legislacji.

Zgłaszanie zdarzeń

Pierwszym krokiem w tworzeniu skutecznych rozwiązań jest sprawny system zgłaszania zdarzeń niepożądanych.

Ustawa wprowadza dwa poziomy, z których pierwszym jest wewnętrzny rejestr danej placówki:

***Art. 20. 1.** Personel podmiotu wykonującego działalność leczniczą, jest odpowiedzialny za identyfikowanie oraz zgłaszanie osobie odpowiedzialnej wszystkich zdarzeń niepożądanych jakie wystąpiły w tym podmiocie niezależnie od stopnia ich ciężkości i prawdopodobieństwa.
2. Zgłoszenie zdarzenia niepożądanego dokonuje personel niezwłocznie po stwierdzeniu tego zdarzenia.*

Drugim jest system centralny, do którego z systemu wewnętrznego zgłoszenie jest przekazywane przez kierownika danej placówki:

Kontakt

E-mail: porozumienierezydentow@gmail.com



OZZL

Art. 19. 1. Osobą odpowiedzialną za prowadzenie wewnętrznego systemu jest kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zwany dalej „osobą odpowiedzialną”.

2. Do zadań osoby odpowiedzialnej należy:

1) przesyłanie do Rejestru Zdarzeń Niepożądanych, o którym mowa w art. 25 ust. 1, informacji o których mowa w:

a) art. 25 ust. 1 pkt 1–3, nie później niż 72 godziny od stwierdzenia zaistnienia zdarzenia niepożądanego,

b) art. 25 ust. 1 pkt 4, w terminie 40 dni od stwierdzenia zaistnienia zdarzenia niepożądanego – w przypadku zdarzeń zakwalifikowanych do kategorii ryzyka, o której mowa w art. 22 ust. 2 pkt 1,

c) art. 25 ust. 1 pkt 1–3, nie później niż w terminie 40 dni od stwierdzenia zaistnienia zdarzenia niepożądanego,

Stwierdzenie „niezwłocznie” jest nadmiernie ogólne i niejasnym pozostaje priorytet, jaki ma mieć zgłaszanie zdarzeń podczas opieki nad pacjentem. Jest to złamanie zasady celowości oraz jasności i zrozumiałości. Jest też skrajnie oderwane od realiów klinicznych, np. zdarzenie niepożądane w karetce. Moment uzyskania dostępu do komputera może być daleki w czasie od samego zdarzenia. Ponadto trzy dni na opracowanie i przekazanie to zbyt krótki czas, nieporównywalny z systemami zagranicznymi. Kierownik ma również dostarczyć analizę zdarzenia i wnioski mające na celu poprawę jakości udzielanych świadczeń w terminie do 40 dni. W wypadku niespełnienia obowiązku istnieje możliwość nałożenia na placówkę kary do 10 000 zł. Rekomendacje Rady Europy podają tutaj potencjalne przyczyny nieefektywności zbierania danych, wśród których znajduje się brak czasu na zgłoszenie.

Rekomendacje zalecają też możliwość anonimowego zgłaszania, podczas gdy w ustawie zgłaszający nie tylko musi podać swoje dane osobowe, ale również dane osobowe wszystkich uczestników zdarzenia (w tym także dane pacjenta, czas, miejsce i okoliczności zdarzenia).

Narusza to zasadę proporcjonalności.

Jest to nie tylko dalekie od sprawdzonych rozwiązań zagranicznych, ale znowu skrajnie oderwane od realiów klinicznych. Przykładowo, podczas niepożądanego krwawienia w trakcie zabiegu operacyjnego, ustawa nakłada wymóg niezwłocznego zebrania danych osobowych całego zespołu operacyjnego.

Całokształt tych obowiązków znacząco obciąża szczególnie małe podmioty medyczne.

Podkreślić należy fakt, że wszelkie zgłoszone poprawki korygujące powyższe zapisy zostały odrzucone.



Działania represyjne

Ustawa przewiduje co prawda ochronę przed działaniami represyjnymi zgodnie z Art 21.1, jednak ochrona ta dotyczy tylko części zespołu, który uczestniczył w zdarzeniu:

Art. 21. 1. Działaniem represyjnym jest określone w ust. 2 działanie wobec:

- 1) osoby zgłaszającej zdarzenie niepożądane,*
- 2) pozostałych członków personelu podmiotu wykonującego działalność leczniczą biorących udział w udzielaniu świadczenia opieki zdrowotnej, w trakcie lub w efekcie, którego zaistniało zdarzenie niepożądane, jeżeli zdarzenie to zostało zgłoszone za ich wiedzą i zgodą*

O tym, czy pozostali uczestnicy zdarzenia mogą zostać objęci represjami, decyduje fakt czy zostali o tym zgłoszeniu poinformowani. Łamie to zasadę ochrony praw człowieka z tytułu niesprawiedliwości. Jest to skrajnie nieetyczny i niezrozumiały zapis. Pomija złożoność zdarzeń niepożądanych, których efekty niejednokrotnie zostają zauważone w dużym odstępnie czasowym od zaistnienia uszczerbku na zdrowiu poprzez inny personel czy w innej placówce. Zapisy z artykułów 19, 20, 21 zakładają, że zdarzenia niepożądane mają miejsce w jednej placówce, w krótkim odstępnie czasu i w obecności stałego personelu, co jest niezgodne z wiedzą naukową i nie znajduje odzwierciedlenia w realiach klinicznych. Wszelkie zgłoszone poprawki korygujące powyższy stan rzeczy zostały odrzucone.

Rejestr zdarzeń niepożądanych

Art. 25. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia prowadzi Rejestr Zdarzeń Niepożądanych, [...]

2. Rejestr Zdarzeń Niepożądanych jest obsługiwany przez system teleinformatyczny, którego administratorem jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

3. Administratorem danych gromadzonych w Rejestrze Zdarzeń Niepożądanych jest minister właściwy do spraw zdrowia.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje analizy danych przetwarzanych w Rejestrze Zdarzeń Niepożądanych. Minister właściwy do spraw zdrowia zamieszcza na swojej stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej wnioski z analiz w formie rocznych raportów na temat zdarzeń niepożądanych.

Art. 25. [...] 5. Dane przetwarzane w Rejestrze Zdarzeń Niepożądanych, minister właściwy do spraw zdrowia udostępnia:



OZZL

- 1) *Rzecznikowi Praw Pacjenta, w celu realizacji przez niego zadań, o których mowa w art. 47 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 r. poz. 1876 i 2280);*
- 2) *Prezesowi Funduszu w związku z czynnościami kontrolnymi podejmowanymi wobec podmiotu wykonującego działalność leczniczą.*

Fundamentem dobrej polityki w zakresie zdarzeń niepożądanych jest ich skuteczna analiza. Rekomendacje Rady Europy mówią jasno: „Zgłaszanie i zbieranie danych o incydentach ma sens tylko wtedy, gdy dane są analizowane i oceniane oraz jeśli informacje zwrotne są przekazywane profesjonalistom zaangażowanym w incydent oraz wszystkim innym, którzy mogliby wyciągnąć wnioski z incydentu”. Tymczasem w ustawie dostępu do rejestru zdarzeń nie mają samorządy zawodowe, związki zawodowe, towarzystwa naukowe, konsultanci krajowi, organizacje pacjenckie ani niezależni badacze. W kontraście do tego duński system rejestracji zdarzeń przez 30 lat swojego funkcjonowania zgromadził pół miliona zanonimizowanych i zakodowanych zdarzeń, do których każda osoba chcąca dokonać analizy ma wgląd.

Należy również podkreślić, że prowadzenie analiz zdarzeń niepożądanych jest procesem długotrwałym i wymagającym gruntownej wiedzy fachowej zarówno klinicznej, jak i organizacyjnej. Należałoby raczej wskazać wyspecjalizowaną w tym względzie agendę niż powierzać bezpośrednio takie analizy urzędnikom ministerstwa. Ustawa nie przewiduje powoływania konsultantów czy specjalistów do przeprowadzenia oceny konkretnych przypadków.

Prowadzenie analiz bezpośrednio w podmiocie również wymaga doświadczenia i wiedzy. Ustawa nie przewiduje mechanizmów służących edukacji personelu medycznego w tym zakresie.

Wszelkie zgłoszone poprawki korygujące powyższy stan rzeczy zostały odrzucone.

Sąd i złagodzenie kary

***Art. 62.** Sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary w stosunku do lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego, fizjoterapeuty, farmaceuty lub diagnosty laboratoryjnego, którzy w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej dopuścili się przestępstwa określonego w art. 157 § 3 lub art. 160 § 3 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138, 1726, 1855, 2339 i 2600 oraz z 2023 r. poz. 289), stanowiącego zdarzenie niepożądane jeżeli sprawca zgłosił to zdarzenie niepożądane w ramach wewnętrznego systemu, zanim o tym przestępstwie dowiedział się organ powołany do ścigania przestępstw*



OZZL

Rekomendacje Rady Europy tak odnoszą się do kwestii kary: *“Na wszystkich poziomach problemy i błędy należy traktować otwarcie i uczciwie w atmosferze pozbawionej sankcji. Reakcja na problem nie może wykluczać indywidualnej odpowiedzialności, ale powinna skupiać się na poprawie wyników organizacji, a nie na indywidualnej winie.”* Treść art. 62 jest skrajnie odmienna od tych założeń i w naszej opinii najlepiej określa to stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 11.01.2023: *„Po pierwsze, przepis mówi o nadzwyczajnym złagodzeniu kary, a nie o zwolnieniu od odpowiedzialności karnej za te czyny. Oznacza to, że w stosunku do personelu medycznego trzeba będzie przeprowadzić całe postępowanie karne, skierować do sądu akt oskarżenia i oczekiwać na wydanie wyroku przez sąd karny, który będzie mógł (ale nie będzie musiał) nadzwyczajnie złagodzić karę. Nie o taki system w opinii samorządu lekarskiego chodziło. Po drugie, zakresem tego przepisu nie są objęte czyny z art. 156 § 2 kodeksu karnego czyli nieumyślne spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, co oznacza, że lekarze i inny personel medyczny nie będą w żaden sposób chronieni przed odpowiedzialnością karną za wywołanie tego rodzaju uszczerbku na zdrowiu. Po trzecie, chroniony będzie jedynie ten kto zgłosił zdarzenie do wewnętrznego rejestru, a zatem nie cały personel biorący udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych pacjentowi”.* Dodając do punktu trzeciego – ustawa ponownie pomija złożoność zdarzeń niepożądanych, które rzadko są efektem działania pojedynczego „sprawcy”, a raczej konsekwencją wadliwej organizacji. Skupienie się na jednostce odpowiadającej za dany błąd jest fundamentem tej ustawy, z uwagi na fałszywość tego założenia w świetle wiedzy naukowej na temat zdarzeń jest dobrym przykładem na szkodliwość ustawy w jej całości.

Ta forma też w żaden sposób nie odciąża sądów i prokuratur, które w aktualnej formie uzyskania odszkodowania są przeciążone. W województwie mazowiecki na otwarcie sprawy o błąd medyczny w prokuraturze trzeba czekać 13 miesięcy, a w sądzie postępowanie trwa średnio 3-6 lat. Zmniejszenie ilości spraw ocenianych w drodze sądowej powinno być pośrednim celem reformy oceny odpowiedzialności karnej personelu medycznego, który nie jest osiągnięty w tejże ustawie.

Wszelkie zgłoszone poprawki korygujące powyższy stan rzeczy zostały odrzucone.

Niekonstytucyjność

Komisja Zdrowia Senatu RP za argumentował niekonstytucyjność poniższego artykułu:

Art. 67q. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania lub zaniechania udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w szpitalu w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Oznacza on, że osoby doświadczające zdarzeń medycznych w placówkach prywatnych i placówkach publicznych, niebędących szpitalami, nie mają możliwości otrzymania

Kontakt

E-mail: porozumienierezydentow@gmail.com



OZZL

kompensacji. Mimo to te placówki w dalszym ciągu muszą prowadzić rejestry zdarzeń niepożądanych. Również definicja zdarzeń medycznych, czyli tych, za które pacjent może się ubiegać o rekompensatę, jest stanowczo węższa niż zdarzeń niepożądanych, które mamy w obowiązku zgłaszać.

Wskaźniki jakości opieki

Art. 4. 1. Jakość w opiece zdrowotnej jest mierzona z wykorzystaniem wskaźników jakości opieki zdrowotnej mieszczących się w zakresie obszarów:

1) klinicznego – rozumianego jako zestaw wskaźników odnoszących się do poziomu i efektów realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, opisywanych w szczególności 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) wystąpienia zdarzeń niepożądanych,

f) struktury procedur medycznych wykonywanych w przypadkach określonych problemów zdrowotnych;

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

3) zarządczego – rozumianego jako zestaw wskaźników odnoszących się do efektywności wykorzystania zasobów oraz wdrożenia systemów zarządzania, opisywanych przez parametry dotyczące w szczególności:

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.

Ustawa wprowadza wskaźniki jakości, które 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. Łamie to zasadę odpowiedzialności i kontroli. Również specyfika różnych placówek medycznych nie pozwala na ich porównywanie, przykładowo czas hospitalizacji w szpitalach psychiatrycznych może być liczony w miesiącach w wypadku lekoopornych psychoz. Również obecność punktu drugiego budzi kontrowersje, satysfakcja pacjenta jest oceniana na podstawie pisemnych ankiet, których uzupełnienie może być trudniejsze lub niemożliwe dla pacjentów szpitali

Kontakt

E-mail: porozumienierezydentow@gmail.com



OZZL

paliatywnych, psychiatrycznych, neurologicznych, geriatrycznych – nieakceptowalnym byłoby zmniejszenie finansowania tych placówek z tytułu niższych wyników ankiet. Problematiczne również są szpitale pediatryczne, w których ankietę uzupełniałby rodzic lub opiekun prawny, a nie sam pacjent.

Przedstawione w rozporządzeniu stanowiącego załącznik do ustawy propozycje wskaźników są całkowicie niedopracowane i nieczytelne. Brak jest informacji w jaki sposób zostały opracowane i nie mają one żadnego związku z jakością opieki medycznej.

Zwracamy uwagę również na brak wskaźnika oceniającego warunki pracy personelu – oznaczałoby to, że placówki, w których personel doświadcza mobbingu, prezentują tę samą jakość, co placówki z akceptowanymi warunkami pracy.

Wszelkie zgłoszone poprawki korygujące powyższy stan rzeczy zostały odrzucone.

Centralizacja

Ustawa wprowadza szereg zmian, które ograniczają wpływ niezależnych podmiotów na ochronę zdrowia i skupia całokształt decyzyjności i kontroli w rękach Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta. Wpływ samorządów zawodowych, związków zawodowych, organizacji społecznych czy towarzystw naukowych nie istnieje.

Ustawa likwiduje Centrum Monitorowania Jakości, podmiot, który ma 25 lat doświadczenia w ocenie jednostek leczniczych. Powinno się poszerzać eksperckość doświadczonej i wyspecjalizowanej jednostki, a nie ją likwidować. W naszej opinii monitorowanie jakości w ochronie zdrowia oraz nadawanie akredytacji powinno pozostać w gestii możliwie niezależnej jednostki specjalizującej się w tym zadaniu. Nieakceptowalnym jest nadawanie akredytacji przez pracowników instytucji, która odpowiada za autoryzację i finansowanie podmiotów.

Ustawa powołuje szereg podmiotów decyzyjnych, które są silnie związane ze stroną rządową, ze znikomym wpływem czy możliwością oddolnej kontroli strony społecznej. Dla przykładu Rada Akredytacyjna:

Art. 55. 1. Członków Rady Akredytacyjnej powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

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;

Kontakt

E-mail: porozumienierezydentow@gmail.com



OZZL

- 5) *przedstawiciel Rzecznika Praw Pacjenta;*
- 6) *przedstawiciel spośród kandydatów zgłoszonych przez organizacje społeczne, których działalność statutowa polega na działaniu na rzecz praw pacjentów.*

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. Łamie to zasadę odpowiedzialności i kontroli. Wszelkie zgłoszone poprawki korygujące powyższy stan rzeczy zostały odrzucone.

Dysproporcja w czasie wprowadzania założeń

Liczne zapisy w ustawie wchodzą w życie w terminach późniejszych niż przyjęcie legislacji. Wewnętrzne rejestry zdarzeń tworzy się do 1 stycznia 2025 roku, a centralny rejestr tworzy się do 1 stycznia 2026 roku. Wnioski o uzyskanie autoryzacji składać mogą podmioty szpitalne 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, natomiast inne podmioty 18 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy i wiele więcej. Jak zrozumiała jest konieczność czasu na wprowadzenie tak obszernych reform, tak wiele z tych dat jest niezrozumiałych i nieuzasadnionych. Również w opinii Komisji Zdrowia Senatu RP zapisy powinny wchodzić w życie w możliwie jednolitym terminie.

Liczebność podmiotów odpowiadających za kompensację

Komisja Odwoławcza do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych ma zaledwie 9 osób, a Zespół do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych ma „co najmniej 9 osób”. Liczebność tych zespołów nie odzwierciedla ilości zdarzeń medycznych, co narusza zasadę efektywności. Dla porównania zespół zajmujący się opiniowaniem i wydawaniem odszkodowań w Danii składa się ze 100 pracowników administracyjnych i 100 lekarzy ekspertów opiniujących, a jest to kraj o siedmiokrotnie niższej populacji. W narracji biura rzecznika praw pacjenta często pojawia się argument, że rozwiązania zostały sprawdzone w zespole zajmującym się rekompensatami za powikłania szczepień. Ten zespół w ciągu 10 miesięcy rozpatrzył 1200 wniosków z czego 200 pozytywnie. Cieszy nas skuteczność tego zespołu jednak skala problemu zdarzeń medycznych jest nieporównywalnie większa. Ponownie przywołując przykład Danii, gdzie rozpatruje się 12,5 tysiąca wniosków rocznie z czego 1/3 pozytywnie, porównując populację możemy policzyć, że powinniśmy dążyć do możliwości przeanalizowania 85 tysięcy wniosków rocznie. Wymaga to licznego i sprawnie funkcjonującego zespołu.

Wszelkie zgłoszone poprawki korygujące powyższy stan rzeczy zostały odrzucone.

Finansowanie

Efektywnie funkcjonujący system rejestracji, analizy i kompensacji szkód będących efektem

Kontakt

E-mail: porozumienierezydentow@gmail.com



OZZL

zdarzeń niepożądanych wymaga adekwatnego finansowania. Nałożenie na placówki dodatkowych obowiązków powinno się wiązać z przeznaczeniem środków wystarczających na realizację nowych zadań. Mamy obawę, że placówki otrzymają liczne obowiązki bez środków na ich realizację, co odbije się negatywnie na jakości oferowanych świadczeń oraz warunkach pracy personelu. **Naruszałoby to zasadę efektywności kosztowej.** W obliczu powyższych tym bardziej oburzającym jest zamieszczenie poniższego zapisu w treści ustawy:

***Art. 89. 1.** W 2023 r. Prezes Funduszu, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, przekaze środki z funduszu zapasowego, o którym mowa w art. 115 ustawy zmienianej w art. 66, w kwocie nieprzekraczającej 50 mln zł na zasilenie Funduszu Rozwoju Kultury Fizycznej, o którym mowa w art. 86 ustawy zmienianej w art. 70, z przeznaczeniem na finansowanie kosztów kreowania postaw zdrowotnych i edukacji zdrowotnej.*

Nasz system ochrony zdrowia ma ogromną potrzebę wprowadzenia rozwiązań zapewniających bezpieczeństwo i jakość leczenia, niespełnionych przez tę ustawę. Dodatkowo borykamy się z drastycznym zadłużeniem szpitali powiatowych, które wzrosło o 12% w minionym roku. Między innymi z powyższych powodów przekazanie 50 milionów złotych na letnie półkolonie dla dzieci jest całkowicie nieakceptowalne. Promocja aktywności fizycznej jest zupełnie niezwiązana z celem ustawy i nie powinna mieścić się w jej treści. Nadmienić należy, że pieniądze spływające do funduszu pochodzą ze składek zdrowotnych wszystkich i powinny być przeznaczone tylko i wyłącznie na leczenie i profilaktykę zdrowotną społeczeństwa.

Konkluzja

W naszej opinii ustawa proponuje system szkodliwy dla personelu medycznego i daleki od realiów klinicznych, a tym samym niespełniający swojego podstawowego celu, jakim jest poprawa jakości i bezpieczeństwa procesu leczenia. Jest niezgodna z rekomendacjami, nie korzysta ze sprawdzonych rozwiązań zagranicznych i stoi w sprzeczności z wiedzą naukową oraz opiniami strony społecznej. **Można powiedzieć, że łamie niemal wszystkie zasady poprawnej legislacji, a szczególnie partycypacji społecznej, odpowiedzialności i kontroli, proporcjonalności i celowości.**

W Polsce rocznie jest około 5,5 miliona hospitalizacji. Na podstawie danych naukowych wiemy, że 10% hospitalizacji jest związanych ze zdarzeniem niepożądanym i oznacza to, że rejestr powinien być w stanie przyjąć i przeanalizować pół miliona zgłoszeń rocznie.

W naszej opinii całość tej ustawy ma błędne założenia i z tego tytułu poprawienie kilku zapisów nie uczyni jej skuteczną i bezpieczną. Szereg rozwiązań w ustawie skrajnie zniechęca personel medyczny do zgłaszania zdarzeń. Ustawa wprowadza nowe rozwiązania, przyczyniając się do zdemontowania dotychczasowych doświadczeń, które w przypadku fiaska projektu trudno będzie odtworzyć. W opinii organizacji pacjenckich ustawa nie mówi wyraźnie o zagwarantowaniu bezpieczeństwa pacjentom. Odnosimy wrażenie, że legislacja

Kontakt

E-mail: porozumienierezydentow@gmail.com



OZZL

skupia się bardziej na identyfikacji i karaniu personelu medycznego biorącego udział w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a nie na zbieraniu i analizowaniu danych oraz wprowadzaniu rozwiązań redukujących liczbę zdarzeń niepożądanych. Podkreślamy konieczność wprowadzenia ustawy zapewniającej jakość w ochronie zdrowia oraz bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego, czego ustawa procedowana w parlamencie nie gwarantuje. Apelujemy o odrzucenie tej ustawy w obecnym kształcie w całości oraz stworzenie nowej wersji zawierającej rozwiązania kluczowych problemów, które poruszyliśmy w powyższym apelu.

Kontakt

E-mail: porozumienierezzydentow@gmail.com