

## II Ogólnopolska Konferencja pn.:

### *Ewidencja świadczeń zdrowotnych podstawą bezpieczeństwa prawno-finansowego placówki medycznej*

Kielce, 18 – 19 maja 2017 r.

## Streszczenia / Abstracts

### ORGANIZATOR / ORGANISER

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

### WSPÓLORGANIZATORZY/ CO-ORGANISERS

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych



Wydział Lekarski  
i Nauk o Zdrowiu

SIERPIEŃ 2017 r.

## PATRONAT HONOROWY/ HONORARY PATRONAGE

Agata Wojtyszek – Wojewoda Świętokrzyski

Adam Jarubas – Marszałek Województwa Świętokrzyskiego

dr hab. n. med. Stanisław Gózdź, prof. UJK – Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii  
w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego  
w Kielcach

prof. zw. dr hab. Jacek Semaniak – Rektor Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach,

prof. zw. dr hab. Stanisław Głuszek – Prorektor do Spraw Medycznych, Uniwersytet Jana  
Kochanowskiego w Kielcach

prof. zw. dr hab. n. med. Marianna Janion – Dziekan Wydziału Lekarskiego i Nauk  
o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

prof. dr hab. Mirosław J. Wysocki – konsultant krajowy ds. zdrowia publicznego, Narodowy  
Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

dr hab. n. med. Adam Maciejczyk – Prezes Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych  
Centrów i Instytutów Onkologii, Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Uniwersytet  
Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr hab. n. hum. Bożena Zboina, prof. WSBiP – Kierownik Katedry Pielęgniarstwa Wyższej  
Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim, Prezes oddziału

świętokrzyskiego Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego,

dr n. med. Erwin Strzesak – Przewodniczący oddziału wielkopolskiego Polskiego  
Towarzystwa Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego  
w Poznaniu

mec. Helena Górniak – Dziekan Rady Okręgowej Izby Radców Prawnych w Kielcach;

lek. dent. Paweł Barucha – Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Świętokrzyskiej Izby  
Lekarskiej

## KOMITET NAUKOWY/ SCIENTIFIC COMMITTEE

### **Przewodnicząca/ President:**

dr hab. n. hum. Grażyna Nowak Starz, prof. nadzw.  
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

### **Wiceprzewodnicząca/ Vice-President:**

dr hab. n. med. Stanisław Gózdź, prof. UJK  
Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach,  
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

### **Członkowie/ Members**

- prof. zw. dr hab. Stanisław Głuszek
- prof. zw. dr hab. n. med. Marianna Janion
- prof. dr hab. n. med. Dagmara Mirowska-Guzel
- dr hab. Monika Szpringer, prof. UJK
- dr hab. n. o zdr. Dorota Kozieł, prof. nadzw.
- dr hab. n. o zdr. Edyta Suliga, prof. UJK
- dr hab. n. med. Adam Maciejczyk
- dr hab. n. med. Aldona Kowalska, prof. UJK
- dr hab. Bożena Zboina, prof. nadzw. WSBiP
- dr hab. n. med. Wojciech Glinkowski
- dr hab. n. med. Marek Postuła
- dr n. med. Erwin Strzesak
- dr n. med. Przemysław Wolak
- dr n. ekon. Magdalena Syrkiewicz-Świtała
- dr n. hum. Halina Król
- dr n. o zdr. Agnieszka Strzelecka
- dr n. med. Paweł Macek

## **KOMITET ORGANIZACYJNY / ORGANISATIONAL COMMITTEE**

### **Przewodniczący / President:**

dr n. o zdr. Michał Chrobot

### **Wiceprzewodnicząca / Vice-President:**

dr n. o zdr. Agnieszka Strzelecka

### **Sekretarz / Secretary:**

dr n. prawn. Kamila Kocańda

### **Członkowie / Members:**

dr n. med. Leszek Smorąg

mgr Ewa Cieślik-Majchrzak

mgr Izabela Opalińska

mgr Katarzyna Kowalska

mgr Joanna Tomasik

mgr inż. Łukasz Fortuna

mgr inż. Paweł Kubuś

### **Obsługa informatyczno-techniczna / IT and technical support:**

inż. Sebastian Muszyński

inż. Marek Widanka

mgr Maciej Miszczuk

## **PATRONAT MEDIALNY/ MEDIA SPONSORSHIP**

*Termedia / Menedżer Zdrowia*

*Rynek Zdrowia / rynekzdrowia.pl*

*Ogólnopolski Przegląd Medyczny*

*TVP3 Kielce*

*Radio Kielce*

*Echo Dnia / echodnia.eu*

*Telewizja Świętokrzyska*

*Eskulap Świętokrzyski*

## **SPONSORZY I PARTNERZY/ SPONSORS AND PARTNERS**

*Bristol-Myers Squibb Polska Sp. z o.o.*

*Roche Polska Sp. z o.o.*

*Alcon Polska Sp. z o.o.*

*Asseco Poland S.A.*

*Amgen Sp. z o.o.*

*Pfizer Polska Sp. z o.o.*

*Novartis Poland Sp. z o.o.*

## PROGRAM KONFERENCJI

**Dzień I** – **18 maja 2017 r.**

**10:00 – 10:15 - Powitanie uczestników i przybyłych gości:**

- dr hab. n. hum. Grażyna Nowak Starz, prof. nadzw.
- dr hab. n. med. Stanisław Gózdź, prof. UJK

**10:15 – 12:30 - I część plenarna (Sala Dębowa):**

➤ Planowane zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce – system podstawowego zabezpieczenia w świadczenia szpitalne (sieć szpitali)

Koncepcja „nowego POZ”

Zmiany w strukturze NFZ

- moderatorzy: prof. zw. dr hab. Stanisław Głuszek, dr hab. n. med. Stanisław Gózdź, prof. UJK, dr hab. n. med. Adam Maciejczyk:

- *prof. zw. dr hab. Stanisław Głuszek:* Funkcja projakościowa i referencyjna szpitali klinicznych, a ich finansowanie
- *dr hab. n. med. Adam Maciejczyk:* Warunki rozwoju sieci onkologicznej w Polsce
- *dr n. praw. Katarzyna Dąbek-Krajewska:* Sieć szpitali z perspektywy szpitala powiatowego – przewidywane skutki regulacji
- *mgr Ewa Cieślak-Majchrzak:* Stan sektora szpitali prywatnych w Polsce oraz ich udział w zabezpieczaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego
- *dr n. praw. Kamila Kocańda:* Quo vadis, systemie?
- *lek. Leszek Kryczka -* Opieka koordynowana w POZ – koncepcja zmian systemowych
- *mgr Jan Pachocki:* Koncepcja nowego POZ – na czym ma polegać rewolucyjna zmiana, budżet powierzony, opieka zintegrowana
- *dr n. o zdr. Michał Chrobot:* Następstwa likwidacji NFZ. Kierunki zmian w systemie ubezpieczenia zdrowotnego

**12:30 – 13:00 - Przerwa kawowa**

**13:00 – 14:30 - II część plenarna (Sala Dębowa):**

➤ System budżetowej płatności za świadczenia medyczne

Zasady kodowania i rozliczania świadczeń, prowadzenia rachunku kosztów oraz przetargów w placówkach medycznych

– moderatorzy: dr n. med. Erwin Strzesak, dr n. ekon. Monika Raulinajtys-Grzybek, dr n. med. Aleksandra Sierocka:

- *dr n. o zdr. Michał Chrobot*: Rozliczanie usług medycznych w PSZ oraz pozostałych rodzajach świadczeń po 1 lipca 2017 roku
- *dr n. med. Aleksandra Sierocka*: Sieć szpitali - przewidywane zmiany w rozliczaniu i finansowaniu świadczeń na przykładzie WWCOiT im. M. Kopernika w Łodzi
- *dr n. ekon. Monika Raulinajtys-Grzybek*: Wykorzystanie informacji o kosztach w zarządzaniu podmiotem leczniczym
- *mgr Aleksandra Świdorska*: Taryfikacja świadczeń - punkt widzenia AOTMiT
- *dr n. med. Erwin Strzesak*: Wycena świadczeń z punktu widzenia świadczeniodawcy
- *mec. Adam Twarowski*: Pozacenowe aspekty oceny ofert składanych w postępowaniach przetargowych

**14:30 – 15:30 - Lunch**

**15:30 – 17:30 - część III – sesje tematyczne (Sala Dębowa):**

➤ Elektroniczna dokumentacja medyczna – dokąd zmierzamy

Projekty teleinformatyczne w ochronie zdrowia

Jakość w ochronie zdrowia – wymóg prawny czy obiektywna konieczność

– moderatorzy: dr hab. n. hum. Grażyna Nowak Starz, prof. nadzw., dr hab. n. med. Wojciech Glinkowski, dr n. o zdr. Agnieszka Strzelecka, dr n. ekon. Magdalena Syrkiewicz-Świtała:

- *mgr Paweł Kaźmierczyk*: Elektroniczna dokumentacja medyczna – zmiany prawne i wyzwania
- *inż. Paweł Masiarz*: Elektroniczna dokumentacja medyczna – kierunki zmian. Przykłady aktualnych projektów w ochronie zdrowia
- *dr hab. n. hum. Grażyna Nowak Starz, prof. nadzw.*: Wykorzystanie systemów teleinformatycznych w Polsce na przykładzie raportu WHO
- *dr n. o zdr. Agnieszka Strzelecka*: Założenia projektowe systemów teleinformatycznych i ich znaczenie w opiece nad pacjentem
- *dr hab. n. med. Wojciech Glinkowski, dr n. med. Andrzej Cacko*: Po pierwsze: przyjazny interfejs użytkownika
- *adv. Oskar Luty*: Jakość świadczeń zdrowotnych a prawo zamówień publicznych

- *dr inż. Jakub Guzy*: Jakość w usługach medycznych – planowane zmiany systemowe
- *dr n. ekon. Magdalena Syrkiewicz-Świtala*: Social media marketing a jakość w ochronie zdrowia

**15:30 – 17:30 - część III – sesje tematyczne (Sala Sosnowa):**

➤ Bezpieczeństwo pacjentów w kontekście błędów medycznych oraz zdarzeń niepożądanych. Rola i odpowiedzialność personelu medycznego w tworzeniu dokumentacji medycznej

– moderаторzy: dr hab. n. o zdr. Dorota Kozieł, prof. nazw., dr n. o zdr. Maria Mika, dr n. praw. Tomasz Filarski

- *dr n. med. Jerzy Gryglewicz*: Podnoszenie jakości udzielanych świadczeń – wyniki dotychczasowych badań
- *dr n. o zdr. Maria Mika*: Bezpieczeństwo pacjentów w kontekście błędów medycznych oraz zdarzeń niepożądanych
- *dr hab. n. o zdr. Dorota Kozieł*: Bezpieczeństwo pacjenta w strategii szybkiej ścieżki chirurgicznej
- *dr n. praw. Tomasz Filarski*: Wykorzystanie dokumentacji medycznej przy stwierdzeniu nieprawidłowości w ZIP i postępowaniach skargowych oraz działalności Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych – aspekty praktyczne
- *mgr Bartosz Stemplewski*: Współpraca z Komisją ds. Zdarzeń Medycznych z punktu widzenia szpitala
- *dr n. med. Aleksandra Sierocka*: Dokumentacja szpitalna jako dowód przestrzegania procedur. Wyniki kontroli NFZ i NIK
- *mgr Agata Kruczyk*: Ochrona danych medycznych w placówkach ochrony zdrowia w kontekście zmian w przepisach o ochronie danych osobowych
- *lek. Teresa Bienko*: Rola rzecznika odpowiedzialności zawodowej w sprawowaniu pieczy nad prawidłowym wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza denty



**Dzień II** – **19 maja 2017 r.**

**09:00 – 09:30 -** ***Sesja plakatowa***

**09:30 – 10:00 -** ***Gość specjalny:***

*Pan dr n. med. Marek Tombarkiewicz, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia: Planowane zmiany w systemie ochrony zdrowia w 2017 roku i latach następnych*

**10:00 – 11:00 -** ***IV część plenarna (Sala Dębowa):***

➤ Dostępność do świadczeń medycznych w Polsce.

Praktyczne aspekty realizacji i rozliczania świadczeń szpitalnych, opieki długoterminowej, ambulatoryjnych, lekowych

– moderatorzy: dr hab. n. hum. Bożena Zboina, prof. WSBiP, mec. Paulina Kieszkowska-Knapik, mgr Renata Wachowicz:

- *mec. Paulina Kieszkowska-Knapik:* Dostęp do terapii lekowych w Polsce w świetle zmieniających się przepisów prawa
- *dr hab. n. hum. Bożena Zboina, prof. WSBiP:* Prognozy demograficzne a realizacja świadczeń długoterminowych w systemie ochrony zdrowia
- *mgr Renata Wachowicz:* Zmiany przepisów i wycen a proces udzielania i rozliczania świadczeń zdrowotnych - na przykładzie świadczeń okulistycznych
- *dr n. o zdr. Michał Chrobot:* Rozliczanie leków otrzymywanych na zasadach zapisanych w RSS. Problemy z rozliczaniem świadczeń pobytowych
- *mgr Anna Krzemińska:* Powikłania po chemioterapii – czy i dlaczego warto je sprawozdawać?

**11:45 – 13:30 -** ***V część plenarna (Sala Dębowa):***

➤ Compliance w ochronie zdrowia. Kontraktowanie świadczeń w 2017 r. Aktualne wytyczne dotyczące realizacji i rozliczania świadczeń onkologicznych

– moderatorzy: dr hab. n. med. Marek Postuła, dr n. ekon. Marcin Motnyk, mgr Bartosz Maleszczuk:

- *mgr Jan Pachocki:* Zarządzanie ryzykiem prawnym i compliance w opiece zdrowotnej
- *mgr Konrad Werner:* Kryteria oceny ofert 2017 okiem praktyka
- *Karolina Kucnerowicz:* Oferty do NFZ a umowy na podwykonawstwo - fakty i fikcje

- *prof. dr hab. n. med. Dagmara Mirowska-Guzel, dr hab. n. med. Marek Postuła, dr n. o zdr. Michał Chrobot: Opieka koordynowana nad pacjentem kardiologicznym*
- *mgr Bartosz Maleszczuk: Zmiany w pakiecie onkologicznym po 1 lipca 2017 r.*
- *dr n. ekon. Marcin Motnyk, dr n. o zdr. Michał Chrobot: Rola publicznych centrów onkologii w realizacji pakietu onkologicznego*
- *dr n. o zdr. Michał Chrobot: Rozliczanie badań genetycznych w leczeniu szpitalnym w 2017 roku*

***13:30 – 13:45 - Zamknięcie konferencji***

## **SPIS SESJI**

<b>I sesja plenarna.....</b>	<b>12</b>
Planowane zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce – system podstawowego zabezpieczenia w świadczenia szpitalne (sieć szpitali). Koncepcja „nowego POZ”. Zmiany w strukturze NFZ .....	12
<b>II sesja plenarna .....</b>	<b>38</b>
System budżetowej płatności za świadczenia medyczne. Zasady kodowania i rozliczania świadczeń, prowadzenia rachunku kosztów oraz przetargów w placówkach medycznych	38
<b>III sesja – sesje tematyczne.....</b>	<b>51</b>
Część I - Bezpieczeństwo pacjentów w kontekście błędów medycznych oraz zdarzeń niepożądanych. Rola i odpowiedzialność personelu medycznego w tworzeniu dokumentacji medycznej.....	51
Część II - Elektroniczna dokumentacja medyczna – dokąd zmierzamy. Projekty teleinformatyczne w ochronie zdrowia. Jakość w ochronie zdrowia – wymóg prawny czy obiektywna konieczność .....	65
<b>IV sesja plenarna .....</b>	<b>81</b>
Dostępność do świadczeń medycznych w Polsce. Praktyczne aspekty realizacji i rozliczania świadczeń szpitalnych, opieki długoterminowej, ambulatoryjnych, lekowych.....	81
<b>V sesja plenarna .....</b>	<b>92</b>
Compliance w ochronie zdrowia. Kontraktowanie świadczeń w 2017 r. Aktualne wytyczne dotyczące realizacji i rozliczania świadczeń onkologicznych .....	92
<b>Sesja plakatowa .....</b>	<b>108</b>

## **I SESJA PLENARNA**

**Planowane zmiany w systemie ochrony zdrowia w Polsce – system podstawowego zabezpieczenia w świadczenia szpitalne (sieć szpitali). Koncepcja „nowego POZ”.  
Zmiany w strukturze NFZ.**

### **FUNKCJA PROJAKOŚCIOWA I REFERENCYJNA SZPITALI KLINICZNYCH, A ICH FINANSOWANIE**

prof. zw. dr hab. n. med. Stanisław Głuszek

Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach

Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach

Na przestrzeni blisko 70 lat regulacje prawne dotyczące sytuacji prawnej podmiotów leczniczych w zakresie tworzenia, funkcjonowania, nadzoru oraz sposobu ich finansowania wielokrotnie ulegały zmianom, wprowadzając nowe rozwiązania systemowe.

Proces przemian szpitali klinicznych od początku ich powstania, to jest od 1948 r., nie odbywał się dynamicznie. Pierwotnie ustrojowe kwestie w tym zakresie uregulowane były w ustawie o zakładach społecznych służby zdrowia i planowej gospodarce w służbie zdrowia, w której to po raz pierwszy unormowano sytuację prawną i organizacyjną szpitali klinicznych, w ten sposób, że jednostki kliniczne podporządkowano w całości uczelniom medycznym. Stan ten trwał przez okres ponad 40 lat.

30 sierpnia 1991 r. weszła w życie ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, która prezentowała całkowicie inną koncepcję szpitali klinicznych, tzn. doszło do ich daleko idącego wyodrębnienia, zarówno funkcjonalnego, jak i prawnego, ze struktur uczelni medycznych. Pod rządami tej ustawy szpitale kliniczne uzyskały status publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Rozwiązanie to jednak całkowicie się nie sprawdziło.

W 1998 r., w wyniku nowelizacji wspomnianej ustawy, szpitale kliniczne zostały ponownie włączone w struktury uczelni medycznych, początkowo jako ich jednostki organizacyjne, bez osobowości prawnej. W tym samym jednak roku, w związku z kolejną nowelizacją (z dnia 30 grudnia 1998 r.), szpitale kliniczne uzyskały status osób prawnych.

Ostatni etap zmian organizacyjno-prawnych szpitali klinicznych miał miejsce w 2001 r., kiedy to w wyniku następnej nowelizacji ustawy szpitale kliniczne podporządkowane zostały ponownie uczelniom medycznym, jako podmiotom tworzącym,

tym samym wyłączając w tym zakresie zwierzchnictwo ministra właściwego ds. zdrowia. Takie rozwiązanie systemowe przetrwało do dnia 30 czerwca 2011 r., kiedy to weszła w życie nowa ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Na gruncie aktualnego stanu prawnego, to jest zgodnie z przepisem art. 6 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej, uczelnię medyczną może utworzyć i prowadzić podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej albo spółki kapitałowej. Obowiązkiem ustawowym szpitali klinicznych jest, oprócz wykonywania działalności leczniczej, realizacja badań i działalności naukowej oraz pełnienie dydaktyki wobec studentów i lekarzy.

W systemie opieki zdrowotnej brakuje przepisów określających rolę, jaką mają spełniać szpitale kliniczne w systemie ochrony zdrowia oraz adekwatnych zasad i źródeł ich finansowania. Dzięki przeprowadzeniu kompleksowej analizy funkcjonowania szpitali klinicznych oraz analizy faktycznych relacji szpitali klinicznych z uczelniami medycznymi, mając na uwadze m.in. koszty dydaktyki klinicznej, wyposażenie w majątek i prowadzenie badań naukowych, zauważa się istotną potrzebę stworzenia odpowiednich instrumentów finansowania ich działalności medycznej, dydaktycznej i naukowej oraz inwestycyjnej.

## WARUNKI ROZWOJU SIECI ONKOLOGICZNEJ W POLSCE

dr hab. n. med. Adam Maciejczyk

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu,

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,

Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii,

Polskie Towarzystwo Onkologiczne.

Słowa kluczowe: Leczenie onkologiczne, sieć szpitali, nowotwory

Wstęp: Onkologia w Polsce jest obecnie wyzwaniem społecznym, gdyż w 2025 roku przewiduje się wystąpienie około 210 tysięcy nowych zachorowań na nowotwory. Według raportu Polskiego Towarzystwa Onkologicznego (PTO) liczba lat życia utraconych u Polaków z powodu śmierci lub uszczerbku na zdrowiu na skutek choroby nowotworowej jest jedną z najwyższych w Europie.

W latach 2010-2014 Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) przeznaczył na leczenie raka piersi, szyjki macicy oraz jajnika 3,29 mld zł. W tym samym czasie koszty pośrednie spowodowane nowotworami wyniosły 20,82 mld zł (koszty zgonów przedwczesnych, absencji lub mniejszej wydajności w pracy pacjentów i ich opiekunów oraz mniejszych wpływów z podatków CIT i PIT). Powyższe fakty wskazują, że onkologia nie jest już tylko dziedziną medycyny, ale staje się poważnym problemem społecznym. Aby mu skutecznie przeciwdziałać należy potraktować go jako wyzwanie, które wymaga kompleksowego współdziałania rządu, wszystkich organizacji oraz instytucji na rzecz wprowadzenia niezbędnych zmian w sposobie organizacji leczenia onkologicznego.

Już w latach 60-tych Pan prof. dr hab. Tadeusz Koszarowski planował powstanie ogólnopolskiej sieci placówek onkologicznych i nowoczesnego, dużego Instytutu Onkologii w Warszawie. Prowadził on badania poświęcone epidemiologii nowotworów, organizował Centralny Rejestr Nowotworów (powstał w 1953 r.) oraz Zakład Organizacji Walki z Rakiem. W wyniku jego starań w 1984 otwarto Centrum Onkologii – Instytut w Warszawie. W 2007 r. ideę sieci szpitali starał się wdrożyć w życie Pan prof. dr hab. Zbigniew Religa, ówczesny Minister Zdrowia.

Polskie Towarzystwo Onkologiczne (PTO) było jednym z inicjatorów opracowania Strategii Walki z Rakiem w Polsce 2015–2024, która powstała przy współudziale innych towarzystw naukowych, MZ, NFZ, organizacji pozarządowych, reprezentantów podmiotów leczniczych, środowisk akademickich oraz ekspertów z wielu dziedzin. Strategia zakłada

poprawę populacyjnych wskaźników zachorowalności i umieralności związanej z chorobami nowotworowymi w Polsce oraz jakości życia chorych na nowotwory. Można to uzyskać nie tylko w sposób bezpośredni (poprzez rozwój i koordynację referencyjnych ośrodków onkologicznych), ale również poprzez promocję prozdrowotnych zachowań w społeczeństwie, poprawę jakości szkolenia kadr medycznych czy wspieranie nauki i badań nad rakiem. Cel pracy: Ocena działań Ministerstwa Zdrowia (MZ) i NFZ, w tym warunków organizacyjnych i finansowych, na rzecz rozwoju sieci placówek onkologicznych w Polsce.

Wyniki: Należy zauważyć, że finansowanie leczenia onkologicznego w Polsce to około 6,2-6,5% zaledwie całkowitych wydatków na ochronę zdrowia w Polsce (aktualnie 4,3% PKB). Natomiast roczne wydatki w wysokości 3,8 mld zł przeznaczone są na specjalistyczne szpitale onkologiczne (sieć onkologiczną) oraz kwota około 3 mld zł na finansowanie świadczeń onkologicznych w innych placówkach. Najwięcej środków finansowych przeznaczanych jest na leczenie szpitalne oraz programy lekowe (PL) i chemioterapię (koszty leków).

Rosnące zadłużenie szpitali od 2014 r., począwszy od 205,8 mln zł, przez 353,7 mln zł, aż po rekordową stratę w wysokości 446 mln zł w roku 2016, są spowodowane nie tylko zbyt małymi nakładami na leczenie onkologiczne, ale również obiektywnymi czynnikami gospodarczymi - wzrostem cen za usługi oraz leki, podwyższaniem płacy minimalnej oraz planowanymi podwyżkami dla pracowników służby zdrowia.

Wycena świadczeń onkologicznych nie jest dostosowana do realnych kosztów ponoszonych przez szpitale – stale rosną koszty funkcjonowania szpitali oraz rośnie liczba pacjentów. Skutki finansowe po wprowadzeniu pakietu onkologicznego na koniec 2016 roku to strata na podstawowej działalności kluczowych 20 ośrodków onkologicznych w Polsce w kwocie bliskiej 0,5 miliarda złotych. Wyceny niektórych świadczeń medycznych zostały zredukowane co istotnie przekłada się na wzrost strat operacyjnych generowanych przez szpitale onkologiczne. Powoduje to utratę płynności w poszczególnych szpitalach, co wpływa na ograniczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych przez pacjenta.

Aktualne problemy w leczeniu pacjentów onkologicznych w Polsce to:

- problem z jakością badań diagnostycznych, np. badań patomorfologicznych, które wykonują komercyjne firmy zewnętrzne niestosujące standardów;
- stosowanie terapii niezgodnych ze standardami powoduje większą liczbę powikłań i wydłuża proces leczenia. Pacjent dłużej wraca do zdrowia i normalnego życia rodzinnego i zawodowego;

- na onkologicznej mapie Polski wciąż mamy za mało podmiotów oferujących kompleksowe, skojarzone leczenie nowotworów z użyciem metod chirurgicznych, systemowych oraz radioterapii;
- wymóg kompleksowej opieki onkologicznej jest obecnie kierunkiem pożądanym na całym świecie. Zastosowanie tego rozwiązania w raku piersi dało znaczące efekty w wynikach 5-letnich przeżyć pacjentek, które miały takie leczenie;
- istotne braki kadrowe w strategicznych dziedzinach onkologii dotyka szpitale już teraz. Powoduje to, zaraz za ograniczeniami infrastrukturalnymi (brak sprzętu), utrudnienia w dostępie do opieki onkologicznej. Należy jak najszybciej zahamować ten negatywny trend i zbudować system motywacyjny dla studentów, aby wybierali specjalizacje onkologiczne. Ma to szczególne znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

Natomiast aktualne problemy systemowe w funkcjonowaniu opieki onkologicznej w Polsce to:

- jednostkowa wycena procedur onkologicznych, zamiast kompleksowego leczenia, powoduje wielomilionowe zadłużenia wysokospecjalistycznych szpitali, które zapewniają pacjentom pełną diagnostykę, leczenie i opiekę po zakończonej terapii;
- wycena kształtuje rynek usług medycznych, powstają ośrodki realizujące wyłącznie wysoko opłacane procedury;
- w województwach w ramach opieki onkologicznej nie istnieje koordynacja i współpraca pomiędzy świadczeniodawcami – występuje rozmyta odpowiedzialność za pacjenta (nikt nie kontroluje, czy pacjent otrzymał odpowiednią terapię);
- nie zostały wyłonione podmioty odpowiedzialnych za monitorowanie i merytoryczny nadzór nad realizacją opieki onkologicznej w regionie (we współpracy z Ministrem Zdrowia i wojewódzkimi oddziałami NFZ);
- w Polsce występuje również problem braku współpracy między szpitalami onkologicznymi na rzecz stosowania tzw. benchmarkingu, czyli dzielenia się wiedzą i doświadczeniem;
- zastosowanie takiego rozwiązania pozwoliłoby na równomierny rozwój onkologii na terenie całego kraju.

Wnioski: Podstawowym instrumentem kształtowania systemu opieki onkologicznej powinna być jakość i efektywność leczenia. Stosowane do tej pory rozwiązania spowodowały znaczną fragmentaryzację opieki, brak kontroli nad jakością realizowanych procedur, brak rozwoju kompleksowego i wielodyscyplinarnego leczenia.



Zmiany w organizacji i podejściu do finansowania leczenia onkologicznego powinny zapewnić modyfikację złych statystyk. Dlatego też w celu poprawy wskaźników leczenia onkologicznego Minister Zdrowia we współpracy z towarzystwami onkologicznymi powinien:

- określić standardy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz mierniki oceny ich stosowania;
- zastosować instrumenty promujące kompleksowe leczenie pacjentów (posiadające adekwatną wycenę);
- odejść od faktycznego limitowania świadczeń onkologicznych, w tym leków przeciwnowotworowych;
- wdrożyć mechanizmy zapewniające koordynację opieki onkologicznej w województwach (np. poprzez powołanie jednostek koordynujących);
- połączyć szpitale onkologiczne krajową siecią onkologiczną;
- utworzyć Narodowy Instytut Onkologii.

## **SIEĆ SZPITALI Z PERSPEKTYWY SZPITALA POWIATOWEGO – PRZEWIDYWANE SKUTKI REGULACJI**

dr n. pr. Katarzyna Dąbek – Krajewska

Słowa kluczowe: sieć szpitali, kwalifikacja do poziomu zabezpieczenia, poziomy zabezpieczenia

Wprowadzana właśnie reforma systemu opieki zdrowotnej, związana z nowelizacją ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 844), to wieloetapowy proces składający się na próbę uporządkowania i nadania nowej jakości funkcjonującemu w Polsce modelowi ochrony zdrowia. Ponieważ znajdujemy się dopiero na etapie kształtowania tego systemu, trudno jest dzisiaj jednoznacznie ocenić czy zamierzone przez autorów reformy cele okażą się możliwe do osiągnięcia i jakie skutki spowodują one w całym systemie opieki zdrowotnej.

Celem niniejszego opracowania jest zwrócenie uwagi na bardzo istotne, z punktu widzenia systemu zabezpieczenia i sieci szpitali, kwestie funkcjonowania szpitali powiatowych stanowiących z założenia podstawę bezpieczeństwa zdrowotnego. W oparciu o znane już przepisy zmienionej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadzające sieć szpitali można zaryzykować stwierdzenie, iż dla wielu szpitali powiatowych kwalifikacja do I poziomu zabezpieczenia oznaczać będzie ograniczenie zakresu profili w jakich udzielane są obecnie świadczenia, a często także znaczne ograniczenie budżetu jakim dysponują.

Zgodnie z art. 95m znowelizowanej ustawy, świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa. Kwalifikacja obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazanie profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia. Obok ilości i rodzajów profili jakie musi posiadać świadczeniodawca, określono także następujące warunki kwalifikacji dla poziomów I i II systemu: udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego albo izby przyjęć, na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe; udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profilu systemu zabezpieczenia anestezjologii

i intensywnej terapii na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe; posiadanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, której okres trwania w zakresie profili systemu zabezpieczenia kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego poziomu systemu zabezpieczenia wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe, posiadanie umowy z NFZ w odniesieniu do wszystkich profili, kwalifikujących danego świadczeniodawcę do danego poziomu systemu zabezpieczenia w trybie hospitalizacji.

Analizując strukturę kilku wybranych szpitali powiatowych w aglomeracji śląsko-dąbrowskiej można śmiało stwierdzić, iż bardzo niewiele szpitali powiatowych posiada wyłącznie oddziały kwalifikujące je do I poziomu systemu zabezpieczenia tj. oddział chorób wewnętrznych, oddział chirurgii ogólnej, oddział położniczy, ginekologiczny oraz oddział neonatologiczny czy pediatryczny. Większość szpitali oferuje na chwilę obecną daleko szerszą i bardziej specjalistyczną gamę świadczeń, w szczególności z uwzględnieniem ortopedii i traumatologii, anestezjologii oraz intensywnej terapii, rehabilitacji leczniczej, neurologii, okulistyki czy laryngologii. W miastach liczących ponad 100.000 mieszkańców często mamy podmioty lecznicze powstałe z połączenia kilku lecznic, lub współistniejące na tym samym terenie jednostki powiatowe, szpitale samorządu województwa oraz szpitale kliniczne. Zdarzają się także szpitale powiatowe posiadające rozbudowaną w ostatnich latach bazę wysokospecjalistycznych świadczeń onkologicznych aspirujące do statusu ośrodka onkologicznego. Większość z tych jednostek nie posiada oddziałów z profili na III poziomie referencyjnym, albo nie posiada umowy z NFZ w danych zakresach. Należy też mieć na uwadze, iż niektóre zakresy świadczeń, takie jak nefrologia, kardiologia, laryngologia czy okulistyka zostały zamknięte i świadczenia medyczne w tych obszarach są udzielane przez podmioty prywatne.

Uchwalona nowelizacja w dość rygorystyczny sposób określa zasady kwalifikacji do poszczególnych stopni systemu zabezpieczenia, pozbawiając możliwości uzyskania na poziomie II, jednostki posiadające w swoich strukturach oddziały anestezjologii i intensywnej terapii, rehabilitacji i ortopedii oraz traumatologii. Przyczyną jest często brak w strukturach szpitala oddziałów z pozostałych profili zaliczonych do II poziomu. Z kolei warunek posiadania przez szpital II poziomu zabezpieczenia oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, eliminował z możliwości zakwalifikowania do II poziomu podmioty posiadające kilka oddziałów z poziomu II, ale nie dysponujące oddziałem anestezjologii. W kilku przypadkach kwalifikację do poziomu II uniemożliwiał wymóg posiadania umowy

na udzielanie świadczeń z NFZ w danych profilach za okres poprzednich 2 lat kalendarzowych.

Należy sądzić, iż autorzy reformy zdawali sobie sprawę z zagrożenia jakie wiąże się z drastyczną zmianą systemu szpitalnictwa. Wykorzystując delegację ustawową zawartą cytowanym wyżej w art. 95m ust. 12 znowelizowanej ustawy, rozszerzono możliwości kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, w stosunku do katalogu ustawowego. Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (obecnie projekt), dopuszczono m.in. możliwość kwalifikacji do II stopnia poziomu zabezpieczenia jednostek wysokospecjalistycznych w danych profilach, które często są renomowanymi jednostkami na skalę krajową poprzez powiązanie awansu w systemie z wartością umowy na udzielanie świadczeń w danych profilach. Umożliwiono kwalifikację do II poziomu jednostek mniejszych, które dotąd z sukcesem realizują świadczenia wysokospecjalistyczne, np. w obszarze ortopedii i traumatologii w połączeniu ze świadczeniami rehabilitacji lub anestezjologii. Wreszcie wprowadzono możliwość udzielania w systemie świadczeń wysokospecjalistycznych przez podmioty zaliczone do I stopnia systemu zabezpieczenia, w ramach dodatkowych profili, charakterystycznych dla poziomu II, w zakresach realizowanych dotąd przez te podmioty (dotyczy to przede wszystkim ortopedii i traumatologii ruchu, anestezjologii i intensywnej terapii, ale także kardiologii i neurologii). Dopuszczono także kwalifikację do II poziomu systemu szpitalom nie posiadającym oddziałów anestezjologii. W niektórych profilach i zakresach świadczeń odstąpiono od konieczności posiadania 2 letniej umowy z NFZ. Jeżeli proponowana treść projektu stanie się obowiązującym aktem prawnym dla większości świadczeniodawców zmiana systemowa nie powinna być zmianą szokową i mają oni szansę na stopniową adaptację do nowego modelu ochrony zdrowia.

Podsumowując, można stwierdzić, iż problematyka tzw. sieci szpitali jest istotna dla większości świadczeniodawców, mających niekiedy rozbieżne oczekiwania, co do wprowadzanych rozwiązań. Z satysfakcją należy przyjąć rozwiązania projektowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia dopełniającego zapisy ustawowe i otwierającego „drzwi” do systemu w sposób wnioskowany przez wielu świadczeniodawców. Konieczne wydaje się przemyślenie konstrukcji systemu tak, aby przy założeniu realizacji filarów reformy, zapewnić łagodne przejście z obecnego do nowego modelu ochrony zdrowia, a przede wszystkim świadczenia dla pacjentów. W kontekście możliwości, jakie dają projektowane

akty wykonawcze do obowiązującej już ustawy, zadanie wydaje się realne. Praktyczna ocena powyższych uregulowań możliwa będzie jednak dopiero za dwa do czterech lat, kiedy wdrożone zostaną kolejne etapy reformy i zostaną one zweryfikowane przez rzeczywistość.

# **STAN SEKTORA SZPITALI PRYWATNYCH W POLSCE ORAZ ICH UDZIAŁ W ZABEZPIECZANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU LECZNICTWA SZPITALNEGO**

mgr Ewa Cieślik - Majchrzak

Szpital Okulistyczny MEDILENS, ul. Kozia 3a, 25-514 Kielce, ewa.cieslik@medilens.pl

Słowa kluczowe: szpitale prywatne, zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych

**Wstęp:** Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadza system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Efektem tych zmian może być wyeliminowanie znacznej części szpitali należących do sektora prywatnego.

**Cel pracy:** Celem niniejszej pracy jest próba przedstawienia stanu sektora szpitali prywatnych w Polsce oraz ich udziału w zabezpieczeniu świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego.

**Materiały i metody:** Badania zostały przeprowadzone wśród członków Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych. Dobór próby był celowy. Ankieta została opracowana na zamówienie Zarządu OSSP. Badania mają charakter pilotażowy. Brak jest materiału porównawczego.

**Wyniki badań:** W Polsce w 2016 r. działały 904 szpitale. Szpitale prywatne to 33% ogólnej liczby szpitali, z tego 42 % to szpitale OSSP. Szpitale prywatne najczęściej działają w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością (74%). Szpitale zrzeszone w OSSP posiadają razem 9860 łóżek szpitalnych. Ich przeciętne obłożenie to 57,1 % a przeciętny pobyt chorego to 3,8 dnia. Szacunkowa ilość pacjentów przyjęta w 2014 r. przez szpitale OSSP to 8,9 mln. Szpitale deklarowały, że średnio mogą przyjąć o 22% więcej pacjentów. W roku 2014 zakontraktowano średnio 26% wszystkich świadczeń udzielonych przez członków OSSP, w tym 96% świadczeń realizowanych w ramach hospitalizacji pełnej. Członkowie OSSP wykazują wysoki udział w sumie bilansowej rzeczowych aktywów trwałych oraz kapitałów własnych.

**Wnioski :** Sektor szpitali prywatnych to przede wszystkim małe i średnie podmioty. Główną przeszkodą w rozwoju sektora jest system finansowania usług medycznych w Polsce, który bazuje głównie na środkach NFZ oraz prywatnych funduszach pacjentów. Szpitale prywatne zrzeszone w OSSP posiadały potencjał pozwalający zwiększyć ilość

przyjmowanych pacjentów, wychodząc naprzeciw oczekiwaniom NFZ, dla którego istotne jest zmniejszenie liczby osób oczekujących na świadczenia medyczne.

## *QUO VADIS, SYSTEMIE?*

dr n. pr. r. pr. Kamila Kocańda

Do 1 stycznia 1999 r. w Polskim systemie ochrony zdrowia funkcjonowało finansowanie budżetowe, w ramach którego w corocznej ustawie budżetowej preliminowano określoną kwotę na opiekę zdrowotną, przy czym w budżecie ustalano podział na środki finansowe, którymi dysponowali centralnie ministrowie resortowi, zwłaszcza Minister Zdrowia i środki, którymi dysponowali wojewodowie.

Implementowanie ubezpieczeniowego modelu ochrony zdrowia miało miejsce w ramach ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, w której wyartykułowano zasady obowiązujące w tym systemie takie jak: solidarność społeczna, samorządność, samofinansowanie, prawa wolnego wyboru świadczeniodawcy i kasy chorych, zapewnienia równego dostępu do świadczeń, działalności kas chorych nie dla zysku, gospodarności i celowości działania, gwarancji państwa. Ostatnią zasadą, na której oparto funkcjonowanie systemu ubezpieczenia zdrowotnego, wprowadzona nowelizacją z 20 lipca 2001 r. zasada gwarancji państwa, nigdy nie została legalnie zdefiniowana i rozwinięta.

W systemie powszechnym i obowiązkowym nie można było odnosić ochrony zasady równości do możliwości zarobkowych, lecz stosować ją należy pomimo różnic w faktycznych dochodach osiągniętych przez ubezpieczonych. Zasada solidarności społecznej oznaczała gromadzenie środków w postaci składek ubezpieczeniowych od wszystkich ubezpieczonych na stałych zasadach dla wszystkich osób objętych działaniem ustawy. Zasada solidarności społecznej znajdowała swoje potwierdzenie również poprzez fakt, że składka na ubezpieczenie jest opłacana przez każdego ubezpieczonego w ustalonym wymiarze, niezależnie od częstotliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych, ich rodzaju, jakości oraz miejsca udzielania świadczenia. Powszechne ubezpieczenie zdrowotne funkcjonowało na podstawie zasady uśrednionego ryzyka, co oznacza, że przy określaniu obowiązku ubezpieczenia oraz wysokości składki nie uwzględniano indywidualnego ryzyka dotyczącego ubezpieczonych, tj. płci, miejsca zamieszkania, przynależności do określonej grupy wiekowej, oceny stanu zdrowia, wykonywanego zawodu, częstotliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych, rodzaju świadczeń, z których ubezpieczony ewentualnie będzie korzystał, itp.

Ryzyko związane z koniecznością uzyskania świadczeń zdrowotnych nie jest typowym ryzykiem ubezpieczeniowym, ponieważ zdarzenia je powodujące zachodzą nader często i dlatego nie można do jego kalkulacji stosować ogólnych reguł z zakresu ubezpieczeń



osobowych. Każdy, kto spełnia przesłanki do objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, jest uczestnikiem systemu ubezpieczenia poprzez swoje członkostwo w kasie chorych niezależnie od tego czy będzie korzystał ze świadczeń, z jaką częstotliwością czy też będzie tylko opłacał obowiązkowe składki i ze świadczeń w ogóle nie będzie korzystał. Wprowadzenie systemu ubezpieczeń zdrowotnych otworzyło szeroko możliwość uczestniczenia w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej różnego typu świadczeniodawców publicznych i niepublicznych, a także do konkurencji pomiędzy nimi. System doprowadził też do konieczności określenia cen świadczeń opieki zdrowotnej w związku z koniecznością konkurowania cenami w postępowaniu prowadzącym do wyboru świadczeniodawców.

Nowy system ochrony zdrowia opierał się na założeniu, że placówki oferujące świadczenia zdrowotne na niskim, a w każdym razie nie zadowalającym z punktu widzenia pacjentów, poziomie będą zmuszone do poprawy jakości swoich usług. W przeciwnym razie kasy chorych, stosując w procesie kontraktowania świadczeń kryteria ceny świadczeń, ich zakresu i jakości, konkurencyjności, a przede wszystkim stałej liczby pacjentów, nie decydowały się zawrzeć z takimi świadczeniodawcami umów na udzielanie świadczeń.

Po dokonaniu rozdziału funkcji świadczeniodawcy oraz płatnika wyodrębniły się przesłanki organizacyjnej odpowiedzialności tego drugiego w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych obejmujące odpowiedzialność za wadliwą organizację świadczenia usług medycznych, niewystarczającą liczbę podmiotów i placówek medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych, niedostateczną liczbę wykupionych świadczeń, na które jest zapotrzebowanie, za wykupienie w nadmiarze świadczeń zbędnych, nieprzekazanie odpowiedniej ilości środków finansowych na odpowiednią jakość wyposażenia technicznego, niedomagania związane z niesprawnym funkcjonowaniem organizacji opieki zdrowotnej wynikłe z niewłaściwego wyboru świadczeniodawców

W dniu 1 kwietnia 2003 r. ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym została zastąpiona ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zasady finansowania opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia były zbliżone do zasad finansowania stosowanych przez Kasy Chorych. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia została zaskarżona do Trybunału Konstytucyjnego pod zarzutem niezgodności z Konstytucją. Trybunał Konstytucyjny wyrokiem z dnia 7 stycznia 2004 r. uznał, że ustawa w przeważającej części jest niezgodna z Konstytucją. Wyrok Trybunału spowodował konieczność uchwalenia nowej ustawy regulującej finansowanie opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Sejm podjął prace nad nową ustawą i uchwalił ją w dniu 27 sierpnia 2004 r. jako ustawę o świadczeniach

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r., K 14/03, wskazano, że przepisy powołanej ustawy są niezgodne z art. 68 w związku z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przez to, że tworząc instytucję publiczną w kształcie uniemożliwiającym jej rzetelne i sprawne działanie, naruszają zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Trudno więc stwierdzić co wynika z błędów organizacyjnych i znanego ogromnego zadłużenia Kas Chorych a co już z wad organizacyjnych nowego systemu; co jest wynikiem braku wystarczających środków finansowych ("krótkiej kòldry") i ogólnego kryzysu finansów publicznych w Polsce a co "złej woli" Prezesa i "aparatu" NFZ; co wynika z dbałości tylko o własne interesy i ignorowania możliwości finansowych Państwa i potrzeb lecznictwa zamkniętego ze strony świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej a co jest wynikiem braku "skłonności do dialogu" Ministra Zdrowia; które braki wynikają z wadliwości zupełnie innych ustaw składających się na cały system ochrony zdrowia; co jest wynikiem złych przepisów a co tylko złej praktyki w ich stosowaniu; czy po konflikcie z systemem opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych "prywatnych" lekarzy rodzinnych czeka nas wkrótce podobny w skali konflikt z lekarzami specjalistyki; dlaczego nie tylko u nas, ale i w bogatych krajach pacjenci są też niezadowoleni z opieki medycznej itp.

W kolejnej ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazano, że zadania władz publicznych obejmują tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia; analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany; promocję zdrowia i profilaktykę, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu; finansowanie w trybie i na zasadach określonych ustawą świadczeń opieki zdrowotnej.

W ówczesnym okresie, na skutek kontroli NIK zidentyfikowano następujące problemy dotyczące funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej: koncentrację zasobów kadrowych i sprzętowych systemu ochrony zdrowia jedynie na wybranych obszarach, brak skutecznych narzędzi informatycznych pozwalających na eliminowanie nieprawidłowości w sprawozdawczości, niewystarczającą skuteczność monitorowania realizacji planu finansowego oraz działań dotyczących zmian warunków umów zawartych ze świadczeniodawcami w przypadkach, gdy nie są oni w stanie zrealizować zaplanowanych świadczeń.

W takim stanie prawnym obowiązywała niemal nieograniczona możliwość ubiegania się świadczeniodawców o zawarcie umów realizacji świadczeń zdrowotnych w systemie, zachwiana została zasada udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób kompleksowy i ciągły, dominowała zasada zapłaty *fee-for-service* oraz system rozliczeń Jednorodnych Grup Pacjentów zamiast kompleksowości, doskwierała fragmentację procesu udzielania świadczeń.

W ramach planowanej reformy dojść ma do przejścia z systemu ubezpieczeniowego do budżetowego. Reforma zarządzania służbą zdrowia na poziomie regionalnym przewiduje likwidację oddziałów wojewódzkich NFZ na rzecz zmiany na Wojewódzkie Urzędy Zdrowia zależne od MZ i częściowo od wojewody. Racjonalizacja w zakresie dopasowania do potrzeb w wymiarze regionalnym ma być oparta na regionalnych mapach potrzeb zdrowotnych. Zaprojektowane działania wiążą się z pozytywnym wpływem na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwo zdrowia pacjentów. Regionalne mapy potrzeb zdrowotnych to zaawansowane narzędzie analityczne wspierające decyzje zarządcze w ochronie zdrowia. Przedstawiają one trendy demograficzne i epidemiologiczne, istniejącą infrastrukturę w ochronie zdrowia oraz przyszłe potrzeby w tym zakresie. Reforma przewiduje kompleksowość i ciągłość - mechanizmy stymulujące integrację i koordynację świadczeń szpitalnych i świadczeń specjalistycznych udzielanych w trybie ambulatoryjnym, kosztochłonność inwestycji w infrastrukturę medyczną, uporządkowanie struktury świadczeniodawców, poddanie tej sfery działalności leczniczej szczególnym wymogom planowania w celu zapewnienia optymalnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych obywateli oraz wykorzystania zasobów, zoptymalizowanie liczby oddziałów specjalistycznych, stworzenie mechanizmu przenoszącego wąsko specjalistyczne profile do szpitali, centralizację leczenia podyktowana dbałością o bezpieczeństwo pacjenta.

## OPIEKA KOORDYNOWANA W POLSCE. MODEL POZ+ I KAOZ

lek. Leszek Kryczka

Federacja Porozumienia Zielonogórskie, woj. świętokrzyskie

słowa kluczowe: opieka koordynowana: POZ +; KAOZ

Wstęp: Poszerzona podstawowa opieka zdrowotna (POZ+) obejmuje zakres dotychczasowego POZ oraz część świadczeń z obecnego zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i opcjonalnie ambulatoryjnej fizjoterapii (FIZ).

Organizacja POZ+ ma wyróżniać się racjonalną i zaplanowaną współpracą zespołu medycyny rodzinnej/POZ i konsultujących specjalistów, opartą o zasadę przenoszenia kompetencji na najniższy efektywny poziom. POZ+ ma się wyróżniać aktywnym rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz ich zaspokajanie w sposób zaplanowany. Służyć temu mają populacyjne programy profilaktyczne oraz programy opieki koordynowanej nad chorymi przewlekle. POZ+ ma być finansowany w sposób motywacyjny oraz zagwarantować optymalne wykorzystanie środków przeznaczonych na świadczenia zdrowotne. Zarówno płatnik jak i podmioty medycznej mają monitorować jakość opieki i efektywność kosztową, w oparciu o wypracowane w trakcie pilotażu wskaźniki.

POZ+ nie ogranicza prawa pacjenta do wyboru miejsca leczenia, ale oferuje dodatkową możliwość wyboru innego sposobu organizacji procesu leczenia niż powszechnie obowiązujący. Pilotaż w zakresie POZ+ ma być realizowany głównie przez mniejsze podmioty lecznicze (dla większych podmiotów przewidziany jest model koordynowanej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, POZ+) oraz indywidualne lub grupowe praktyki lekarza rodzinnego/POZ realizujące umowę z NFZ w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Proponowany model opieki ma zapewnić poprawę skuteczności realizacji dotychczas realizowanych programów profilaktycznych, m.in. przez zmianę sposobu rekrutacji, realizacji i finansowania oraz monitorowanie odsetka ich wykonywalności w populacji zadeklarowanej do lekarza rodzinnego/POZ. Rekrutacja pacjentów na badania w zakresie profilaktyki onkologicznej, kardiologicznej, endokrynologicznej, diabetologicznej, neurologicznej i ortopedycznej powinna się odbywać na poziomie POZ.

Wnioski i posumowanie: Lepsze zaspokojenie potrzeb zdrowotnych pacjenta i zwiększenie jego udziału w procesie opieki medycznej.

1. Kreowanie postaw prozdrowotnych i większej odpowiedzialności pacjenta za własne zdrowie;

2. Większe zaangażowanie chorego przewlekle w proces opieki zdrowotnej przez zmianę sposobu jej organizacji z biernego na pro-aktywny i wykorzystanie narzędzi e-zdrowia.
3. Poprawa dostępności i jakości opieki w zakresie chorób przewlekłych
4. Ograniczenie groźnych dla życia i zdrowia powikłań chorób przewlekłych wskutek zwiększenia ich wykrywalności oraz skuteczności profilaktyki pierwotnej i wtórnej.
5. Zmniejszenie obciążenia finansowego pacjentów wskutek ograniczenia niepotrzebnych wydatków na leki (m.in. ograniczenie polipragmazji i częstej zmiany leczenia), na dojazdy do specjalistów (konsultacje bliżej miejsca zamieszkania) oraz na leczenie w prywatnych gabinetach lekarskich (z powodu zmniejszenia kolejek do AOS);
6. Poprawa poziomu satysfakcji pacjentów z realizowanych usług zdrowotnych;

#### Poprawa sposobu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

1. Poszerzenie koszyka świadczeń POZ w powszechnie obowiązującym systemie ochrony zdrowia w zakresie świadczeń profilaktycznych, diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych oraz wybranych konsultacji specjalistycznych innych niż w zakresie medycyny rodzinnej;
2. Zwiększenie skuteczności profilaktyki chorób, w tym edukacji zdrowotnej
3. Umożliwienie lekarzom rodzinnym/POZ wykorzystania w większym stopniu swoich kompetencji w zakresie posiadanej specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej, ogólnej i chorób wewnętrznych;
4. Zwiększenie kompetencji i roli pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodzinnym/POZ w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej
5. Wykorzystanie potencjału kadr nielekarskich w systemie ochrony zdrowia (np. edukatorzy, fizjoterapeuci);
6. Optymalizacja postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, rozumiana jako stosowanie najbardziej odpowiednich, z punktu widzenia celów, działań na etapie diagnostyki i terapii chorób;
7. Wdrożenie koordynacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez zespół medycyny rodzinnej, z elementami planowania opieki i aktywnym umawianiem pacjenta na kolejne wizyty;
8. Zapewnienie ścisłej i praktycznej współpracy różnych profesjonalistów medycznych w procesie opieki zdrowotnej oferowanej dla danego pacjenta;
9. Maksymalne wykorzystanie informacji medycznej zapisanej w EDM przez poszczególnych profesjonalistów opieki zdrowotnej w procesach podejmowania decyzji klinicznych;

10. Poprawa celowości zatrudnienia oraz wzrost efektywnego wykorzystania personelu medycznego i pracowników wspierających;
11. Poprawa efektywności i optymalizacja kosztów leczenia chorób przewlekłych ze środków publicznych;
12. Zastąpienie i eliminacja części procedur administracyjnych związanych z tworzeniem i nadzorem nad kolejkami procedurami koordynacji opieki usprawniającymi opiekę;
13. Systematyczne przenoszenie opieki na najniższy efektywny poziom, z poziomu AOS na POZ oraz opieki stacjonarnej na lecznictwo ambulatoryjne;
14. Zmniejszenie liczby świadczeń w stanach doraźnych udzielanych w SOR, Izbie Przyjęć oraz placówkach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wynikających z ograniczonego dostępu do POZ.

## KONCEPCJA NOWEGO SYSTEMU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Jan Pachocki, Paulina Obrębska

Słowa kluczowe: podstawowa opieka zdrowotna, budżet powierzony, koordynacja, telemedycyna

Wstęp; Nowa koncepcja systemu ochrony zdrowia wprowadzana przez Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła sprawia, że niezwykle aktualny stał się temat podstawowej opieki zdrowotnej. Ustawodawca planuje w tym zakresie znaczące zmiany, wyrażone w projekcie ustawy z dnia 28 kwietnia 2017r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Warto zauważyć, że jest to już drugi z kolei projekt skierowany do konsultacji społecznych w przedmiotowej sprawie. Głównym założeniem pierwszej propozycji było prowadzenie przez lekarza POZ opieki zintegrowanej. Aktualny projekt ustawy ujmuje zagadnienie wzmocnienia podstawowej opieki zdrowotnej w inny sposób, co zostanie opisane poniżej. Proponowane regulacje wpłyną nie tylko na sektor podstawowej opieki zdrowotnej, ale spowodują także zmianę rozkładu sił w innych sektorach świadczenia usług zdrowotnych. Niezwykle istotne jest przedstawienie nowej pozycji i roli lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i jego zespołu w systemie publicznej ochrony zdrowia. Warto także zwrócić uwagę na nowo powierzone im zadania. Ponadto, należy przyjrzeć się nowemu sposobowi finansowania opieki POZ oraz absolutnej nowince – planom monitorowania jakości udzielanych świadczeń.

### Zespół POZ

Projekt ustawy zakłada nadanie lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej nowego statusu – swoistego *gatekeepera* i osobę odpowiedzialną za zapewnienie koordynacji świadczenia usług POZ pacjentowi. Lekarz POZ ma obowiązek zapewnienia takiej koordynacji, jednak projekt ustawy nie przesądza jednak, kto miałby pełnić rolę koordynatora. Wobec milczenia ustawodawcy, środowisko medyczne wysuwa różne postulaty. W sposób oczywisty koordynatorem mógłby zostać lekarz POZ, który jednak już do tej pory ma dużo obowiązków i zadań. Proponuje się także, aby tę rolę pełniła pielęgniarka POZ, która dobrze zna otoczenie pacjenta. Pojawiają się także pomysły wprowadzenia do podstawowej opieki zdrowotnej nowego specjalisty – do spraw zdrowia publicznego, który miałby zająć się koordynacją pacjenta w systemie – którego rola dotychczas jest niewykorzystana i co mogłoby stanowić pewne remedium na braki kadrowe.

W założeniu nowego projektu każdy pacjent ma zostać objęty opieką zespołu POZ – lekarza współpracującego z pielęgniarką i położną. Znalazło to wyraz w zintegrowanej deklaracji wyboru tych świadczeniodawców, która będzie obowiązywać od 1 stycznia 2025r. Dotychczas składane deklaracje wyboru – oddzielnie dla każdego z zawodów – tracą swoją ważność w dniu 31 grudnia 2024r. Kontrowersyjne pomysły pojawiły się na gruncie pierwszego projektu ustawy w zakresie wymaganych kwalifikacji zawodowych do pracy jako lekarz POZ. Projekt zakładał, że lekarzem POZ będzie lekarz specjalista medycyny rodzinnej lub II stopnia medycyny ogólnej, wraz z rygorystycznymi zasadami uznania uprawnień dla lekarzy niespełniających tych kryteriów. Konsekwencją zaostrożonych wymogów specjalizacyjnych byłoby drastyczne zmniejszenie lekarzy uprawnionych do świadczenia usług z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W nowym projekcie ustawy zagwarantowano jednak zachowanie uprawnień przez lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych I i II stopnia i lekarzy posiadających I stopień specjalizacji w dziedzinie medycyny ogólnej, jeżeli do 31 grudnia 2024r. udzielali świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Nadal alarmujący i aktualny pozostaje jednak problem deficytu kadry lekarskiej, widoczny w każdej dziedzinie medycyny. Będzie szczególnie jaskrawy w podstawowej opiece zdrowotnej, przez wzgląd na zwiększenie zakresu kompetencji i roli w systemie.

#### Zadania nowego POZ:

W zakresie kompetencji lekarza POZ znajdzie się sprawowanie kontroli nad ambulatoryjną opieką specjalistyczną. Będzie także odpowiadał za koordynację udzielania świadczeń, co jest rozumiane jako zapewnianie profilaktycznej opieki zdrowotnej dostosowanej do wieku i płci świadczeniobiorcy oraz badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych. Projekty rozporządzeń zaproponowane w ramach projektu ustawy szczegółowo określają zakres zadań lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz bezpieczeństwa zdrowotne świadczeniobiorcy. Ponadto duży nacisk ma zostać położony na zapewnienie wysokiej jakości świadczeń udzielanych w podstawowej opiece zdrowotnej. Wspierane będzie opracowywanie i wdrażanie procedur monitorowania jakości oraz satysfakcji pacjentów z uzyskanej opieki. Kryteria monitorowania jakości świadczeń zostaną wskazane na poziomie rozporządzenia. Ważnym elementem nowego POZ będzie obowiązek współprac, rozumiany jako udzielanie wzajemnych konsultacji, stałej wymianie informacji o świadczeniobiorcy i podejmowaniu wspólnych działań przez członków POZ w zakresie niezbędnym do zachowania zdrowia, profilaktyki, rozpoznawania i leczenia chorób. Zespół



POZ może także współpracować z innymi ogniwami systemu opieki zdrowotnej w ramach koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą. Działania związane z współpracą mogą być realizowane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. To mały krok w stronę wprowadzenia rozwiązań telemedycznych do systemu opieki zdrowotnej na większą skalę.

Finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej:

Resort zdrowia zakłada sukcesywny wzrost wydatków na ten sektor opieki. W perspektywie najbliższych 20 lat mają osiągnąć poziom 20 procent wydatków publicznego płatnika na świadczenia opieki zdrowotnej. Te plany są niewątpliwie związane z przesunięciem części kompetencji, ale i obciążenia finansowego na podstawową opiekę zdrowotną. Za uprawnieniem koordynacji AOS idzie bowiem obowiązek sfinansowania zleconych badań diagnostycznych i konsultacji lekarskich. Obok istniejącej dzisiaj stawki kapitałowej pojawią się trzy dodatkowe budżety. Pierwszy – budżet powierzony – ma być przeznaczony na realizację zadań związanych z koordynacją udzielania świadczeń w zakresie badań diagnostycznych oraz konsultacji specjalistycznych. Wprowadzony zostanie także dodatek motywacyjny za osiągnięcie oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki oraz opłata zadaniowa - z przeznaczeniem na finansowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej.

Wejście w życie nowych przepisów:

Nowe przepisy mają wejść w życie stopniowo. Zgodnie z projektem ustawy, z dniem 1 lipca 2017r. ma być stosowane większość przepisów. Jednak te wprowadzające fundamentalne zmiany systemowe - dotyczące koordynowanej opieki zdrowotnej oraz finansowania w zakresie budżetu powierzonego i dodatku motywacyjnego – mają wejść w życie dopiero od 1 stycznia 2020r. Ministerstwo planuje ponadto pilotaż nowej koncepcji w okresie IV kw. 2017 r. do IV kw. 2019 r. dla minimum 45 jednostek o budżecie ok. 110 mln zł. Nie czeka nas zatem rewolucyjna zmiana w systemie opieki zdrowotnej, a planowane przeprowadzenie pilotażu ma pozwolić w ocenie ustawodawcy realnie ocenić kosztoskrajność i racjonalność nowej koncepcji.

POZ – nadzieje i pytania

Projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, mimo że jest już w dość zaawansowanej fazie legislacyjnej, nadal nie odpowiada na wiele pytań i problemów. Nadal nieznane są wszystkie projekty wykonawcze do projektu ustawy oraz nie jest jasne, na jakiej wysokości finansowanie mogą liczyć placówki podstawowej opieki zdrowotnej po 2020r. Niewykorzystany pozostaje potencjał telemedycyny, która mogłaby znacznie zwiększyć efektywność i jakość udzielanych świadczeń. Niezwykle istotne jest, aby sprawdzić

w codziennej praktyce rozwiązania telemedyczne w ramach planowanego pilotażu. Dla sprawnego działania nowego systemu wydaje się także niezbędne wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej. Bez niej idea koordynacji i współpracy staje się nierealistyczna z powodów faktycznych trudności w przekazywaniu dokumentacji medycznej pomiędzy świadczeniodawcami. Na dzień dzisiejszy zagadką pozostaje także praktyczne funkcjonowanie budżetu powierzonego, zarówno odnośnie jego wysokości, jak i sposobu rozliczania. W ramach pilotażu będzie także okazja do monitorowania innowacyjnej koncepcji koordynacji. Ogólnikowe, a wręcz zrębowe regulacje przedstawione w tym zakresie w projekcie ustawy nie dają jasnego obrazu jej kształtu w realiach polskiej służby zdrowia.

## **NASTĘPSTWA LIKWIDACJI NFZ. KIERUNKI ZMIAN W SYSTEMIE UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

dr n. o zdr. Michał Chrobot

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

Słowa kluczowe: System ubezpieczenia zdrowotnego, Narodowy Fundusz Zdrowia, reforma ochrony zdrowia

Wstęp: W roku 2017 i latach następnych planowana jest w Polsce znacząca reforma całego systemu ochrony zdrowia, która ma objąć między innymi:

- zmianę w zasadach kontraktowania świadczeń;
- zmiany w lecznictwie szpitalnym oraz podstawowej opiece zdrowotnej (opieka koordynowana);
- powstanie Urzędu Zdrowia Publicznego;
- systematyczny wzrost nakładów na ochronę zdrowia w związku z przejściem na finansowanie z budżetu Państwa;
- likwidację Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).

To właśnie instytucja płatnika publicznego, jakim jest w Polsce NFZ, budzi wiele negatywnych skojarzeń. Efektem tego oraz planowana zmiana w zakresie poboru i dystrybucji środków finansowych na ochronę zdrowia jest podstawą do decyzji Ministerstwa Zdrowia (MZ) o jego likwidacji.

Cel pracy: Analiza planowanych zmian w zakresie instytucji płatnika publicznego w Polsce.

Wyniki: Zgodnie z oficjalnymi planami MZ likwidacja NFZ ma nastąpić od stycznia 2018 r., co zbiega się z rozpoczęciem finansowania służby zdrowia z budżetu Państwa. Zmienia się także krąg osób uprawnionych do świadczeń - publiczna opieka zdrowotna dla każdego obywatela RP na stałe mieszkającego w kraju oraz tych, którzy mają prawo legalnego pobytu w Polsce.

W miejsce NFZ powstanie Państwowego Funduszu Celowego „Zdrowie”, który będzie funkcjonować jako państwowy fundusz celowy, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych z późn. zm. oraz ma otrzymywać dodatkowe pieniądze z budżetu, tak by do 2025 roku nakłady na zdrowie w Polsce wzrosły do 6 proc. PKB (teraz 4,8 proc. PKB). Dysponentem PFC „Zdrowie” będzie Minister Zdrowia. Przychodami Funduszu będą środki pochodzące głównie z następujących tytułów:

- określona część wpływów z podatku dochodowego od osób fizycznych (przynajmniej odpowiadająca zlikwidowanej uldze w ww. podatku w postaci odliczenia części składki ubezpieczenia zdrowotnego)
- dotacja z budżetu państwa uzupełniająca wielkość środków do docelowego poziomu 6% PKB w 2025 roku (wzrastająca stopniowo od 2018 roku)

Zamiast oddziałów wojewódzkich NFZ powstaną wojewódzkie urzędy zdrowia (WUZ) podległe MZ. WUZ-y będą między innymi wybierać świadczeniodawców, pełnić funkcję nadzorcą nad placówkami medycznymi, czy kontrolować wydawanie recept oraz zwolnień lekarskich. Część z obowiązków NFZ (rozdział środków pomiędzy regiony, rozliczanie leczenia za granicą czy też finansowanie świadczeń medycznych oraz leków), przejdzie w ręce MZ. Szefowie WUZ będą wybierani w otwartych konkursach, a powoływać i odwoływać ich będzie MZ.

Zgodnie z Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2017 r. powołano Zespołu do opracowania zmian organizacyjnych w związku z planowaną likwidacją Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdr. 2017. 44). W skład Zespołu wchodzi:

- Przewodniczący Zespołu - Dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia;
- Zastępca Przewodniczącego Zespołu - przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia;
- Członkowie:
- dwóch przedstawicieli Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia,
- przedstawiciel Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg w Ministerstwie Zdrowia,
- przedstawiciel Departamentu Budżetu, Finansów i Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia,
- przedstawiciel Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia,
- przedstawiciel Gabinetu Politycznego Ministra w Ministerstwie Zdrowia,
- dwóch przedstawicieli Biura Dyrektora Generalnego w Ministerstwie Zdrowia,
- przedstawiciel Biura Kadr w Ministerstwie Zdrowia,
- trzech przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia,
- przedstawiciel Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia,
- przedstawiciel Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Do chwili obecnej zespół nie przedstawił wyników swojej pracy (sprawozdania do MZ).

Wnioski: Likwidacja NFZ w 2018 roku jest pomysłem, który należałoby zweryfikować. Do końca roku pracownicy NFZ mają za zadanie wprowadzić zmiany w finansowaniu świadczeń (sieć szpitali), a do końca czerwca 2018 r. zakończyć procedury konkursów ofert w tych rodzajach świadczeń. Po to, aby wszystkie decyzje były podejmowane z należytą starannością, należy zapewnić pracownikom NFZ stabilność zatrudnienia. Wydaje się, że NFZ, jako jeden z tych płatników publicznych w Europie, który ma najniższe wydatki administracyjne, powinien zostać poddany korekcie, a nie likwidacji. Ewentualną decyzję o zmianie płatnika publicznego należy odłożyć do czasu wdrożenia wszystkich zapowiadanych reform w systemie ochrony zdrowia.

## **II SESJA PLENARNA**

### **System budżetowej płatności za świadczenia medyczne. Zasady kodowania i rozliczania świadczeń, prowadzenia rachunku kosztów oraz przetargów w placówkach medycznych.**

#### **ROZLICZANIE USŁUG MEDYCZNYCH W PSZ ORAZ POZOSTAŁYCH RODZAJACH ŚWIADCZEŃ PO 1 LIPCA 2017 r.**

dr n. o zdr. Michał Chrobot

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

Słowa kluczowe: Rozliczanie świadczeń, Narodowy Fundusz Zdrowia, sieć szpitali, reforma ochrony zdrowia

Wstęp: Z dniem 1 października 2017 r. poprzez zapisy ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 23 marca 2017 r. wchodzi w życie reforma lecznictwa szpitalnego nazywana potocznie „siecią szpitali”, a w zapisach ustawy systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ). Zmiana ta wpłynie nie tylko na liczbę i strukturę placówek, ale także na sposób realizacji i rozliczania przez placówki medyczne umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ).

Cel pracy: Analiza zasad i wytycznych rozliczania świadczeń w ramach systemu podstawowego zabezpieczenia po 1 października 2017 r., ze szczególnym uwzględnieniem zmian do stanu aktualnego.

Wyniki: Z analizy podstawy prawnej wynika, że bazą dla realizacji świadczeń w Polsce nadal są: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; tzw. ustawa refundacyjna; rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych w poszczególnych rodzajach świadczeń oraz zarządzenia Prezesa NFZ. Sieć szpitali obejmuje:

- świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego,
- świadczenia wysokospecjalistyczne,
- świadczenia z zakresu programów lekowych,
- świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, realizowane w przychodniach przyszpitalnych,
- świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej,
- świadczenia z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Pozostałe świadczenia opieki zdrowotnej (nienależące do PSZ) będą kontraktowane w oparciu o postępowania konkursowe, a świadczeniodawcy, którzy nie zostaną zakwalifikowani do PSZ, będą mogli brać udział w postępowaniach konkursowych.

Rozliczanie kosztów świadczeń udzielanych na podstawie umów zawartych w ramach sieci szpitali będzie się odbywać w formie ryczałtowej. Wysokość ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy będzie zależała od liczby i struktury świadczeń udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach (według wzoru wskazanego w rozporządzeniu MZ w sprawie określenia szczegółowych zasad ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy).

Zgodnie z ustawą zostaną wyodrębnione środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia świadczeniobiorcom odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Wykaz tych świadczeń zostanie ustalony w drodze rozporządzenia MZ w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Zgodnie z aktualnym projektem na on obejmować:

- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie tomografii komputerowej, medycyny nuklearnej, rezonansu magnetycznego;
- diagnostykę i leczenie onkologiczne (karta DiLO);
- endoprotezoplastykę stawu biodrowego lub kolanowego;
- kompleksową opiekę zdrowotną (nowe produkty z płatnością za efekt);
- leczenie zaburzeń słuchu za pomocą wszczepialnych protez słuchu;
- leczenie szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami;
- leczenie szpitalne udzielane w ramach profili: brachyterapia, radioterapia, terapia izotopowa oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie: brachyterapii, terapii izotopowej i teleradioterapii;
- leczenia szpitalnego ostrego zawału serca;
- nocną i świąteczną opiekę zdrowotną;
- przeszczepy narządów i szpiku kostnego;
- świadczenia realizowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych albo w izbach przyjęć;
- rehabilitacja lecznicza w warunkach: ośrodka lub oddziału dziennego lub stacjonarnych;
- świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne, w zakresie wskazanym w OWU;

- świadczenia wysokospecjalistyczne;
- świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych;
- świadczenia oraz leki stosowane w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji;
- zabiegi usunięcia zaćmy.

Wnioski: Rozliczanie świadczeń pozostanie na analogicznych zasadach, jak do 30 września 2017 r. (katalogi świadczeń w oparciu o tzw. rozporządzenia koszykowe, z uwzględnieniem zmiany wycen do 1 zł za punkt we wszystkich rodzajach w PSZ). Liczba wykonanych punktów rozliczeniowych w tej części PSZ, która będzie finansowana ryczałtowo będzie mieć wartość statystyczną i wpłynie na wysokość ryczałtu w następnym okresie rozliczeniowym. W pozostałych rodzajach świadczeń (zarówno w ramach, jak i poza PSZ) rozliczanie świadczeń odbywać się będzie na dotychczasowych zasadach (fee for service).



**SIEĆ SZPITALI - PRZEWIDYWANE ZMIANY W ROZLICZANIU  
I FINANSOWANIU ŚWIADCZEŃ NA PRZYKŁADZIE SZPITALA  
IM. M. KOPERNIKA W ŁODZI**

dr n. med. Aleksandra Sierocka

Kierownik Pionu Monitorowania Świadczeń Medycznych Wojewódzkiego

Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi

Słowa kluczowe: sieć szpitali, zarządzenia, finansowanie, taryfikacja

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi ze względu na swoją specyfikę i charakter jest jedną z największych placówek medycznych w województwie łódzkim. W strukturze jednostki funkcjonują 33 oddziały (873 łóżka), 43 poradnie specjalistyczne oraz nowoczesny dział diagnostyczny. Centrum zatrudnia ponad 2100 osób.

Szeroki profil usług szpitalnych i ambulatoryjnych uzupełnia: Centrum Urazowe (jedno z 14 w Polsce), Szpitalny Oddział Ratunkowy wyposażony m.in. w tzw. Trauma Bay, czyli zatokę urazową z najbardziej nowoczesnym sprzętem ratującym życie, własne profesjonalne, akredytowane lądowisko dla śmigłowców ratowniczych, Ośrodek Onkohematologii z nowoczesnym Ośrodkiem Transplantacji Szpiku oraz Zakładem Teleradioterapii, Ośrodek Wczesnej Rehabilitacji Kardiologicznej, Ośrodek Pediatryczny im. Dr J. Korczaka, Centrum Leczenia Udarów Mózgu oraz Pracownia PET- pierwsza w województwie łódzkim i jedna z sześciu w Polsce wyposażona w cyklotron do produkcji izotopów niezbędnych do wykonywania badań diagnostycznych. Z roku na rok zwiększa się systematycznie liczba przyjmowanych pacjentów (ponad 71,5 tys hospitalizacji i prawie 300 tys. porad ambulatoryjnych rocznie) oraz wysokość kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (ponad 373 mln zł w 2016 roku).

Dlatego też każda zmiana w sposobie finansowania świadczeń lub w ich wycenie (taryfikacji) może mieć przełożenie i wpływ na wynik finansowy szpitala i stanowić realne zagrożenie dla przyszłości jednostki, która wypracowała efektywny mechanizm zarządzania pozwalający na uzyskiwanie przychodów (i to niemałych) z prowadzonej działalności.

Rok 2017 jest pod tym względem dla Centrum szczególnie trudny. Szereg niekorzystnych dla szpitala zmian wprowadzonych zarządzeniami Prezesa NFZ z końcem 2016 roku z mocą obowiązywania od 1 stycznia 2017 r. (w tym zarządzenia nr 117, 129 i 1/2017 w rodzaju leczenie szpitalne) przyczynił się do tego, że przewidywane wykonanie

kontraktów zmniejszyć się może nawet o 4 mln zł! Największe straty dotyczą oddziałów neurochirurgii, ortopedii, chirurgii naczyniowej oraz pracowni PET.

Mając zatem świadomość takich kalkulacji i analiz oraz znając obwieszczenia i opublikowane projekty Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji (AOTMiT) (zakładane kolejne obniżenie taryf skutkujące dla szpitala kolejną stratą nawet ponad 800 tysięcy rocznie) możemy przewidzieć ewentualne przychody lub ich brak w roku bieżącym. Niestety wszystkie zarówno już zaproponowane, jak i te dopiero przewidywane zmiany ogłoszone przez NFZ, jak i przez AOTMiT dla mojego szpitala wiążą się nieodzownie z obniżeniem ewentualnych zysków (do których przyzwyczailiśmy się już na przestrzeni kilku ostatnich lat).

Uwzględniając powyższe, jak również kwestie związane z dążeniem Centrum do dalszego rozwoju i rozbudowy swojej infrastruktury wprowadzenie systemu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego, czyli tzw. sieci szpitali to kolejna niewiadoma mogąca ograniczyć lub nawet powstrzymać realizację założonych celów. WWCOiT w Łodzi znajdzie się w sieci prawdopodobnie na III poziomie z 6 stworzonych (możliwe również przypisane do szpitala onkologicznego). Większość posiadanych oddziałów i poradni zostanie objęta ryczałtem, zgodnie z wytycznymi opublikowanych projektów rozporządzeń. Niestety zarówno sama Ustawa z 23 maja 2017 r. „o sieci” , jak i projekty rozporządzeń do niej (szkoda, że nadal tylko projekty) pozostawiają wiele niewyjaśnionych i niedoprecyzowanych kwestii. Gro świadczeń, że względu na specyfikę szpitala, wyodrębniona zostanie do bazy odrębnie finansowanych (np. endoprotezoplastyka, TK, RM, DILO, chemioterapia i programy lekowe, tele i radioterapia, brachyterapia, SOR). Poza siecią i ryczałtem, czyli do kontraktowania na „starych” zasadach znajdują się jedynie: leczenie paliatywne, rehabilitacja ambulatoryjna, poradnie okulistyczna i okulistyczna dla dzieci (brak jednoimiennego oddziału/zakresu) oraz oddział urologii dla dzieci i poradnia urologiczna dla dzieci (kontrakt z NFZ krócej niż 2 lata). Zakładając, zgodnie z opublikowanym wzorem na wyliczenie ryczałtu, że jego bazą jest rok 2015, przeprowadzono symulację wielkości stawki, jaką może otrzymać szpital na ostatni kwartał 2017 roku, jak również na rok następny (podstawiono dane z 2016 roku). Wynik nie był niestety optymistyczny. Przyjmując, że Centrum utrzyma wszystkie posiadane zakresy (również te pozostające poza siecią) uzyskano informację o szacowanych przychodach, które przedstawiają się następująco:

L. p.	Rok	Rzeczywiste przychody (wartość kontraktu):	Wzrost w stosunku do roku poprzedniego
1.	2.	3.	4.
1.	2013 r.	327 881 603,49	0,00
2.	2014 r.	338 624 702,67	10 743 099,18
3.	2015 r.	356 875 606,88	18 250 904,21
4.	2016 r.	371 058 483,42	14 182 876,54
5.	2017 r. - Plan	372 321 510,28	1 263 026,86
6.	2018 r. - Plan	371 967 851,81	-353 658,48

Tym samym wyraźnie widać, że zmiana sposobu finansowania i wejście w tzw. sieć szpitali na obecnie określonych zasadach spowoduje prawdopodobnie znaczny spadek przewidywanych przychodów Szpitala.

## **WYKORZYSTANIE INFORMACJI O KOSZTACH W ZARZĄDZANIU PODMIOTEM LECZNICZYM**

dr n. ekon. Monika Raulinajtys-Grzybek

Katedra Rachunkowości Menedżerskiej, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Słowa kluczowe: zarządzanie kosztami, podmioty lecznicze, rachunek kosztów

Wstęp: W najbliższym czasie zarządzający w ochronie zdrowia zmierzają się z szeregiem zmian. Począwszy od zmian instytucjonalnych przez wymuszone m.in. przez zmiany demograficzne zmiany w zakresie funkcjonowania szpitali. Odbywają się one w warunkach presji na poziom kosztów – przede wszystkim wynagrodzeń coraz trudniej dostępnych zasobów kadrowych, a także wymagających odtworzenia zasobów infrastrukturalnych. Wszystkie te czynniki powodują, że rośnie konieczność poprawy efektywności zarządzania dostępnymi zasobami oraz wypracowanie konsensusu między potrzebami pacjentów i możliwościami finansowymi.

Celem pracy jest przedstawienie możliwości wykorzystania narzędzi rachunku kosztów do wsparcia racjonalnego gospodarowania w podmiotach leczniczych. W praktyce zasada ta sprowadza się do minimalizacji nakładów potrzebnych do osiągnięcia założonych efektów (w tym efektów klinicznych).

Wyniki badań: Zakres zagadnień związanych z racjonalnym gospodarowaniem zależy od sytuacji, w której znajduje się podmiot leczniczy. Strategiczne pytania dotyczą takich zagadnień jak rentowność poszczególnych obszarów czy też rozpoczęcie realizacji nowych usług. Stabilna sytuacja finansowa podmiotu wymaga utrzymywania globalnej rentowności na dodatnim poziomie – jeśli zatem w podmiocie utrzymywane są obszary nierentowne to ważne jest skompensowanie tej straty innymi, rentownymi obszarami i próba poprawy lub przynajmniej nie pogorszenia tej straty. W krótkim horyzoncie czasowym rentowność jest konsekwencją efektywnego zarządzania: realizowanymi procesami, posiadanymi zasobami zaangażowanymi i zasobami elastycznymi. Co ważne - nie istnieje jeden model rachunku kosztów skuteczny we wszystkich warunkach.

Analiza kosztów pełnych ma zastosowanie w momencie, kiedy rozważane jest rozpoczęcie nowego obszaru działalności, wymagającego zaangażowania zasobów – na przykład nowego oddziału, poradni czy też innego zakresu. Oczekiwane przychody zestawiane są z wszystkimi kosztami.

W sytuacji, kiedy w ramach istniejącej jednostki występują wolne moce – czyli na przykład nie jest wykonywany kontrakt, istnieją dostępne zasoby – analiza opłacalności powinna dotyczyć przede wszystkim kosztów istotnych, czyli takich, które zmieniają się pod wpływem podjętej decyzji.

Kiedy przedmiotem analizy jest procedura realizowana często w oddziale, każda poprawa efektywności jej realizacji będzie miała przełożenie na wypracowywane wyniki. W przedstawionym przykładzie możliwe jest podjęcie szeregu działań – począwszy od podjęcia próby zarządzania kosztami materiałów medycznych, przez lepsze wykorzystanie zasobów, które generują wysokie koszty stałe – ludzi i infrastruktury w bloku i na oddziale.

Jednym z podstawowych problemów jest poziom wykorzystania utrzymywanych zasobów. Warto pamiętać, że brak efektywnego wykorzystania istniejącej infrastruktury często pociąga za sobą wyższe koszty, na przykład personelu.

Wnioski: Niezależnie od zastosowanego modelu rachunku kosztów najważniejsze jest, by otrzymane wyniki były zrozumiałe dla odbiorców. Obecnie podstawowymi odbiorcami informacji jest kierownictwo naczelne. Efektywne zarządzanie kosztami wymaga zaangażowania kierowników liniowych – ordynatorów, pielęgniarek oddziałowych oraz kierowników komórek.

## TARYFIKACJA ŚWIADCZEŃ - PUNKT WIDZENIA AOTMiT

Aleksandra Świdarska

Wydział Taryfikacji, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Słowa kluczowe: taryfikacja, świadczeniodawcy, dane finansowe, koszty

Wystąpienie ma na celu krótkie omówienie poszczególnych etapów procesu wyceny świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Cały proces wyceny świadczeń można podzielić na następujące etapy: wybór świadczeń do wyceny, zaproszenie świadczeniodawców do współpracy, zgromadzenie danych przygotowanych przez świadczeniodawców, analiza danych pochodzących od świadczeniodawców oraz innych informacji, konsultacje projektu taryfy, wydanie obwieszczenia przez Prezesa AOTMiT.

Obszar świadczeń, które będą poddane wycenie w danym roku, zawiera plan taryfikacji, który opiniowany jest przez NFZ i Radę ds. Taryfikacji oraz akceptowany przez Ministra Zdrowia. Minister Zdrowia może również zlecić Agencji wycenę innych świadczeń niż zawarte w planie.

Kluczowymi informacjami dla wyceny świadczeń są dane pochodzące od świadczeniodawców, które przekazywane są na podstawie zawartych umów. Dane te podzielić można na dwa rodzaje: ogólne dane finansowe i niefinansowe oraz dane szczegółowe o wykorzystaniu zasobów. Ogólne dane finansowe i niefinansowe obejmują koszty całkowite pogrupowane w kategorie (wynagrodzenia w podziale na grupy personelu, koszty leków, wyrobów medycznych, procedur, amortyzacji, pozostałe koszty) oraz informacje o liczbie łóżek, wymiarze zatrudnienia poszczególnych kategorii personelu itp. Natomiast dane szczegółowe odnoszą się do rodzaju oraz liczby zużycia leków, wyrobów medycznych i realizacji procedur w odniesieniu do pojedynczego pacjenta bądź średnio w odniesieniu do danego świadczenia. Dane poddawane są analizom statystycznym w efekcie których obliczane są uśrednione koszty: osobowe oraz infrastruktury przypadające jedno świadczenie, zużycia leków, wyrobów medycznych oraz zrealizowanych procedur. Suma tych kosztów powiększana jest o mnożnik uwzględniający wzrost kosztów udzielania świadczeń. Na każdym etapie prac analitycy współpracują z ekspertami klinicznymi w danej dziedzinie, z którymi konsultowane są wszelkie pojawiające się wątpliwości.

W oparciu o wyniki analizy danych oraz analizę innych dostępnych informacji ustalana jest propozycja taryfy, która udostępniana jest do konsultacji publicznych

oraz diskutowana z Radą ds. Taryfikacji. Po uzyskaniu pozytywnej opinii Rady taryfa dla danego świadczenia, wyrażona w wartościach punktowych, publikowana jest w biuletynie informacji publicznej AOTMiT w postaci obwieszczenia Prezesa Agencji.

## WYCENA ŚWIADCZEŃ Z PUNKTU WIDZENIA ŚWIADCZENIODAWCY

dr n. med. Erwin Strzesak

Wielkopolskie Centrum Onkologii

Słowa kluczowe: Umowy, AOIMiT, pakiet onkologiczny, świadczenia medyczne

Wstęp: Strategia wyceny świadczeń medycznych musi opierać się na określonej w sposób jak najbardziej dokładny ilość środków finansowych, niezbędnych do wykonania danego świadczenia. Skład zespołu dokonującego kosztorysowania (praktycy z dziedziny podlegającej taryfikacji) ma decydujące znaczenie w finalnej wycenie produktu, poddawanego analizie ekonomicznej.

Cel pracy: Przedstawiono odmienne wyceny dla analogicznych zabiegów medycznych, dokonanych przez niezależne placówki medyczne i niemedyczne. W ramach kalkulacji kosztów wykazano wszystkie ich składowe, zarówno bezpośrednie (koszty bloku operacyjnego, materiały zużyte do wykonania procedur, prąd, ogrzewanie, sterylizacja, płace zespołu udzielającego świadczenia) , jak i pośrednie (serwis urządzeń, infrastruktura teleinformatyczna) oraz koszty dodatkowe (badania, świadczenia niemedyczne udzielone pacjentowi).

Wyniki badań: Przedstawione wyceny tego samego świadczenia medycznego różnią się między sobą. Pierwotna wycena danego świadczenia jest o 1/3 niższa od kosztów uzyskanych po finałowej analizie.

Wnioski: Ostateczna wycena świadczeń składa się nie tylko z kosztów faktycznie poniesionych, związanych z zachowaniem wysokich jakościowo standardów postępowania dla danego zakresu medycyny, ale powinna również opierać się na kosztach, przewidywanych w przyszłości (przykładowo, pojawienie się nowych technologii mogą prowadzić do zadłużenia).



## **POZACENOWE ASPEKTY OCENY OFERT SKŁADANYCH W POSTĘPOWANIACH PRZETARGOWYCH**

mec. Adam Twarowski

Wiceprzewodniczący Komisji bioetycznej przy Centrum Onkologii w Warszawie

Słowa kluczowe: kryteria oceny ofert, cena

Wstęp: Stosowanie procedur zamówień publicznych do zakupów przez podmioty ochrony zdrowia naraża na wiele problemów. Istniejące regulacje prawne nie zawsze pozwalają osiągnąć cel zakupu – nabycie dobrego jakościowo produktu w ramach posiadanych środków. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest stosowanie wyłącznie ceny jako kryterium oceny ofert. Konkurencja pomiędzy wykonawcami sprowadza się wówczas do zaoferowania najtańszych rozwiązań, które decydują o zdrowiu i jakości życia pacjenta. Przepisy dotyczące zamówień publicznych pozwalają, a nawet – w niektórych przypadkach – nakazują stosować pozacenowe kryteria oceny ofert.

Cel pracy: Celem opracowania jest zwrócenie uwagi na zmiany prawne, które nakazują stosowanie pozacenowych kryteriów oceny ofert.

Wyniki badań: Obecnie obowiązująca dyrektywa 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie koordynacji procedur udzielania zamówień publicznych na roboty budowlane, dostawy i usługi (Dz. U. L. 134 z 30.04.2004 r., str. 114) kładzie duży nacisk na stosowanie kryteriów jakościowych, a nawet pozwala państwom członkowskim – gdy uznają to za stosowne – zabronić stosowania wyłącznie ceny lub wyłącznie kosztu do celów oceny oferty najkorzystniejszej ekonomicznie, bądź też ograniczyć stosowanie tych czynników. Zdaniem ustawodawcy europejskiego, należy zachęcać instytucje zamawiające do wybierania takich kryteriów udzielenia zamówienia, które umożliwią im otrzymanie wysokiej jakości robót budowlanych, dostaw i usług, optymalnie odpowiadających ich potrzebom.

Istotne ograniczenia w swobodzie zamawiającego w zakresie wyboru kryteriów oceny ofert wprowadziła ustawa z dnia 29 sierpnia 2014 r. o zmianie ustawy Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1232), ograniczając możliwość stosowania ceny jako jedynego kryterium oceny ofert tylko w przypadku, gdy przedmiot zamówienia jest powszechnie dostępny oraz ma ustalone standardy jakościowe, a w przypadku zamawiających, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1 i 2 (a więc jednostek sektora finansów publicznych oraz innych, niż jednostki sektora finansów publicznych, państwowych jednostek

organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej), jeżeli dodatkowo wykażą w załączniku do protokołu postępowania, w jaki sposób zostały uwzględnione w opisie przedmiotu zamówienia koszty ponoszone w całym okresie korzystania z przedmiotu zamówienia.

Następnie, implementując powołaną dyrektywę, polski ustawodawca ograniczył możliwość stosowania ceny, jako jedyne lub przeważającego kryterium. Zgodnie ze zmienionym art. 91 ust. 2a, zamawiający, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1 i 2 oraz ich związki, kryterium ceny mogą zastosować jako jedyne kryterium oceny ofert lub kryterium o wadze przekraczającej 60%, jeżeli określą w opisie przedmiotu zamówienia standardy jakościowe odnoszące się do wszystkich istotnych cech przedmiotu zamówienia oraz wykażą w załączniku do protokołu w jaki sposób zostały uwzględnione w opisie przedmiotu zamówienia koszty cyklu życia.

Nowa regulacja, co do zasady nakazuje stosować pozacenowe kryteria oceny ofert. Wbrew mylącym pozorom, możliwość stosowania ceny jako jedyne lub dominującego kryterium oceny ofert nie dotyczy tylko przypadków, gdy przedmiot zamówienia ma ustalone standardy jakościowe (albowiem większość nabywanych produktów takie standardy ma określone), ale wszystkich przypadków, gdy możliwe do nabycia produkty różnią się między sobą w sposób istotny, a zamawiający nie określił w SIWZ wszystkich tych istotnych cech. W takim przypadku nie tylko konieczne, ale i uzasadnione jest dokonywanie wyboru oferowanego produktu z uwzględnieniem elementów różnicujących ich jakość.

Wnioski: W przypadku zamówień dokonywanych przez jednostki sektora finansów publicznych należy brać pod uwagę obowiązek stosowania pozacenowych kryteriów oceny ofert, chyba że określi się w SIWZ wszystkie istotne cechy jakościowe nabywanych dóbr oraz określi się w opisie przedmiotu zamówienia koszty cyklu życia, a więc koszty ponoszone przez cały okres użytkowania nabywanych dóbr.

### **III SESJA – SESJE TEMATYCZNE – CZĘŚĆ I**

**Bezpieczeństwo pacjentów w kontekście błędów medycznych oraz zdarzeń niepożądanych. Rola i odpowiedzialność personelu medycznego w tworzeniu dokumentacji medycznej.**

#### **ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE W MEDYCYNIE**

dr n. o zdr. Maria Mika

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

Instytut Ochrony Zdrowia, Zakład Pielęgniarstwa

Słowa kluczowe: zdarzenia niepożądane, bezpieczeństwo pacjenta, jakość opieki pielęgniarskiej

Wstęp: Zapewnienie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych jest niezbędnym warunkiem osiągnięcia celów ochrony zdrowia i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Opieka pielęgniarska wysokiej jakości, która stanowi integralną część opieki zdrowotnej powinna charakteryzować się podobnymi cechami jak cały system opieki zdrowotnej. Jakość w opiece pielęgniarskiej jest jednym z bardzo ważnych elementów opieki zdrowotnej, ponieważ dotyczy działania bezpośredniego między człowiekiem chorym, czyli między pacjentem a pielęgniarką.

Współczesne systemy ochrony zdrowia dużą wagę przykładają do zapewnienia jak najwyższej jakości usług zdrowotnych, mimo to wzrasta liczebność zdarzeń niepożądanych, kiedy to pacjent doznaje uszczerbku na zdrowiu niezwiązanego z chorobą, ale z wadliwie zorganizowaną bądź realizowaną opieką zdrowotną.

Na każdym etapie hospitalizacji, czyli od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do chwili jego wypisu, może dochodzić do zdarzeń niepożądanych. Konsekwencje zdarzenia niepożądanego, błędu medycznego czy zaniechania działania właśnie w opiece nad chorym są postrzegane jako bardzo ważne, często nieodwracalne, gdyż dotyczą najwyższej wartości dla każdego człowieka, jakim jest zdrowie i życie.

Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych obejmuje identyfikację, analizę oraz redukcję zdarzeń. Celem zarządzania ryzykiem jest wdrażanie do praktyki takich rozwiązań, które pozwoliłyby na eliminację lub ograniczenie występowania zdarzeń niepożądanych.

Celem pracy było określenie wpływu zdarzeń niepożądanych i ich identyfikacji na jakość opieki nad chorym oraz analiza związku pomiędzy bezpieczeństwem pacjenta a identyfikacją i zgłaszaniem zdarzeń niepożądanych

Materiał i metody: Badaniami objęta została grupa 364 pielęgniarek. Badania przeprowadzono wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w oddziałach szpitalnych. W badaniach wykorzystano kwestionariusz Sondaż Szpitalny o Bezpieczeństwie Pacjenta – Hospital Survey on Patient Culture.

Wyniki: Ocenie poddano wyodrębnione czynności wykonywane przez pielęgniarki w kwestii identyfikowania zdarzeń niepożądanych i ich wpływu na jakość opieki nad chorym. W analizach uwzględniono obszary, w których najczęściej identyfikowane są niezgodności. Pielęgniarki najczęściej identyfikowały niezgodności związane z organizacją i administracją (35%). Ponadto niezgodności identyfikowane są również w takich obszarach jak: związane ze sprzętem medycznym (24%), z zakażeniami szpitalnymi (23%) oraz w obszarze związanym z podaniem leku (22%). Niezgodności związane z czynnościami lekarskimi identyfikowane są przez 20% badanych, zaś związane z czynnościami pielęgniarskimi przez 19%. Mimo, iż najrzadziej badani identyfikują niezgodności obejmujące krew i preparaty krwiopochodne, to jednak zgłasza je, co dziesiąta osoba (10%). Ważnym podkreślenia jest fakt, że obszary, w których badane pielęgniarki zidentyfikowały zdarzenia niepożądane nie są katastrofalne.

Wnioski: Stwierdzono częstsze przypadki nie zgłaszania zdarzeń niepożądanych przez pielęgniarki uwarunkowane między innymi obawami przed konsekwencjami służbowymi. Zdarzenia niepożądane stanowią poważny problem w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w przypadku braku ich zgłaszania mogą być przyczyną zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów. Istotne wydaje się wypracowanie kultury organizacji opartej o uczciwe i swobodne wykrywanie, analizowanie i raportowanie o niezgodnościach, wprowadzanie działań korygujących i zapobiegawczych oraz stworzenie klimatu wsparcia dla osoby, która uczestniczyła w zdarzeniu niepożądany. Wskazane jest wprowadzenie uregulowań prawnych dotyczących opracowania stosownego narzędzia do zgłaszania zdarzeń niepożądanych.

## **BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA W STRATEGII SZYBKIEJ ŚCIEŻKI CHIRURGICZNEJ**

dr hab. n. o zdr. prof. UJK Dorota Koziół

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

Słowa kluczowe: szybka ścieżka chirurgiczna, bezpieczeństwo chorego, zespół terapeutyczny, opieka okołoperacyjna

Stale rosnące koszty opieki zdrowotnej i oczekiwania wysokiej jakości świadczeń medycznych wymuszają konieczność poszukiwania nowych rozwiązań w leczeniu i pielęgnacji chorego. Wprowadzenie do chirurgii małoinwazyjnych technik zabiegowych, postęp w diagnostyce i leczeniu przekłada się na konieczność zmiany podejścia w opiece nad chorym operowanym. Optymalizacja opieki nad chorym chirurgicznie wymaga jednocześnie współpracy interdyscyplinarnego zespołu, który łączy wspólny cel jakim jest skrócenie czasu hospitalizacji przy zachowaniu pełnego bezpieczeństwa chorych operowanych.

Szybka ścieżka chirurgiczna zmierza do skracania czasu hospitalizacji pacjentów poddawanych zabiegom chirurgicznym w stosunku do dotychczas stosowanego postępowania rutynowego, z zachowaniem pełnego bezpieczeństwa operowanych, odsetka powikłań i ponownych przyjęć do szpitala związanych z przeprowadzonym zabiegiem.

Nowoczesne postępowanie w ramach krótkiej ścieżki chirurgicznej powinno skoncentrować się na zapewnieniu choremu opieki polegającej na wstępnej informacji na temat okresu okołoperacyjnego, społecznego i psychologicznego wsparcia, doradztwie w zakresie domowej rekonwalescencji i sposobie postępowania w przypadku powikłań.

Wnioski: Często przedoperacyjna edukacja i przygotowanie chorego do wyjścia ze szpitala nie nadążają za skróceniem pobytu w szpitalu. Istotne znaczenie ma szkolenie zespołu chirurgów, anestezjologów, pielęgniarek i fizjoterapeutów wzmacniając podejście zespołowe w opiece nad chorym.

# **WYKORZYSTANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRZY STWIERDZENIU NIEPRAWIDŁOWOŚCI W ZIPI POSTĘPOWANIACH SKARGOWYCH ORAZ DZIAŁALNOŚCI WOJEWÓDZKIEJ KOMISJI DO SPRAW ORZEKANIA O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH - ASPEKTY PRAKTYCZNE**

dr n. praw. Tomasz Filarski

Słowa kluczowe: dokumentacja medyczna, ZIP, postępowanie skargowe, Wojewódzka Komisja do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych

Wstęp: Treść dokumentacji medycznej powinna odzwierciedlać postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne według zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny. Odzwierciedlony w dokumentacji medycznej proces diagnostyczno-leczniczy potwierdza udzielone pacjentowi świadczenia zdrowotne i stanowi podstawę zapłaty za te świadczenia przez publicznego płatnika poprzez szczegółową sprawozdawczość. Wyeksportowane dane medyczno-finansowe są następnie analizowane przez Fundusz w trakcie rozpatrywania zgłoszeń pacjentów zarzucających różnego rodzaju nieprawidłowości w działalności placówki medycznej.

W każdym postępowaniu w sprawie nieprawidłowości stwierdzonych i zgłoszonych do NFZ przez pacjentów w wyniku analizy informacji prezentowanych na jego indywidualnym koncie w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta (ZIP) oraz każdym postępowaniu prowadzonym przez Wojewódzką Komisję ds. Zdarzeń Medycznych jest uzyskiwana i następnie merytorycznie wykorzystywana pełna dokumentacja medyczna wytworzona przez placówkę medyczną w stosunku do konkretnego pacjenta. Również w znacznej części prowadzonych przez Fundusz postępowań skargowych prowadzonych ze zgłoszeń pacjentów, wykorzystywane są dane sprawozdane przez świadczeniodawcę oraz dokumentacja medyczna pacjenta. Pozwala to na wskazanie węzłowych zagadnień i problemów dotyczących wytwarzania dokumentacji medycznej, sprawozdawania danych medycznych, rozliczenia na tej podstawie zrealizowanych świadczeń oraz podejmowanych z tą dokumentacją medyczną i sprawozdawczością działań przez NFZ w ramach postępowań skargowych i ZIP-owych a także dotyczących wykorzystywania tej dokumentacji przez Wojewódzką Komisję ds. Zdarzeń Medycznych.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie niektórych aspektów praktycznego wykorzystania dokumentacji medycznej przy stwierdzeniu nieprawidłowości w ZIP i postępowaniach skargowych prowadzonych przez oddział Narodowego Funduszu Zdrowia oraz działalności Wojewódzkiej Komisji do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.

Wyniki badań: Każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej pacjenta oraz zapewnienia ochrony zawartych w niej danych. Co prawda dokumentacja medyczna jest własnością podmiotu leczniczego lecz na żądanie upoważnionych podmiotów lub organów jest obowiązany ją udostępnić we wskazanej formie i zakresie. Taki podmiotami są NFZ i Wojewódzka Komisja do Spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.

NFZ rozpatrując skargi pacjentów dotyczące naruszenia praw świadczeniobiorców w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowę o ich udzielanie polegających w szczególności na:

- pobieraniu nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy (np. opłaty za transport sanitarny, leki, badania diagnostyczne),
- nieuzasadnionej odmowie udzielenia świadczeniobiorcy świadczeń (np. odmowa przyjęcia w szpitalnym oddziale ratunkowym, odmowa przyjęcia do szpitala, odmowa wizyty domowej),
- nieprowadzeniu list oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzeniu tych list w sposób rażąco naruszający przepisy prawa (odmowa wpisania na listę oczekujących, nieprowadzenie listy oczekujących dla przypadków pilnych, przesunięcie terminu udzielenia świadczenia niezgodnie z przepisami, niewyznaczenie terminu wizyty zgodnie z planem leczenia),
- udzielaniu świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie (braki w wyposażeniu, personel o kwalifikacjach niezgodnych z wymogami, udzielanie świadczeń niezgodnie z harmonogramem), może dokonać analizy sprawozdawczości dokonanej przez świadczeniodawcę i uzyskać niezbędną dokumentację medyczną oraz przeprowadzić kontrolę (doraźną lub kompleksową) w sytuacji rażącego naruszenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdy przeprowadzone postępowanie wyjaśniające oraz zgromadzona dokumentacja wskazują na nieprawidłowości w jej realizacji. Może także przeprowadzić kontrolę warunków udzielania świadczeń, również we współpracy z konsultantami wojewódzkimi w danej dziedzinie medycyny w zakresie postępowania diagnostycznego, leczniczego i pielęgnacyjnego w zakresie

jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków, zastosowanym wobec pacjenta i uwidocznionych w dokumentacji medycznej. W przypadku zarzutów niezgodności wpisów w dokumentacji medycznej ze stanem faktycznym prowadzona jest analiza sprawozdawczości przekazanej przez świadczeniodawcę do NFZ oraz uzyskiwana jest kopia dokumentacji medycznej pacjenta i wyjaśnień świadczeniodawcy ze wskazaniem przyczyn rozbieżności.

Charakterystyczna w niektórych sprawach jest filozofia prowadzenia dokumentacji medycznej - opisywania tylko zmian chorobowych, wpisywanie tylko tych elementów, którymi zainteresował się lekarz, budzącymi wątpliwości w związku z stanem zdrowia pacjenta (stan zdrowia bez zmian „bz”- czy to wystarczy jako wpis, niewpisywanie badania podmiotowego i przedmiotowego, dokonywanie wpisów lakonicznych – „histerektomia”, brak wpisów przez dłuższy okres hospitalizacji). Widoczne jest także wewnętrzne oznaczenie „rodzaju pacjenta” w dokumentacji medycznej (VIP, roszczeniowy) oraz opis zachowania pacjenta w gabinecie. Często we wnoszonych sprawach podnoszony jest brak rozmowy z pacjentem i odsyłanie go po informację do dokumentacji medycznej (oczekiwanie na kartę informacyjną „tam będzie napisane”). Należy pamiętać, iż prawo do dokumentacji medycznej nie zastępuje prawa do informacji a ciągłość, kompleksowość i koordynacja powinny być kanonem także prowadzenia dokumentacji medycznej. Na nic także podejmowane starania medyczne i prowadzona dokumentacja medyczna jeżeli leczenie pacjenta wymagającego wsparcia zostanie pozostawione na pewnym etapie (np. leczenia szpitalnego) bez jego kontynuacji pomimo wskazań dotyczących dalszego sposobu leczenia a także żywienia, pielęgnowania lub trybu życia.

Widoczny jest nacisk na udokumentowanie względów medycznych przy wystawianiu recept na leki refundowane oraz zaopatrzenie w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy. Nie tylko uzasadnienie a więc ratio medyczne warunkowane stanem zdrowia pacjenta (względy medyczne - rozpoznanie) lecz konieczność odpowiedniego udokumentowania (w dokumentacji medycznej) jest istotnym aspektem w trakcie prowadzonych przez NFZ postępowań wyjaśniających i kontroli.

W sytuacji pacjenta chorego przewlekle, ordynowanie leków związanych z chorobą przewlekłą, jest możliwe tylko wtedy, kiedy lekarz posiada pełną informację uzasadniającą ordynowanie takich leków. Za taką informację należy uznać udokumentowany proces diagnozowania i leczenia (w tym również farmakoterapii), prowadzony przez samego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, (jeżeli posiada pełną informację stanowiącą podstawę do bezpiecznego ordynowania takich leków, modyfikując odpowiednio leczenie oraz



pamiętając o odpowiednim monitorowaniu - również dane wynikające z innych posiadanych w dokumentacji medycznej informacji np. kart leczenia szpitalnego) oraz przez lekarzy specjalistów (konieczne jest wówczas pisemne zaświadczenie lekarza specjalisty dla lekarza POZ).

Realizując ustawowy obowiązek, Fundusz na wniosek ubezpieczonego informuje go o udzielonych mu świadczeniach opieki zdrowotnej. Łatwy i powszechny dostęp do informacji o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej oraz kwocie środków publicznych wydatkowanych na sfinansowanie udzielonych pacjentowi świadczeń zapewnia aplikacja Zintegrowany Informator Pacjentów (ZIP). ZIP przekazuje użytkownikowi informacje o świadczeniach opieki zdrowotnej zrealizowanych na jego rzecz przez świadczeniodawców mających podpisane umowy z NFZ oraz ma zapewnić uszczelnienie systemu opieki zdrowotnej w zakresie wydatkowanych środków finansowych poprzez umożliwienie pacjentowi zgłaszania nieprawidłowości w udostępnionych mu danych.

Analiza informacji prezentowanych na indywidualnym koncie w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta (ZIP) daje możliwość użytkownikowi zgłaszania do NFZ świadczeń, które zostały wykazane przez świadczeniodawcę, a nie miały miejsca w rzeczywistości, co skutkuje prowadzeniem postępowań w sprawie nieprawidłowości stwierdzonych przez pacjentów i zgłoszonych do NFZ.

Najczęstszymi nieprawidłowościami stwierdzonymi w dokumentacji medycznej w wyniku prowadzonych postępowań są chronologia wpisów w dokumentacji, brak wyraźnego oddzielenia poszczególnych wizyt, błędy numerów Pesel i tożsame nazwiska pacjentów, co skutkuje przypisaniem udzielonego świadczenia innemu pacjentowi. Jeżeli mimo potwierdzenia przez świadczeniodawcę w wyjaśnieniach oraz przedłożonej dokumentacji medycznej udzielonego świadczenia pacjent nadal twierdzi, że nie miał prowadzonego leczenia tym zakresie lub kwestionuje podpis złożony w dokumentacji medycznej, sprawy te w przypadku uzasadnionego podejrzenia popełnienia przestępstwa kierowane są do odpowiednich organów ścigania.

Węzłowymi zagadnieniami z dokumentacji medycznej analizowanymi w trakcie postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Zdarzeń Medycznych są stan pacjenta przy przyjęciu i wypisie, chronologia ordynacji lekarskiej, zabieg operacyjny, monitorowanie stanu po zabiegu, zalecenia i ich przestrzeganie przez personel oraz porównanie wpisów lekarzy konsultujących pacjenta i pozostałego personelu medycznego.

Wnioski: Liczbę spraw i ich treść należy traktować jako wskaźnik pokazujący najłabsze miejsca systemu, poziom wiedzy i niezadowolenia pacjentów oraz personelu

medycznego. W dużej mierze sprawy skargowe pacjentów i związane z nieprawidłowościami danych prezentowanych w ZIP z udzielonymi pacjentom świadczeniami zdrowotnymi są wynikiem organizacji udzielania i sprawozdawania świadczeń opieki zdrowotnej i nie mają bezpośredniego związku z sytuacją finansową podmiotów leczniczych. Z jednej strony rośnie w siłę medycyna oparta na medycznej dokumentacji defensywnej mającej w założeniu chronić lekarza prowadzącego leczenie przed skargami i roszczeniami pacjentów z drugiej natomiast nadal zbyt wiele jest przykładów dokumentacji medycznej prowadzonej niezgodnie z obowiązującymi przepisami.

## **DOKUMENTACJA SZPITALNA JAKO DOWÓD PRZESTRZEGANIA PROCEDUR. WYNIKI KONTROLI NFZ I NIK**

dr n.med. Aleksandra Sierocka

Kierownik Pionu Monitorowania Świadczeń Medycznych Wojewódzki Szpital  
Specjalistyczny im. Kopernika w Łodzi

Słowa kluczowe – dokumentacja medyczna, kontrola, rozporządzenie, NFZ

Wydaje się, że o dokumentacji medycznej wiemy już wszystko i jej prowadzenie nie przysparza personelowi medycznemu większych problemów. Niestety każde szkolenie, w jakim uczestniczę, jak również systematyczne kontrole, jakie realizuje mój Dział wskazują, że powyższe założenie nie jest prawdziwe. Mimo, że wytyczne co do sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej są ściśle określone przepisami prawa (m.in. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania) zarówno rzetelność, kompletność, jak i bieżące jej prowadzenie pozostawia wiele do życzenia. A przecież, dokumentacja medyczna to nic innego, jak swoisty załącznik do faktury, jaką wystawiamy Narodowemu Funduszowi Zdrowia za leczenie pacjentów. Jednocześnie świadomość samych pacjentów, co do praw, jakie posiadają jest coraz większa i znaczna część chorych, którzy podejrzewają, że w trakcie ich pobytu w szpitalu mogło do dojść do zdarzenia niepożądanego wystąpi prawdopodobnie z roszczeniem. Skutki niewłaściwego prowadzenia dokumentacji medycznej można rozpatrywać zatem w trzech obszarach:

- jako środka dowodowego w postępowaniach cywilnych, karnych, dyscyplinarnych itd.;
- jako naruszenie praw pacjenta do dostępu do dokumentacji medycznej – w skrajnych przypadkach wydania decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów kara nałożona przez Rzecznika Praw Pacjenta sięgać może nawet 500 tys złotych!
- odpowiedzialności szpitala względem płatnika, tj. Narodowego Funduszu Zdrowia.

Prowadzenie dokumentacji w sposób naruszający przepisy prawa skutkować może nałożeniem kary umownej do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń lub koniecznością zwrotu całości otrzymanych z NFZ środków finansowych na leczenie konkretnego pacjenta.

Analizując doniesienia z opublikowanych na przestrzeni ostatnich lat wyników kontroli różnych instytucji przedstawione w prezentacji (Rzecznik Praw Pacjenta, NIK, NFZ) wyraźnie widać, że przedstawiony przeze mnie problem rzeczywiście istnieje, a jego skala nie jest wcale taka mała.

Do najczęściej stwierdzanych nieprawidłowości w dokumentacji medycznej zalicza się:

1. Brak dokumentacji, brak wpisu, brak wyniku badania, wyniku konsultacji etc.,
2. Brak pieczętek i podpisów personelu medycznego,
3. Dokonywanie wpisów w sposób nieczytelny, bez zachowania porządku chronologicznego,
4. Brak autoryzacji dokonywanych wpisów,
5. Dokonywanie zmian, przekreśleń, dopisków w dokumentacji – bez właściwego komentarza i autoryzacji
6. Wystawianie dwóch różnie brzmiących egzemplarzy kart informacyjnych z leczenia szpitalnego z tego samego okresu pobytu pacjenta w szpitalu,
7. Zamieszczanie w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego informacji o wykonanych badaniach, zabiegach, które faktycznie nie miały miejsca,
8. Brak oświadczeń pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia,
9. Brak oświadczenia o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia,
10. Stwierdzanie w dokumentacji medycznej danego pacjenta dokumentów innego chorego.

Podsumowując wystąpienie wskazać należy, że rzetelnie prowadzona dokumentacja medyczna może być dla lekarza niezastąpionym środkiem obrony w razie jakichkolwiek wątpliwości, czy zarzutów ze strony pacjenta lub jego pełnomocnika. Stanowi bowiem podstawowy dowód w postępowaniu firmy ubezpieczeniowej. Jednocześnie niestaranne prowadzenie dokumentacji medycznej może się przyczynić do ustalenia odpowiedzialności wobec pacjenta, z tytułu uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia w przypadku sporu sądowego, ale również w postępowaniu przedsądowym - z polisy OC zakładu opieki zdrowotnej. Brak lub zmiana standardów leczenia, zasad postępowania w konkretnych

przypadkach, wymaga umieszczenia adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta, wskazującej na zasadność podjętej przez lekarza decyzji terapeutycznej, a ocena postępowania w świetle „aktualnego stanu wiedzy medycznej”, w oparciu o prawidłowo prowadzoną dokumentację medyczną, może mieć najistotniejsze znaczenie dla uznania, lub też nie, roszczeń pacjenta.

# **OCHRONA DANYCH MEDYCZNYCH W PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA W KONTEKŚCIE ZMIAN W PRZEPISACH O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH**

Agata Kruczyk

Domański Zakrzewski Palinka sp. k.

Słowa kluczowe: ochrona danych medycznych, dane medyczne, RODO

Rozporządzenie o Ochronie Danych. 25 maja 2018 r. obowiązywać zaczną przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 26 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (w skrócie: „Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych” lub „RODO”). Rozporządzenie to będzie znajdowało w Polsce bezpośrednie zastosowanie, choć część jego przepisów zostanie doprecyzowana w ustawodawstwie krajowym. Celem pracy było podsumowanie konsekwencji prawnych, jakie wprowadzana nowelizacja wywrze na systemy ochrony danych medycznych w placówkach ochrony zdrowia.

Istotny z punktu widzenia placówki ochrony zdrowia jest poszerzony obowiązek informacyjny wobec pacjenta (podmiotu danych). Na gruncie RODO obowiązek ten został poszerzony między innymi o poinformowanie o podstawie przetwarzania danych osobowych, o okresie przechowywania danych czy o informacji o prawie pacjenta do przenoszenia, sprostowaniu i usunięcia danych. Znowelizowane przepisy będą również wymagały od placówek medycznych takiego zaprojektowania systemów przetwarzania danych osobowych, które w świetle ryzyka naruszenia praw lub wolności osób fizycznych zapewnią odpowiedni stopień bezpieczeństwa. Środki wdrażane w ramach zapewnienia odpowiedniego stopnia bezpieczeństwa mogą obejmować pseudonimizację, która w przypadku placówek medycznych mogłaby polegać na przypisywaniu dokumentacji pacjentów unikatowych numerów identyfikacyjnych, które umożliwiłyby powiązanie przechowywanej i przetwarzanej dokumentacji medycznej z tożsamością danego pacjenta jedynie wąskiemu gronu osób uprawnionych. Nowelizacja zmienia również zasady zawierania umów powierzenia przetwarzania danych osobowych, co może okazać się szczególnie istotne z punktu widzenia nadchodzących zmian wprowadzających obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Kluczowe jest przede wszystkim wprowadzenie odpowiedzialności nie tylko umownej (jak dotychczas), lecz również

karnoadministracyjnej podmiotu przetwarzającego dane. Wreszcie, RODO wprowadza obowiązek powoływania przez placówki ochrony zdrowia Inspektorów Danych Osobowych, którzy posiadając fachową wiedzę na temat prawa i praktyk w dziedzinie ochrony danych będą doradzać i informować administratora danych na temat ciężących na nich obowiązków. Inspektorzy będą również pełnić funkcję punktu kontaktowego zarówno dla organu nadzorczego, jak również dla podmiotów danych (pacjentów), którzy będą mogli zwrócić się do nich w celu uzyskania informacji na temat przysługujących im praw względem swoich danych medycznych.

Wreszcie, istotną zmianą jest zaostrzenie sankcji grożących administratorom i podmiotom przetwarzającym, którzy naruszają przepisy RODO. W zależności od rodzaju naruszenia, kara administracyjna nałożona na podmiot może wynosić 2% lub 4% całkowitego rocznego światowego obrotu (bądź 10 000 000 lub 20 000 000 euro). Obecny projekt ustawy o ochronie danych osobowych zaprezentowany przez Ministerstwo Cyfryzacji ogranicza jednak karę nakładaną na SP ZOZ-y do 100 000 zł.

Wejście w życie RODO wiązać się będzie z koniecznością podjęcia działań dostosowujących obowiązujące w placówkach ochrony zdrowia systemy ochrony danych osobowych do wymogów wynikających z przepisów. Skutecznym sposobem sprawdzenia, które elementy systemu ochrony danych osobowych będą wymagały zmian, jest przeprowadzenie audytu obecnie obowiązującego systemu i identyfikacja obszarów, które będą wymagały modyfikacji.

## **ROLA RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ W SPRAWOWANIU PIECZY NAD NALEŻYTYM WYKONYWANIEM ZAWODU LEKARZA I LEKARZA DENTYSTY**

lek. Teresa Bieńko

Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Wstęp: Omówienie niektórych artykułów Kodeksu Etyki Lekarskiej (art. 1.3, art.2, art.3, art.8, art.12, art.40).

Cel pracy: Omówienie Roli Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Izbach Lekarskich w Polsce (nadzoru nad należytych wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry) oraz wykorzystanie systemu IMI (Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym UE), w zakresie zakazu wykonywania zawodu lub ograniczeń jego zakresu.

Wnioski: Nadzór nad należyтым wykonywaniem zawodu lekarza i lekarza dentystry prowadzony przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej, prowadzone postępowania, ich analiza, monitorowanie wczesnego systemu ostrzegania (IMI) mają na celu zapobieganie występowaniu zagrożeń i zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów.



### **III SESJA – SESJE TEMATYCZNE – CZEŚĆ II**

**Elektroniczna dokumentacja medyczna – dokąd zmierzamy. Projekty teleinformatyczne w ochronie zdrowia. Jakość w ochronie zdrowia – wymóg prawny czy obiektywna konieczność.**

#### **ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA - ZMIANY PRAWNE I WYZWANIA**

Paweł Kaźmierczyk

Uniwersytet Warszawski, Kancelaria prawna Domański Zakrzewski Palinka

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, informatyzacja, dokumentacja medyczna, dane medyczne, outsourcing

Wstęp: W dniu 12 grudnia 2015 r. weszła w życie ustawa o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2015 r. poz. 1991), do której najistotniejszych postanowień należało prawne uregulowanie dopuszczalności zawierania przez podmioty wykonujące działalność leczniczą umów powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (czyli tzw. świadczeń telemedycznych), a także wskazanie, że system elektronicznej dokumentacji medycznej ma obowiązywać powszechnie od dnia 1 stycznia 2018 r. Ze względu na stosunkowo krótki okres funkcjonowania nowych przepisów brakuje orzecznictwa i analiz doktrynalnych w tym zakresie. Jednocześnie, wykorzystane przez ustawodawcę klauzule generalne mogą wymagać dookreślającej interpretacji, zwłaszcza w kontekście czasu na budowę systemu informatycznego.

Cel pracy: Celem pracy jest wskazanie ewolucji norm oraz przedstawienie interpretacji obecnie obowiązujących przepisów z zakresu zasad przetwarzania elektronicznej dokumentacji medycznej. W oparciu o dostępne wyniki kontroli i analiz wykazana zostanie zasadność zmiany terminu na obowiązkowe wdrożenie systemów obsługujących dane medyczne w formie cyfrowej.

Wyniki badań: Przepis art. 24 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 186 ze zm.) wskazuje w wyraźny sposób, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może zawrzeć umowę, o której

mowa w art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.), czyli umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych. Na podstawie przywołanego rodzaju kontraktów w przetwarzanie danych medycznych mogą być zaangażowane także inne podmioty, np. profesjonalne firmy informatyczne. Możliwy staje się zatem tzw. outsourcing przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej.

Przy zawieraniu umów powierzenia przetwarzania danych medycznych należy zwrócić uwagę na wymogi prawne wynikające z ogólnych norm prawa ochrony danych osobowych oraz szczegółowe obowiązki określone w aktach prawa medycznego.

Prawo ochrony danych osobowych wskazuje, że podmiot, któremu w drodze umowy zawartej na piśmie powierzono dane, może je przetwarzać wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w umowie. Zewnętrzny podmiot przyjmujący do przetwarzania dane medyczne jest obowiązany jeszcze przed rozpoczęciem przetwarzania podjąć środki zabezpieczające zbiór danych wymagane przez przepisy dotyczące ochrony danych osobowych, tj. przepisy art. 36-39 ustawy o ochronie danych osobowych oraz wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz.U. Nr 100, poz. 1024).

Regulacje z zakresu praw pacjenta precyzują, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może zawrzeć powyższą umowę pod warunkiem spełnienia poniższych przesłanek:

- 1) zapewnienie ochrony danych osobowych, przez co należy rozumieć spełnienie dotychczas przedstawionych obowiązków;
- 2) zapewnienie prawa do kontroli przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zgodności przetwarzania danych osobowych z umową, przez co należy rozumieć np. możliwość przeprowadzania osobistej kontroli lub zlecenie audytu;
- 3) realizacja umowy nie może powodować zakłócenia udzielania świadczeń zdrowotnych, przez co należy rozumieć np. zapewnienie odpowiedniej jakości połączenia, systemu archiwizacji oraz odzyskiwania danych;
- 4) zachowanie w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, przez co należy rozumieć np. zobowiązanie wykonawców do zachowania pełnej poufności w zakresie powierzonych im danych;

5) obowiązek zwrotu danych w przypadku zaprzestania przetwarzania.

Powyższa możliwość ma ułatwić proces informatyzacji systemu ochrony zdrowia. Przepis art. 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 1535 ze zm.) wskazuje że do dnia 31 grudnia 2017 r. elektroniczna dokumentacja medyczna może być wystawiana w postaci papierowej lub elektronicznej. Po tym dniu obowiązkowa stanie się forma elektroniczna. Tymczasem Najwyższa Izba Kontroli opublikowała wyniki kontroli P/15/061 „Tworzenie i udostępnianie dokumentacji medycznej”. Kontrola wykazała liczne przykłady nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej - do czasu jej zakończenia żaden z kontrolowanych świadczeniodawców nie wdrożył systemu informatycznego przeznaczonego do prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w postaci elektronicznej.

Wnioski: Przepisy dopuszczające możliwość zawierania przez podmioty wykonujące działalność leczniczą mogą przyczynić się do usprawnienia procesu informatyzacji polskiego systemu ochrony zdrowia. Umożliwiają wykorzystanie rozwiązań opartych o outsourcing przetwarzania elektronicznej dokumentacji medycznej, np. chmury obliczeniowej. Jednocześnie wciąż większość placówek medycznych nie jest gotowa do wdrożenia systemów zapewniających możliwość przetwarzania cyfrowych danych o stanie zdrowia pacjentów.

Zgodnie z informacjami zaprezentowany przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, termin 1 stycznia 2018 r. jako początek powszechnego stosowania elektronicznej dokumentacji medycznej ma ulec zmianie. Planowane są następujące terminy:

- od 1 stycznia 2019 r. planuje się wprowadzenie obowiązku stosowania 3 wystandaryzowanych dokumentów, tj.: karty informacyjnej leczenia szpitalnego, karty odmowy przyjęcia do szpitala, informacji pisemnej lekarza specjalisty dla lekarza kierującego;
- od 1 stycznia 2020 r. planuje się wprowadzenie obowiązku wystawiania recepty w postaci elektronicznej
- od 1 stycznia 2021 r. planuje się wprowadzenie obowiązku wystawiania skierowania w postaci elektronicznej.

## **ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA MEDYCZNA – KIERUNKI ZMIAN**

Paweł Masiarz

Zastępca Dyrektora ds. Teleinformatycznych, Główny Architekt

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Słowa kluczowe: elektroniczna dokumentacja medyczna, EDM, interoperacyjność, HL7 CDA, IHE, CSIOZ

Wstęp: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) to jednostka budżetowa, która swoją działalność rozpoczęła 1 sierpnia 2000 r. Została powołana przez Ministra Zdrowia. Jej głównym zadaniem jest tworzenie i utrzymywanie systemów teleinformatycznych a także budowanie interoperacyjności i standaryzacja w obszarze e-Zdrowia.

Cel pracy: Praca zawiera informacje dotyczące przedmiotu działalności CSIOZ min. przedstawiono portfolio najważniejszych projektów zrealizowanych przez CSIOZ w tym min. Projektu P1, Projektu P2, Dziedzinowe Systemy Teleinformatyczne, zaprezentowano plany związane z działaniami dot. interoperacyjności i standaryzacji.

Wyniki badań:

a. Projekty realizowane przez CSIOZ

CSIOZ od początku swojej działalności z powodzeniem przeprowadził projekty dzięki którym zostało uruchomionych ponad 20 systemów teleinformatycznych. Do głównych projektów można zaliczyć projekt P2 który udostępnił platformę dla podmiotowych rejestrów medycznych (<https://rejestrymedyczne.csioz.gov.pl/>), na platformie sukcesywnie uruchamiane są kolejne rejestry, projekt P4 – Dziedzinowe Systemy Teleinformatyczne wynikające z ustawy o Systemie Informacji w Ochronie Zdrowia (<https://www.csioz.gov.pl/projekty/zrealizowane/projekt-p4/>). CSIOZ realizuje także projekt P1, który ma obsłużyć realizację elektronicznej recepty, skierowania oraz umożliwić wymianę elektronicznej dokumentacji medycznej. Pełne portfolio systemów zrealizowanych i realizowanych przez CSIOZ jest dostępne pod adresem <https://www.csioz.gov.pl/projekty/>.

b. Polska Implementacja Krajowa HL7

HL7 jest rodziną standardów opisujących sposób wymiany informacji pomiędzy systemami medycznymi, opracowanych przez organizację o tej samej nazwie (<http://www.hl7.org>). Najbardziej znanymi elementami standardu są: HL7 v2 – komunikacja pomiędzy systemami (messaging) oraz HL7 v3 – opisujący kwestie związane ze składnią i semantyką dokumentów

klinicznych (CDA - Clinical Document Architecture). Co raz większą popularnością cieszy się także nowy standard HL7 FHIR mający zastosowanie np. w aplikacjach mobilnych.

Standard HL7 CDA, zatwierdzony przez organizację ANSI (Amerykański Narodowy Instytut Normalizacji) stosowany jest w światowej informatyce medycznej już od ponad 10 lat, posiadając implementacje zarówno w wielu europejskich krajach, jak i poza naszym kontynentem.

Wysiłkiem Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia także Polska staje się jednym z państw stosujących ustandaryzowaną elektroniczną dokumentację medyczną. W obliczu sukcesywnego zwiększania poziomu interoperacyjności między europejskimi systemami ochrony zdrowia pozwala to oczekiwać korzyści nie tylko z informatyzacji procesów wymiany danych medycznych w kraju, ale też z samego faktu zastosowania międzynarodowego standardu.

Warto zauważyć, że proces standaryzacji realizowany jest przy wykorzystaniu wiedzy polskich ekspertów oraz doświadczeń wynikających z zagranicznych implementacji, co pozwala tworzyć dobre warunki do jej rozpowszechniania.

Wynikiem dotychczasowych prac CSIOZ jest udostępniona Polska Implementacja Krajowa HL7 CDA (PIK HL7 CDA) dostępna na stronie <https://www.csioz.gov.pl/HL7POL/pl-cda-html-pl-PL/>, która jest polską implementacją standardu HL7 CDA na potrzeby elektronicznych dokumentów medycznych oraz dokumentów przetwarzanych na Platformie P1. Implementacja zawiera obecnie 23 szablony gotowych dokumentów oraz ponad 200 szablonów jednostkowych umożliwiających tworzenie kolejnych szablonów dokumentów używając tzw. szablonu bazowego. To daje niemal nieograniczone możliwości

Opracowana została również instrukcja stosowania Polskiej Implementacji Krajowej HL7 CDA, mająca ułatwić wykorzystanie standardu i zapewnić jednolitą jego implementację w używanych w Polsce systemach informatycznych.

#### c. IHE (Integrating the Healthcare Enterprise)

Skutecznym sposobem na interoperacyjność systemu informatycznego jest zastosowanie przy jego budowie powszechnie znanych i uznawanych standardów. Jeszcze przed użyciem standardów wymiany i zapisu danych należy zwrócić uwagę na przepływ danych w systemie (w szczególności w systemach zbudowanych z więcej niż jednej aplikacji lub modułu). Organizacją, która prowadzi prace nad poprawą interoperacyjności systemów informatycznych w ochronie zdrowia jest IHE (Integrating the Healthcare Enterprise, [www.ihe.net](http://www.ihe.net)). W ramach swoich prac tworzy profile integracyjne, które opisują scenariusze

wymiany danych tak aby były one kompatybilne i kompletne. IHE w swoich wytycznych wskazuje jako zasadne użycie standardu HL7 i DICOM.

CSIOZ wykorzystuje w swoich systemach profile integracyjne IHE, w tym w projekcie P1 profil XDS.b, opis sposobu implementacji profilu został przedstawiony w dokumencie „Model transportowy”, który jest dostępny na stronie: <https://www.csioz.gov.pl/interoperacyjnosc/interfejsy/>.

CSIOZ pracuje także nad rekomendacją wykorzystania profili IHE oraz innych standardów interoperacyjności. W tym celu została powołana Rada Interoperacyjności, która przedstawia Dyrektorowi CSIOZ rekomendacje w zakresie standardów interoperacyjności.

Wnioski: CSIOZ przeprowadził z sukcesem projekty, które dostarczyły kilkadziesiąt systemów teleinformatycznych. Aktualnie kontynuowane są prace nad projektem P1 który będzie obsługiwał elektroniczną receptę i skierowanie oraz będzie umożliwiał wymianę elektronicznej dokumentacji medycznej.

W ramach działań związanych z interoperacyjnością realizujemy zadania na każdym poziomie zgodnie z Refined eHealth European Interoperability Framework. Należą do nich implementacje krajowej HL7 CDA, IHE XDS.b, interoperacyjność prawna, organizacyjna i semantycznej (tłumaczenie SNOMED CT, ICNP, ICF, zarządzanie ICD-10) oraz wiele innych.

## **WYKORZYSTANIE SYSTEMÓW TELEINFORMATYCZNYCH W POLSCE NA PRZYKŁADZIE RAPORTU WHO**

dr hab. n. hum. Grażyna Nowak Starz, prof. nadzw.

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

Słowa kluczowe: WHO, systemy teleinformatyczne, dane medyczne pacjenta

Działania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w obszarze ochrony zdrowia obejmują programy oraz projekty w omawianym obszarze, a w szczególności współpracę między rządami państw prowadzącą do wypracowania standardów oraz interoperacyjności, wspierania nauki i rozwiązań międzynarodowych oraz tworzenie i wdrażanie rozwiązań e-Zdrowia. W rezolucji (WHA58.28) z 2005 roku wezwano państwa członkowskie WHO do zaplanowania odpowiednich usług e-Zdrowia w swoich krajach. W tym samym roku WHO uruchomiła Global Observatory for e-Health, inicjatywę poświęconą badaniu e-Zdrowia (wdrażanie, skutki, rozwiązania w obszarze ochrony zdrowia). Celem pracy było przedstawienie wykorzystania systemów teleinformatycznych w Polsce.

Według danych zamieszczonych w raporcie WHO „Atlas of e-Health country profiles” opublikowanym w 2016 roku, w Polsce wykorzystanie systemów teleinformatycznych jest niewielkie. Zazwyczaj są to programy regionalne bądź pilotażowe. Niepokoi fakt, że mimo podejmowanych prób wdrażania systemów teleinformatycznych w Polsce w procesie leczenia pacjenta, obszar ten wymaga wiele pracy i wypracowania standardów ich wykorzystania. Istniejący stan rzeczy może być spowodowany barierami organizacyjno-prawnymi w obszarze ochrony zdrowia. Jednak wydaje się, że dużym problemem w omawianej kwestii jest brak finansowania oraz komunikacji w obszarze ochrony zdrowia.

## **ZAŁOŻENIA PROJEKTOWE SYSTEMÓW TELEINFORMATYCZNYCH I ICH ZNACZENIE W OPIECE NAD PACJENTEM**

dr n. o zdr. Agnieszka Strzelecka

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

Słowa kluczowe: system teleinformatyczny, e-Zdrowie, dane medyczne pacjenta

Wstęp: Potrzeba informacji oraz gromadzenia danych opisujących pacjenta powinna być konkretnym zadaniem dla systemu informatycznego, który poprzez budowę powinien być czytelny dla użytkownika oraz bezpieczny ze względu na ochronę danych osobowych (danych wrażliwych pacjenta). W krajach, gdzie wprowadzono rozwiązania systemowe obszaru e-Zdrowia, w szczególności systemy teleinformatyczne, wspomagające opiekę nad pacjentem, informacje opisujące pacjenta na tym poziomie są fundamentem dokumentacji medycznej. Celem pracy było przedstawienie założeń projektowych systemów teleinformatycznych i ich znaczenie w opiece nad pacjentem.

Wyniki badań. Analizując potrzebę wdrażania systemów teleinformatycznych w procesie leczenia, należy zadać sobie pytanie dlaczego zarówno pacjent jak i personel medyczny oczekują i potrzebują rozwiązań w omawianym zakresie. Urządzenia przenośne wytwarzają dużo danych medycznych. Należy zastanowić się, które dane należy zbierać i jak nimi efektywnie zarządzać. Nowe technologie rodzą pytania:

1. Czy dane i powiązane z nimi urządzenie(a) są naprawdę bezpieczne?
2. Jak należy korzystać z danej technologii (rozwiązania) w przypadku kiedy nie ma żadnego protokołu, procedury postępowania/użytkowania?
3. Czy istnieje dowód, że użycie nowych technologii jest korzystne dla wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia?
4. Jak można się dowiedzieć, że dane pacjenta zgromadzone w systemie są wiarygodnie i niepodważalne?
5. Czy pacjenci muszą płacić za użytkowanie narzędzi e-Zdrowia, w tym za korzystanie z rozwiązań teleinformatycznych? Co, jeśli nie mogą?
6. Kto ponosi odpowiedzialność, jeśli pacjent nieumiejętnie (błędnie) korzysta z omawianych udogodnień?
7. Jak należy wybrać najlepsze rozwiązanie dla wszystkich uczestników ochrony zdrowia?



Wnioski: Realizacja omawianych celów i zadań jest procesem trudnym i złożonym. Systemy opieki zdrowotnej są bardzo skomplikowane zarówno pod względem organizacyjnym, jak i technologicznym. Pozyskiwanie danych medycznych za pomocą systemów teleinformatycznych powinno obejmować standaryzację oraz bezpieczeństwo omawianych systemów.

## **JAKOŚĆ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH A PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH**

adw. Oskar Luty

Kancelaria Duda Flak Luty DFL Legal Kancelaria Adwokatów i Radcy Prawnego sp. p.

Słowa kluczowe: zamówienia publiczne, przetargi, kryteria jakościowe, soczewki wewnątrzgałkowe, IOL

Wstęp: Oskar Luty jest adwokatem specjalizującym się m.in. w zamówieniach publicznych w służbie zdrowia.

Cel pracy: Zgodnie z aktualnym trendem w rozwoju prawa zamówień publicznych coraz większą wagę powinno przykładać się do innych niż cena cech kupowanych produktów lub usług. Wystąpienie miało na celu przybliżenie problematyki pozacenowych kryteriów oceny ofert w zamówieniach publicznych organizowanych przez podmioty z sektora ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem przetargów na soczewki wewnątrzgałkowe.

Wyniki badań Autor w oparciu o przeprowadzoną analizę przepisów krajowych i unijnych, a także publicznie dostępnych dokumentów przetargowych oraz orzecznictwa KIO, prezentuje abstrakcyjny model konstrukcji prawidłowych kryteriów pozacenowych. W wystąpieniu przedstawiono także występujące w praktyce zamówień okulistycznych przykłady kryteriów prawidłowych, zmierzających do podwyższenia jakości świadczenia otrzymywanego przez pacjenta. Omówione zostały również praktyki nieprawidłowe, w tym stosowanie kryteriów pozornych.

Wnioski: Mimo założonego przez ustawodawcę zwiększania roli jakości w zamówieniach publicznych, w tym w szczególności wprowadzenia „zasady 60 %”, część zamawiających stosuje pozorne kryteria oceny ofert (najczęściej czasu dostawy lub terminu płatności z przypisaną nieproporcjonalnie dużą wagą), przez co w dalszym ciągu w części przetargów jedynym czynnikiem decydującym o udzieleniu zamówienia pozostaje cena. Nawet zaś w przetargach, gdzie zamawiający sięgają po kryteria jakościowe, są one niejednokrotnie formułowane w sposób nieobiektywny, nieproporcjonalny lub nieadekwatny do potrzeb zamawiającego.

## **JAKOŚĆ W USŁUGACH MEDYCZNYCH** **– PLANOWANE ZMIANY SYSTEMOWE**

dr inż. Guzy Jakub

Świętokrzyskie Centrum Onkologii, ul. Artwińskiego 3; 25-734 Kielce

Słowa kluczowe: jakość, bezpieczeństwo pacjenta, ochrona zdrowia, ustawa o jakości w ochronie zdrowia

Wstęp: Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia i bezpieczeństwem pacjenta jest regulowane przez wiele przepisów Unii Europejskiej jak i krajowych, choć niejednoznacznie, a poprzez wprowadzenie dyrektyw, ustaw i rozporządzeń jako obowiązkowych w różnych zakresach tematycznych. Zagadnienia te są również regulowane przez różnorodne organizacje międzynarodowe i towarzystwa naukowe poprzez wydawanie szczegółowych zaleceń czy standardów. 20 stycznia 2017 r. na stronach Rządowego Centrum Legislacji ukazał się projekt założeń do projektu ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta, która – bez wątpienia – wprowadzi wiele rewolucyjnych w funkcjonowaniu podmiotów leczniczych.

Na poziomie unijnym zagadnienia związane z jakością i bezpieczeństwem pacjenta są poruszone w zasadzie w dwóch dokumentach:

- zaleceniach Rady z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (2009/C 151/01),
- dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej.

Nie określają jednak one jednoznacznie kryteriów ani poziomu, który stanowiłby o jakości czy bezpieczeństwie pacjenta.

W zaleceniach zawarto kierunki rozwoju systemów jakości w ochronie zdrowia, w jakich rządy państw członkowskich powinny zmierzać. Są to:

1. Bezpieczeństwo pacjenta, na które składać powinny się: zapewnienie bezpieczeństwa i nadzór nad nim, nadzór nad zdarzeniami niepożądanymi (w tym nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii, nadzór nad komplikacjami operacyjnymi i pooperacyjnymi, nadzór nad wyrobami medycznymi), nadzór nad profilaktyką i kontrolą zakażeń szpitalnych, reagowanie na sytuacje dotyczące bezpieczeństwa pacjenta.
2. Orientacja na klienta, na którą składają się elementy takie jak: komunikacja, szkolenia i kwalifikacje personelu, rozwój systemów informatycznych w placówce, prawa pacjenta.

Realizacja działań w tych kierunkach powinna przenieść się na korzyści ekonomiczne i kliniczne.

Natomiast zgodnie z w/w dyrektywą – opieka zdrowotna, która może wymagać uprzedniej zgody to taka, która zapewnia minimalny poziom bezpieczeństwa i jakości w Unii Europejskiej i nie może stwarzać zagrożenia dla populacji ani budzić wątpliwości w zakresie przestrzegania standardów jakości i bezpieczeństwa. Dyrektywa również w art. 4, ust. 2, lit. b) zobowiązuje państwa członkowskie, aby świadczeniodawcy w nich przekazywali odpowiednie informacje pomagające poszczególnym pacjentom w dokonaniu świadomego wyboru, w tym informacje na temat możliwości leczenia, dostępności, jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej.

Projektowana ustawa o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta ma – według jej autorów – na celu głównie:

- przez wprowadzenie systemu autoryzacji określić minimalne wymagania jakościowe dla podmiotów korzystających z finansowania publicznego;
- poprzez zobligowanie szpitali do prowadzenia wewnętrznych systemów monitorowania jakości i bezpieczeństwa ograniczyć koszty niedostatecznej jakości;
- poprzez wprowadzenie systemowego monitorowania zdarzeń niepożądanych ograniczyć ich występowanie;
- poprzez wprowadzenie monitorowania klinicznych wskaźników jakości oraz prowadzenie rejestrów medycznych (i ich publikację) poprawić skuteczności leczenia oraz dać możliwość porównywania różnych podmiotów;
- zwiększyć znaczenie systemu akredytacji w ochronie zdrowia.

Ustawa zakłada powołanie Agencji do Spraw Jakości Opieki Zdrowotnej i Bezpieczeństwa Pacjenta (na bazie obecnego Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie), zwana dalej Agencją.

#### System autoryzacji

System autoryzacji będzie to nowe narzędzie w ochronie zdrowia, obligatoryjne dla podmiotów korzystających ze środków publicznych. Zestaw kryteriów autoryzacji ma zawierać wymagania z następujących obszarów tematycznych i działalności jednostki: budynki, zarządzanie majątkiem, zasilanie w media i instalacje, blok operacyjny, system sterylizacji, diagnostyka, systemy informatyczne, zarządzanie, polityka lekowa, jakość usług, komfort pobytu pacjenta, analiza zdarzeń i skarg, personel i jego kwalifikacje, finanse, wskaźniki działalności klinicznej, upowszechnienie wskaźników jakości w formie raportów. Minister Zdrowia ma określić – w drodze rozporządzenia – wykaz kryteriów autoryzacji

oraz sposób oceny ich spełnienia. Uzyskanie i utrzymanie autoryzacji wymagać będzie spełnienia wszystkich kryteriów autoryzacji.

W pierwszej fazie systemem autoryzacji mają być objęte podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, a w przyszłości system ten będzie rozwijany o pozostałe podmioty wykonujące działalność leczniczą. Zakłada się, że w pierwszym roku obowiązywania systemu autoryzacji wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, mające zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rodzaju leczenie szpitalne, zostaną objęte systemem autoryzacji. W trakcie rocznego okresu dostosowawczego, podmioty te będą zobligowane do podjęcia działań na rzecz spełnienia kryteriów autoryzacji.

Podmioty objęte systemem autoryzacji będą corocznie, nie później niż do dnia 31 stycznia roku następnego, przysyłać do Agencji informacje o spełnieniu kryteriów autoryzacji, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego.

Po okresie dostosowawczym spełnienie kryteriów autoryzacji będzie systematycznie weryfikowane przez Agencję. Dokona ona również – na podstawie wypełnionych i przekazanych formularzy – oceny spełnienia kryteriów autoryzacji przez podmioty objęte systemem autoryzacji. Coroczna ocena spełnienia kryteriów będzie też podstawą do opracowania i prowadzenia przez Agencję wizyt kontrolnych celem weryfikacji spełnienia przez te podmioty kryteriów autoryzacji.

Minister Zdrowia będzie udzielał lub cofał autoryzację. W przypadku cofnięcia lub nieudzielenia autoryzacji podmioty nie będą mogły korzystać z finansowania ze środków publicznych i nie będą mogły zostać ujęte w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Wewnętrzny system monitorowania jakości i bezpieczeństwa:

Wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą będą obowiązane do prowadzenia wewnętrznego systemu monitorowania jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Jego prowadzenie stanowić będzie jeden z warunków uzyskania i utrzymania autoryzacji. Na początku systemem tym zostaną objęte podmioty lecznicze prowadzące szpitale. W przyszłości system ten będzie rozwijany o pozostałe podmioty wykonujące działalność leczniczą.

W ramach wewnętrznego systemu monitorowania jakości podmioty lecznicze prowadzące szpitale będą zobligowane do m. in.: wdrożenia rozwiązań służących identyfikacji i zarządzaniu ryzykiem (tutaj obligatoryjne ma być prowadzenie analizy przyczyn źródłowych Root Cause Analysis - RCA), określenia kryteriów i metod

do zapewnienia skutecznego systemu nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem opieki, monitorowania i pomiaru jakości opieki, wdrażania działań niezbędnych do poprawy bezpieczeństwa i jakości opieki oraz publikowania wyników badań opinii i doświadczeń pacjentów (prowadzonych na podstawie zwalidowanego kwestionariusza).

Szczegółowy sposób wdrażania, prowadzenia wewnętrznego systemu monitorowania jakości oraz oceny jego skuteczności zostanie określony w rozporządzeniu.

System monitorowania zdarzeń niepożądanych:

Systemem tym w pierwszej kolejności zostaną objęte podmioty lecznicze prowadzące szpitale bez względu na fakt korzystania ze środków publicznych. W dalszej kolejności systemem mają zostać objęte pozostałe podmioty. W ramach tego systemu mają być zgłaszane zdarzenia niepożądane i przeprowadzana ich analiza, a wypływające z niej wnioski – wdrażane do praktyki medycznej. System ma składać się z dwóch poziomów: wewnętrznego (prowadzonego przez podmiot leczniczy) i zewnętrznego (prowadzonego przez Agencję). Agencja będzie zbierała i analizowała zdarzenia niepożądane o wysokim ryzyku. W ramach prowadzenia systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych podmioty będą zobowiązane do m.in.: rejestracji i prowadzenia analizy zdarzeń niepożądanych (wykorzystując metodologię RCA i uwzględniając ocenę ciężkości i prawdopodobieństwa zdarzeń oraz omówienie wniosków z personelem i ich wdrożenie do praktyki) oraz zgłaszania zdarzeń niepożądanych do Agencji. Na podstawie zgłoszeń i ich analizy Agencja będzie opracowywała tzw. „komunikaty jakości” – raporty i wytyczne co do poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Projekt zakłada też, że również pacjenci, rodzina czy inne osoby powinni mieć możliwość zgłaszania zdarzeń niepożądanych bezpośrednio do Agencji za pomocą aplikacji internetowej.

System monitorowania zdarzeń niepożądanych ma być m.in.: obligatoryjny, poufny, pozbawiony cech penalizacji (szczególnie osób zgłaszających zdarzenia niepożądane).

System monitorowania klinicznych wskaźników jakości:

Kliniczne wskaźniki jakości – oparte na obiektywnych danych – mają obrazować skuteczność prowadzonych procedur medycznych. Klinicznymi wskaźnikami jakości będą liczbowe miary rezultatu wskazujące na liczbę pacjentów, czasu, odległości bądź wielkość udziału w większej całości (proporcji wyliczanej przez podzielenie licznika przez mianownik), odnoszącymi się do wyników opieki lub realizacji procedur postępowania mających bezpośredni związek z wynikami opieki. System ten ma być oparty na danych obecnie sprawozdawanych oraz na informacjach gromadzonych w rejestrach medycznych, których docelowo planuje się utworzyć od 60 do 80. Planowany jest obowiązek zgłaszania

do rejestrów wszystkich pacjentów, którzy spełniać będą kryteria włączenia, tj. pacjentów o określonej charakterystyce, otrzymujących opiekę w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych, jak z innych źródeł. Szczegóły dotyczące tego obszaru ma określić przedmiotowe rozporządzenie.

System akredytacji:

Akredytacja pozostanie nadal systemem dobrowolnym. Kluczowe zmiany jakie wprowadzi przedmiotowa ustawa w zakresie akredytacji to:

- podejście do spełnienia kryteriów: określenie standardów obligatoryjnych, bez których spełnienia nie będzie możliwe udzielenie akredytacji oraz wymaganie uzyskania min. 50% punktów z każdego działu;
- możliwość cofnięcia akredytacji;
- wprowadzenie wizyt kontrolnych (prowadzonych przez Agencję) w okresie obowiązywania akredytacji (realizowanych losowo – w min. 5% podmiotach rocznie – lub np. w wyniku skarg);
- propozycja, by z tytułu posiadania akredytacji podmioty uzyskiwały dodatkowo 1% wartości umowy.

Kluczowe terminy:

1.01.2018 r. – wejście w życie ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta.

Od 1.07.2019 r. – obowiązek prowadzenia monitorowania zdarzeń niepożądanych oraz zgłaszania do Agencji zdarzeń niepożądanych.

Od 1.01.2020 r. – obowiązek posiadania wewnętrznego systemu monitorowania jakości i bezpieczeństwa; obowiązek spełnienia kryteriów autoryzacji przez podmioty objęte systemem autoryzacji (roczny okres dostosowawczy).

Do 31.01.2021 r. – pierwszy formularz od podmiotów objętych systemem autoryzacji (sprawozdanie).

Do 31.12.2021 r. – obowiązek dostosowania obecnie funkcjonujących rejestrów medycznych do wymagań określonych przepisami projektowanej ustawy.

Z dniem 1.01.2023 r. MZ określi, w drodze rozporządzenia, kryteria autoryzacji oraz sposoby ich oceny dla podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne

Z dniem 1.01.2025 r. MZ określi, w drodze rozporządzenia, kryteria autoryzacji oraz sposoby ich oceny dla podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju AOS i POZ.

Podsumowanie: Projektowana ustawa bez wątpienia przyniesie wiele korzyści wpływając na jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów, jednak w praktyce bez wątpienia będzie wyzwaniem dla zarządzających placówkami. Na obecnym etapie pojawia się wiele pytań, na które projekt nie odpowiada. Kluczowe, niejasne czy problematyczne obszary to:

- projekt nie pozwala na ocenę warunków wymaganych w procesie autoryzacji, a tym samym środków, które podmioty będą musiały przeznaczyć na jej uzyskanie;
- przy obecnym braku kryteriów autoryzacji roczny okres dostosowawczy może być zbyt krótki;
- miejsce systemu autoryzacji przy istniejących mechanizmach kontroli ze strony Inspekcji Sanitarnej, wymagań ogólnobudowlanych czy zgłoszeniach do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- koszty związane z wprowadzeniem systemów monitorowania i rejestracji – oszacowano je w uzasadnieniu na poziomie Agencji, jednak projekt nie porusza kwestii kosztów po stronie podmiotów leczniczych (zasoby ludzkie, informatyczne itp.);
- czy 1% wartości umowy za certyfikat akredytacyjny będzie wystarczającym motywatorem dla podmiotów, szczególnie małych;
- czy wprowadzenie określonych wskaźników jakości i powiązanie ich z finansowaniem nie spowoduje utraty wartości samego wskaźnika – szczególnie w przypadkach np. podejmowania zabiegów ryzykownych, terapii trudnych, przekazywania pacjentów do wyspecjalizowanych ośrodków itp.

Korzyści jakie – wg projektodawcy – ma przynieść ustawa to m. in.: poprawa skuteczności diagnostyki i leczenia, stałe udoskonalanie praktyki klinicznej, poprawa bezpieczeństwa i satysfakcji pacjenta przez rejestrowanie i monitorowanie zdarzeń niepożądanych, stworzenie warunków do systematycznej oceny jakości świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i upubliczniania tych informacji, uzyskanie porównywalności podmiotów udzielających świadczeń pod względem jakości i skuteczności oferowanej opieki, efektywniejsze wykorzystanie środków publicznych w wyniku ograniczenia występowania zdarzeń niepożądanych.



## **IV SESJA PLENARNA**

**Dostępność do świadczeń medycznych w Polsce. Praktyczne aspekty realizacji i rozliczania świadczeń szpitalnych, opieki długoterminowej, ambulatoryjnych, lekowych.**

### **DOSTĘP DO TERAPII LEKOWYCH W POLSCE W ŚWIEŁIE ZMIENIAJĄCYCH SIĘ PRZEPISÓW PRAWA**

adw. Paulina Kieszowska-Knapik

Kancelaria Kieszowska Rutkowska Kolasiński Kancelaria Prawna sp. j.

Słowa kluczowe: ustawa refundacyjna, program lekowy, RDTL, procedura refundacyjna, Rozwojowy Tryb Refundacyjny, Ratunkowy dostęp do technologii lekowych, eksport leków.

Przedmiotowe wystąpienie dotyczyło dostępu do terapii lekowych w Polsce w świetle zmieniających się przepisów prawa. Autorka wystąpienia poddała szczegółowej analizie obecnie procedowane nowelizacje ustawy refundacyjnej jak również sprawozdanie z wykonania ustawy refundacyjnej.

Przedmiotem badania były 4 nowelizacje: projekt wprowadzający Ratunkowy Dostęp Do Technologii Lekowych<sup>1</sup>, Duża Nowelizacja Ustawy Refundacyjnej (tzw. nowela DNUR)<sup>2</sup>, projekt nowelizacji dotyczący refundacji wyrobów medycznych<sup>3</sup>, oraz projekt nowelizacji dotyczący leków stosowanych w programach polityki zdrowotnej (w tym HIV) oraz w ramach Programu Szczepień Ochronnych do trybu z ustawy refundacyjnej<sup>4</sup>.

Celem wystąpienia było zbadanie czy obecnie procedowane nowelizacje rozwiązują problemy zdiagnozowane w w/w sprawozdaniu. Analiza dotyczyła następujących zagadnień: procedury refundacyjnej, programów lekowych, eksportu leków oraz sytuacji nadzwyczajnych (choroby rzadkie). Autorka w pierwszej kolejności przedstawiła dane zagadnienie w kontekście problemów opisanych w sprawozdaniu, a następnie zaprezentowała rozwiązania znajdujące się w nowelizacjach.

Autorka zwróciła uwagę, że reakcją regulatora na występowanie negatywnych zjawisk wynikających z nowych, ale ułomnych przepisów ustawy refundacyjnej była konieczność

---

<sup>1</sup> <http://www.sejm.gov.pl/sejm8.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=1319>.

<sup>2</sup> <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12290204>.

<sup>3</sup> <http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12286460>.

<sup>4</sup> <http://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12293656>.

licznych interpretacji, które stały w jawnej sprzeczności z literą prawa oraz wydawanie ad hoc komunikatów i stanowisk prawnych albo inicjowanie szybkich i licznych nowelizacji ustawy, mających charakter „naprawczy”.

Zdaniem autorki projekty nowelizacji ustaw nie rozstrzygają szeregu od dawna zgłaszanych wątpliwości interpretacyjnych, w tym przykładowo dotyczących maksymalnych cen zakupu leków refundowanych obowiązujących w przypadku świadczeniodawców.

Autorka wskazuje, że planowane zmiany nie są dostateczną odpowiedzią na wady ustawy zdiagnozowane w sprawozdaniu i choć zawierają pewne plusy to w rzeczywistości, pogłębiają, a nie likwidują wady ustawy refundacyjnej.

## **PROGNOZY DEMOGRAFICZNE A REALIZACJA ŚWIADCZEŃ W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ, W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA**

dr hab. Bożena Zboina, prof. WSBiP

Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

Demograficzne starzenie się ludności oraz proces podwójnego starzenia się mają charakter długofalowy, a ich konsekwencje będą odczuwane w przyszłości. W dziedzinie gospodarki starzenie się społeczeństwa ma wpływ na procesy ekonomiczne, w sferze społecznej proces ten wpływa na strukturę rodziny i popyt na usługi zdrowotne. Ponadto patologiczne, jak i fizjologiczne konsekwencje starości prowadzą do pogłębiającej się niesprawności i zależności od pomocy ze strony innych osób lub instytucji. Szacuje się, że zapotrzebowanie na świadczenia ochrony zdrowia finansowane publicznie w Polsce do 2030 roku wzrośnie nawet o 1,4% PKB, taki wzrost jest jednym z najwyższych (w relacji do PKB) wśród krajów Unii Europejskiej. Zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze o charakterze stacjonarnym wymaga zaangażowania ze strony decydentów. Obecnie popyt na usługi opiekuńcze przewyższa możliwości podażowe. W roku 2014 funkcjonowało łącznie 543 stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej o charakterze ogólnym, baza łóżkowa wynosiła 30,1 tys. Osoby starsze należą do tzw. najdroższych i najtrudniejszych odbiorców usług sektora ochrony zdrowia. Wynika to z faktu wielochorobowości i niesprawności występującej znacznie częściej u osób starszych. Ponadto potrzeby seniorów zwykle mają charakter złożony, gdyż prawie zawsze typowe dla wieku podeszłego deficyty zdrowotne kumulują się ze społecznymi determinantami życia, wywierając istotny wpływ na potencjał zdrowotny. Pogorszenie możliwości samoobsługowych oraz zaburzenia funkcji poznawczych intensyfikują zapotrzebowanie na świadczenia o charakterze opiekuńczym i pielęgnacyjnym. Opieka długoterminowa to długookresowa, ciągła i profesjonalna pielęgnacja i rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia farmakologicznego i dietetycznego. Opieka ta realizowana jest w zakładach opieki stacjonarnej lub w domu chorego. Obecnie obowiązującym aktem określającym warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej jest Zarządzenie Nr 60/2016/DSOZ prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. Określa ono katalog świadczeń, zasady postępowania, wymagania wobec świadczeniodawców, oraz zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń. Wielowymiarowe wsparcie skierowane do osób starszych okazuje się być konieczne w celu podołania wyzwaniom natury opiekuńczej, emocjonalnej,

informacyjnej czy też w postaci pomocy w codziennym funkcjonowaniu. Niestety brak jest odpowiednich kryteriów kwalifikacji pacjentów do zakładów opieki. Do wszystkich zakładów przyjmowany jest pacjent klasyfikowany według skali Barthel (opracowanej przez NFZ), jednak te kryteria nie sprawdzają się w wielu przypadkach, m.in. u osób z przewlekłymi ranami, brak jest kryteriów wyceny jednostkowego kosztu świadczenia i jednolitych standardów. Rynek usług jest nierównomiernie rozwinięty, województwa: mazowieckie, małopolskie śląskie i dolnośląskie skupiają 50 % ogólnej liczby placówek w Polsce.

**ZMIANY PRZEPISÓW I WYCEN**  
**A PROCES UDZIELANIA I ROZLICZANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**- NA PRZYKŁADZIE ŚWIADCZEŃ OKULISTYCZNYCH**

mgr Renata Wachowicz

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu  
Medycznego w Katowicach, Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych.

słowa kluczowe: NFZ, AOTMiT, Okulistyka, JGP, AMD, Rozliczanie świadczeń.

Rynek usług medycznych to bardzo specyficzny rynek, na którym świadczący usługi, czyli publiczne i niepubliczne podmioty działalności leczniczej, będąc odpowiedzialnymi za wyniki prowadzonej działalności, zostały zmuszone do podjęcia szeregu działań restrukturyzacyjnych w działalności zarówno operacyjnej, jak i zarządczej. Zarządzający podmiotami leczniczymi, w tym także szpitalami dążą do umacniania pozycji placówki na rynku usług medycznych. Wiele szpitali stanęło przed koniecznością minimalizacji kosztów świadczonych usług jednocześnie podnosząc ich jakość poprzez np. skracanie czasu pobytu – szybką diagnostykę, profesjonalizm personelu oraz remonty wpływające na zmianę otoczenia hotelowego pacjenta.

Zmiany przepisów oraz obniżki w wycenach poszczególnych świadczeń mają ogromny wpływ na zmiany w finansowaniu szpitali w tym także Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego (UCK). Główną dziedziną medycyny z którą utożsamiano w naszym kraju UCK była i jest okulistyka. Szpital „Ceglana” to znany jeden z największych w Polsce, ośrodek okulistyczny. Średnio rocznie hospitalizowanych jest ponad 17,5 tys. chorych a w przyszpitalnych poradniach okulistycznych udzielanych jest 138 tys. porad. Budżet przeznaczony na realizację świadczeń okulistycznych to ponad 56 milionów złotych.

W ramach kontraktów zawartych z Płatnikiem poza poradami i hospitalizacjami w placówce realizowane są także zakresy dodatkowe tj. zabiegi zaćmy, przeszczepy oraz program lekowy: Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanej z wiekiem(AMD). Wprowadzane przez Płatnika zmiany wycen przy tak dużej skali udzielanych świadczeń mają ogromny wpływ na funkcjonowanie oraz finanse placówki. Narodowy Fundusz Zdrowia począwszy od lipca 2013 roku trzykrotnie obniżał wyceny grup JGP związane z zabiegami zaćmy. Strata związana ze zmianą punktacji na przestrzeni lat 2012- 2015 wyniosła w skali roku 7,4mln. złotych. Wprowadzane obniżki wycen wymuszały

konieczność wykonywania coraz to większej liczby zabiegów, w celu zrealizowania kontraktu.

Dodatkowo wprowadzenie ustawy „transgranicznej” oraz długie kolejki oczekujących spowodowały, iż gro z naszych rodaków skorzystało z usług zdrowotnych realizowanych w krajach Unii Europejskiej co w przypadku UCK wpłynęło na zgłaszalność pacjentów do planowych zabiegów zaćmy. W roku 2015 nie zgłaszalność wyniosła 19,8% a w 2016 – 33%. Powyższe zaburzyło proces optymalnego wykorzystania zasobów kadrowo - sprzętowych placówki. Chcąc zagwarantować wykonanie tak dużego kontraktu Szpital podjął działania zmieniające organizację pracy, weryfikację istniejących kolejek oczekujących oraz systematyczną ocenę pacjentów w kolejce przez Zespół Oceny Przyjęć. Kolejna zmiana przedstawiona w Obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji z dnia 29 czerwca 2016 r. wprowadziła zapis informujący Świadczeniodawców, iż w przypadku grup JGP dotyczących zabiegów zaćmy wskazana w katalogu „taryfa obejmuje koszt porady kwalifikacyjnej z niezbędnymi badaniami oraz kontroli po wykonaniu zabiegu w terminie do 2 tygodni od wypisania pacjenta ze szpitala”. Powyższy zapis wymusił kolejne zmiany organizacyjne w funkcjonowaniu Przyszpitalnej Poradni Okulistycznej. Początek roku 2017 to kolejne zmiany w wycenach grup JGP w Okulistyce. Tym razem w zakresie hospitalizacji podstawowej obniżono wyceny dwóch grup związanych z wykonaniem zabiegów witrektomii o odpowiednio 728zł i 837,20zł. Świadczeniodawca wykonujący 180 zabiegów miesięcznie otrzyma zapłatę o ponad 1 690 tys. złotych mniej. Dodatkowo dla zabiegów witrektomii wykonywanych jednocześnie z zabiegiem zaćmy utworzono dwie nowe grupy JGP jednak umieszczono je w kontrakcie wyodrębnionym na zabiegi zaćmy a nie jak dotychczas w zakresie okulistyka- hospitalizacja. Zarówno obniżenie wycen jak i przeniesienie rozliczania zabiegów witrektomii do kontraktu na zaćmy przyczyniły się do powstawania niewykonanych w kontrakcie podstawowym.

To nie jedyne problemy rozliczeniowe z jakimi boryka się dziedzina okulistyki. Zachodzą takie sytuacje, kiedy dla dobra pacjenta niezbędne jest wykonanie podczas tej samej hospitalizacji zabiegu zarówno na prawym jak i na lewym oku. Przykładem może być zabieg trabeculektomii z iridectomią przypadkową, gdy w przypadku schorzeń jaskry w obu oczach występuje duże ciśnienie i trzeba w trybie pilnym wykonać zabieg wytworzenia przetoki twardówki z usunięciem tęczówki. W chwili obecnej brak jest możliwości rozliczenia obu zabiegów z NFZ. Powyższe dotyczy także sytuacji wykonania dwóch lub trzech przeszczepów rogówki podczas jednej hospitalizacji. Oczywiście Świadczeniodawca w sytuacjach ponoszenia dużych kosztów po spełnieniu odpowiednich wymagań może

wystąpić z wnioskiem o „Rozliczenie świadczenia, którego koszt przekracza wartość 15 000 zł i wartość obliczaną wg wzoru określonego w obowiązującym zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne”. Jednak i tutaj można napotkać na różne niuanse, które mogą przyczynić się do odrzucenia wniosku. Przywołany powyżej przykład wykonania trzech przeszczepów u jednej pacjentki oraz zabiegu wytrzewienia gałki ocznej (koszt rzeczywisty hospitalizacji ok. 58 tys. zł.) został pierwotnie odrzucony z uwagi na nie spełnienie warunku przekroczenia wymaganej kwoty o kilkaset złotych. Powodem powyższego było umieszczenie kosztów przygotowania rogówek do przeszczepu przez Bank Tkanek (ok. 10 tys. zł) jako kosztów świadczeń wykonanych przez podwykonawcę a nie jako kosztów materiałów medycznych. Należy zaznaczyć, iż koszty materiałów są uwzględniane 1:1 a koszty podwykonawców przeliczane zgodnie z zasadami przyjętymi przez Śląski OW NFZ - kosztem osobodnia.

Obecnie w przedstawianych projektach zmian przepisów Płatnik proponuje w przypadku wykonania jednocześnie zabiegu (zaćmy lub witrektomii) na obu gałkach ocznych zastosowania współczynnika 1,54 w zapłacie za hospitalizację. Być może to pierwszy krok w uwzględnieniu płatności za zabiegi wykonywane jednocześnie na obu gałkach ocznych.

Szeroko pojęta informacja ma niejednokrotnie wpływ na organizację pracy, obniżenie kosztów funkcjonowania oraz rzetelność rozliczeń a w efekcie przychody placówki. Fakt komunikowania się z innymi świadczeniobiorcami, szkolenia powodują, iż podmioty zdobywają wiedzę, która nie jest przedstawiana przez Płatnika. Niejednokrotnie indywidualna inicjatywa jednego z świadczeniodawców wymusza na Płatniku zajęcie stanowiska. Przykładem w dziedzinie Okulistyki może być realizacja kontraktu na program lekowy: Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD). Większość z świadczeniodawców z uwagi na zakontraktowanie tego programu w zakresie Leczenie Szpitalne realizuje iniekcje doszklistkowe w warunkach bloku operacyjnego ograniczając tym samym dostępność bloku dla innych zabiegów operacyjnych. Nieznane im jest stanowisko Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20.04.2016 r. W sprawie miejsca realizacji programu lekowego informujące iż: (...) Przedmiotowy zapis, odnosząc się do formalnego wymogu posiadania bloku operacyjnego, nie obliguje do realizacji świadczenia związanego z wykonywaniem iniekcji doszklistkowej w Sali operacyjnej ani nie wyklucza jej realizacji np. w warunkach aseptycznej Sali zabiegowej.”. Powzięcie takiej informacji może przyczynić się do zmiany organizacji udzielania świadczeń w ramach programu lekowego a w efekcie obniżyć koszty i usprawnić ergonomię

wykorzystania bloku operacyjnego oraz blokowania łóżek szpitalnych. Z realizacją programu AMD wiąże się jeszcze jeden przykład różnej interpretacji przepisów i w efekcie braku możliwości rozliczania niektórych świadczeń. Okazuje się że w województwach: śląskim, świętokrzyskim, lubuskim, zachodniopomorskim nie ma możliwości wykonywania monitorowania skuteczności leczenia w programie lekowym AMD w warunkach ambulatoryjnych (brak miejsca wykonywania w poradni oraz brak w oddziale szpitalnym możliwości wskazania do rozliczenia produktu: 5.08.07.0000004 - *przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu*). Dziwi fakt, iż te same przepisy mogą być różnie interpretowane przez poszczególne OW NFZ a w efekcie końcowym cierpi na tym budżet świadczeniodawcy. Obecnie większość placówek finansowanych ze środków publicznych poszukuje rozwiązań pozwalających poprawić sytuację finansową, zwiększyć skuteczność i efektywność prowadzonej działalności ale czy jest to możliwe jeżeli realizują świadczenia od 2012 roku po tej samej lub niejednokrotnie niższej wycenie i muszą utrzymywać przez 5 lat zadeklarowane w konkursach wymagania.

Okulistyka to tylko jedna z wielu dziedzin medycyny, w której obniżka wycen świadczeń, zgłaszalność pacjentów do zabiegu, różna interpretacja zapisów przez OW NFZ oraz ciągłe zmiany przepisów wpływają na kondycję finansową placówki i nie pozwalają na zaplanowanie długofalowych działań, a wręcz wymuszają interwencje doraźne celem uniknięcia sytuacji kryzysowych.

Dlatego tak ważne dla omawianego szpitala jak i dla innych podmiotów działalności leczniczej jest branżowa współpraca i komunikacja z innymi świadczeniodawcami, zdobywanie informacji, które będą wspomagać zarządzających, przyczynią się do rzetelnej sprawozdawczości i rozliczeń z Płatnikiem, a w efekcie wpłyną na rozwój placówki oraz poprawę jej sytuacji finansowej.



## ROZLICZANIE LEKÓW OTRZYMYWANYCH NA ZASADACH ZAPISANYCH W RSS. PROBLEMY Z ROZLICZANIEM ŚWIADCZEŃ POBYTOWYCH

dr n. o zdr. Michał Chrobot

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

Słowa kluczowe: leki refundowane, chemioterapia, programy zdrowotne (lekowe), Narodowy Fundusz Zdrowia, instrumenty dzielenia ryzyka

Wstęp: Z dniem 1 lipca 2012 roku, wraz z wejściem w życie ustawy o refundacji leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zmieniły się zasady finansowania terapii lekowych ze środków publicznych. Odbywają się one w oparciu o decyzje administracyjne wydawane przez Ministerstwo Zdrowia (MZ), dotyczące objęcia refundacją konkretnych preparatów (produktów handlowych), z indywidualnym, unikatowym numerem - Europejskim Kodem Towarowym (ang. European Article Number – EAN). Wydanie decyzji przez MZ odbywa się na podstawie wniosku podmiotu odpowiedzialnego i najczęściej jest poprzedzone fazą negocjacji dotyczącą ceny wskazanej w obwieszczeniu MZ o refundacji leków, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego (tzw. liście leków refundowanych). W części przypadków MZ zawiera z podmiotem odpowiedzialnym porozumienie podziału ryzyka (ang. Risk Sharing Agreements – RSA), ustalając w treści decyzji praktyczny schemat podziału ryzyka (ang. Risk Sharing Schemes – RSS).

Instrumenty dzielenia ryzyka są ustaleniami tajnymi, które mogą znać wyłącznie: podmiot odpowiedzialny, MZ i Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Z drugiej strony, zgodnie z zapisami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na leczenie szpitalne - programy zdrowotne (lekowe) czy leczenie szpitalne – chemioterapia „Świadczeniodawca zobowiązany jest do stosowania instrumentów dzielenia ryzyka, o których mowa w art. 11 ust. 2. pkt 7 ustawy refundacyjnej, jeżeli zostały ustalone”. Przez powyższy zapis porozumienia RSA mają realny wpływ na sposób rozliczania świadczeń w ramach umów z NFZ.

Cel pracy: Praca miała na celu analizę jawności i kompletności wytycznych, dotyczących zasad finansowania leków oraz świadczeń pobytowych związanych z ich podaniem lub wydaniem, objętych instrumentami dzielenia ryzyka.

Wyniki: Z analizy zapisów ustawy o refundacji leków, zarządzeń Prezesa NFZ oraz umów zawieranych przez placówkę z NFZ wynika, że opisane zostały wyłącznie sposoby i zasady dotyczące realizacji świadczeń oraz leków, opisanych w obwieszczeniu MZ

w sprawie refundacji leków. Nie znaleziono wytycznych dotyczących specyfiki rozliczania leków oraz świadczeń pobytowych dla terapii objętych RSS, szczególnie dla tych przypadków, które dotyczą przejęcia przez podmiot odpowiedzialny finansowania kosztów leków, do czasu zawarcia umów ze świadczeniodawcami przez oddziały wojewódzkie NFZ na realizację nowych programów lekowych. W tych przypadkach głównym problemem pozostaje poprawność rozliczania porad lub hospitalizacji, związanych z podaniem lub wydaniem leku przez placówkę leczącą pacjentów daną substancją czynną.

Nie stwierdzono także wystąpienia indywidualnych interpretacji w tym zakresie, mimo wniosku wysłanego do Prezesa NFZ przez Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych.

Wnioski: Prezes NFZ poprzez zmiany zapisów zarządzeń powinien wskazać jednolite wytyczne oraz zasady dotyczące poprawnego rozliczania świadczeń pobytowych oraz leków, otrzymywanych, podawanych lub wydawanych pacjentom na zasadach określonych w instrumentach dzielenia ryzyka. Powyższe wzmocni transparentność procesu oraz ujednolici sposób postępowania w całym kraju, jak również wykluczy odmienną interpretację oceny postępowania przez zespoły kontrolne NFZ.

## **POWIKŁANIA PO CHEMIOTERAPII – CZY WARTO JE SPRAWOZDAWAĆ?**

Anna Krzemińska

Wielkopolskie Centrum Onkologii

Słowa kluczowe: Działania niepożądane, powikłania, rozliczenia, świadczenia medyczne, chemioterapia

Wstęp: Leczeniu cytostatykami mogą towarzyszyć powikłania. Można je zaobserwować zarówno w czasie indukcji leku, jak i po jego zakończeniu – po kilku dniach, tygodniach, miesiącach na nawet latach. Do najczęściej występujących objawów zaliczyć można dolegliwości ze strony układu pokarmowego: nudności, wymioty, biegunki, zaparcia; spadek wagi ciała, duszności, uszkodzenia narządów wewnętrznych. Od kilku lat Świadczeniodawcy mają możliwość sprawozdawania działań niepożądanych, jak i również sfinansowania przez Płatnika leczenia powikłań 3 i 4 stopnia w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii.

Celem jest przedstawienie modelu rozliczeń działań niepożądanych 1, 2, 3 i 4 stopnia występujących w chemioterapii, zarówno w trybie udzielania świadczeń ambulatoryjnych, jak i szpitalnych. Dodatkowo, przeanalizowano pod kątem wykazywania i sprawozdawania działań niepożądanych rok 2016 w Wielkopolskim Centrum Onkologii.

Wyniki badań: Analiza wykazuje wystąpienie:

- Powikłań I stopnia: 1%,
- Powikłań II stopnia: 8%,
- Powikłań III stopnia: 75%,
- Powikłań IV stopnia: 16%.

Wnioski: Wykazywanie i sprawozdawanie powikłań po chemioterapii z perspektywy rozliczeń, umożliwi nie tylko uzyskanie środków na leczenie działań niepożądanych, ale i również wykazanie świadczenia podstawowego: porada ambulatoryjna związana z chemioterapią (z kompleksową realizacją świadczeń) czy hospitalizacja onkologiczna związana z chemioterapią u dorosłych/zakwaterowanie.

## **V SESJA PLENARNA**

### **Compliance w ochronie zdrowia. Kontraktowanie świadczeń w 2017 r. Aktualne wytyczne dotyczące realizacji i rozliczania świadczeń onkologicznych.**

#### **COMPLIANCE W OPIECE ZDROWOTNEJ**

Jan Pachocki, Magdalena Kolczyńska

Słowa kluczowe: compliance, korupcja, ISO 37001, służba zdrowia, opieka zdrowotna

Sektor służby zdrowia i farmacji od lat znajduje się w czołówce obszarów, w których toczą się postępowania związane z oskarżeniami korupcyjnymi. Jest to zrozumiałe, gdy weźmie się pod uwagę liczne ryzyka, które towarzyszą pracownikom opieki zdrowotnej.

Obszary korupcji w służbie zdrowia:

W obliczu permanentnego niedofinansowania służby zdrowia kontakty z podmiotami zewnętrznymi oferującymi korzyści zarówno dla pojedynczych lekarzy, jak i dla placówek medycznych, wydają się szczególnie atrakcyjne. Zwiększająca się konkurencja na rynku farmaceutycznym zmusza producentów i dystrybutorów do szukania nowych sposobów zainteresowania swoimi produktami pacjentów i lekarzy. Oferowanie i przyjmowanie gadżetów reklamowych, biznesowe kolacje z przedstawicielami handlowymi, wyjazdy, na których specjaliści mogą poznać zalety stosowania leku – wszystkie te obszary są obarczone poważnym ryzykiem korupcyjnym, a zachowania dopuszczalne od przestępczych dzieli tylko cienka granica.

Zarzuty korupcyjne dotyczą również bardziej oczywistych sytuacji – zagrożenie życia bliskiej osoby, przedłużające się terminy oczekiwania na ważny zabieg i znaczna swoboda decyzyjna osób odpowiedzialnych za organizację udzielania świadczeń medycznych rodzą pokusę łapownictwa. Podstawową przyczyną występowania korupcji jest w tym zakresie trwały deficyt świadczeń zdrowotnych w polskim systemie opieki zdrowotnej oraz administracyjna reglamentacja tych świadczeń. Do tego dochodzą niskie i niesprawiedliwe w stosunku do innych dziedzin gospodarki, wynagrodzenia pracownicze.

Kolejnym obszarem zagrożeń są kontakty między świadczeniodawcami a NFZ. Do głównych przyczyn istnienia korupcji na tym poziomie należy pozostawienie urzędnikom NFZ decyzji w sprawie dostępu świadczeniodawcy do finansowania udzielanych przez niego świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Korupcja może zaistnieć również na etapie

rozliczenia za świadczenia zdrowotne – brak bowiem narzędzi do przeprowadzenia skutecznej kontroli wykonanych świadczeń.

Istotnym obszarem zagrożeń jest w końcu korupcja na etapie kwalifikowania świadczeń i leków do „koszyka świadczeń refundowanych”.

Polska niechlubnym liderem:

Tymczasem państwo prowadzi coraz bardziej restrykcyjną politykę antykorupcyjną. Wobec zwiększającego się zakresu kontaktów międzynarodowych w służbie zdrowia rośnie również znaczenie norm międzynarodowych, takich jak amerykańskie FCPA, czy francuskie SAPIN II. W sukurs organom ścigania idą media, aktywnie zaangażowane w proces śledzenia i nagłaśniania nadużyć. Osoby odpowiedzialne za zarządzanie podmiotem leczniczym muszą więc powziąć szczególne środki prawne i organizacyjne, by uniknąć niebezpiecznych oskarżeń.

Niestety, Polska wciąż znajduje się w czołówce państw dotkniętych problemem korupcji w opiece zdrowotnej. Badanie Eurobarometru wskazują, że aż 90% łapówek jest wręczanych w Polsce pracownikom służby zdrowia. Wyniki te są zbieżne z danymi uzyskanymi przez CBOS, zgodnie z którymi co piąty Polak przynajmniej raz spotkał się z sugestią lub nakłanianiem ze strony lekarza do wręczenia łapówki.

Czym jest *compliance*?

Zapobiec temu zjawisku może wdrożenie w podmiocie leczniczym odpowiedniego systemu *compliance*. Pojęcie *compliance* oznacza w ogólności zdolność do działania zgodnie z obowiązującymi regułami. Może to dotyczyć zarówno norm zewnętrznych – takich jak przepisy prawa, branżowych – takich jak kodeksy dobrych praktyk i wewnętrznych, czyli przyjętej w firmie polityki i procedur postępowania. Dobrze działający system *compliance* w pierwszej kolejności identyfikuje ryzyka związane z działalnością w danym sektorze. Następnie projektowane i wdrażane są mechanizmy kontroli w obszarach podwyższonego ryzyka. Efektywność wprowadzonych zasad musi być weryfikowana w procesie audytów wewnętrznych. Skuteczny system gwarantuje również odpowiednią procedurę w razie wystąpienia nadużyć, która pozwala chronić bezpieczeństwo prawne placówki.

W sektorze ochrony zdrowia procedury *compliance* powinny się bez wątpienia koncentrować na ryzykach korupcyjnych, choć obejmować mogą również takie zagadnienia jak zarządzanie ryzykiem dotyczącymi błędów medycznych i innym roszczeniami pacjentów. W szczególności dobry system *compliance* pozwala wykazać, że dołożyło się należytej staranności, gdy padną zarzuty o charakterze korupcyjnym. 15 października 2016 r.

Międzynarodowy Komitet Normalizacyjny opublikował uniwersalną normę ISO: 37001, która pozwoli każdej organizacji na wdrożenie systemowego podejścia w kwestii przeciwdziałania szeroko pojętej korupcji.

Antykorupcyjna norma ISO:

Wdrożenie antykorupcyjnego ISO 37001, podobnie jak innych standardów z rodziny ISO, stanowi czytelny sygnał, że jednostka legitymująca się nim spełniła wszelkie wymagane normą wymagania i przeszła rzetelny i niezależny proces certyfikacji. Podmioty lecznicze coraz częściej sięgają po to narzędzie w celu poprawy jakości świadczonych usług i budowania zaufania publicznego. Szczególną wartość miała dotychczas norma ISO: 9001 określająca wymagania, które powinien spełnić system zarządzania jakością w organizacji. Nowa antykorupcyjna ISO: 37001 jest spójna z tym systemem. Co więcej ma ona również charakter globalny, co oznacza że stanowi ona również gwarancję dla kontrahentów zagranicznych.

Wdrożenie ISO: 37001 będzie wymagało od podmiotu leczniczego opracowania procedur w wielu istotnych dla funkcjonowania jednostki sferach. Do najbardziej oczywistych należał będzie obowiązek przyjęcia polityki przyjmowania przez pracowników opieki zdrowotnej prezentów, darowizn, odpłatnych zaproszeń na wydarzenia naukowe itp. Opracowania wymagały będą również procedury finansowe, szczególnie z zakresu zamówień publicznych. Osobną uwagę norma nakazuje poświęcić eliminowaniu tzw. ryzyka kontraktowego – sprawdzane będą konflikty interesów między potencjalnymi stronami umów, przyjęte będą również jasne kryteria oceny uczciwości i wiarygodności kontrahentów.

Kolejną ważną sferą regulowaną przez ISO, która nabiera dodatkowo coraz większego znaczenia w obliczu ostatnich projektów regulacji unijnych, jest gwarancja ochrony sygnalistów [ang. *whistleblowing*] i stworzenie szczelnego i anonimowego systemu informowania o nieprawidłowościach. Należy w tym miejscu podkreślić, że przy właściwej kulturze *compliance* jednostki organizacyjnej, otrzymanie informacji o występujących w niej nadużyciach nie musi od razu oznaczać ingerencji organów ścigania – uzyskane anonimowo dane trafiać mogą bowiem w pierwszej kolejności do zarządu podmiotu leczniczego, który może podjąć się rozwiązania problemu własnymi siłami, zgodnie z zaprojektowanymi w ISO wewnętrznymi procedurami.

## **OFERTY DO NFZ A UMOWY NA PODWYKONAWSTWO - FAKTY I FIKCJE**

Karolina Kucnerowicz

Wielkopolskie Centrum Onkologii

Słowa kluczowe: Umowy, podwykonawstwo, pakiet onkologiczny, świadczenia medyczne

Wstęp: Wraz z wdrożeniem Szybkiej Terapii Onkologicznej, od 1.01.2015 r., uległy zmianie kryteria oceny świadczeniodawców pod kątem zawierania umów na „Pakiet Onkologiczny” z Narodowym Funduszem Zdrowia. Spowodowało to wyraźnie zauważalny wzrost zawieranych umów na podwykonawstwo, na świadczenia medyczne niezbędne do wykonania podstawowej i pogłębionej diagnostyki nowotworowej oraz kompleksowego leczenia onkologicznego, podpisywanych wyłącznie w celu sprostanania wprowadzonym kryteriom.

Cel pracy: Celem jest analiza liczby umów na podwykonawstwo, zawieranych z Wielkopolskim Centrum Onkologii w latach 2014-2017, z uwzględnieniem procentowym ich faktycznej realizacji.

Wyniki badań: Przeanalizowano rodzaj świadczeń, będących przedmiotem zawieranych umów na podwykonawstwo. Na pierwszym miejscu uplasowały się badania scyntygrafii kości. Faktycznie natomiast najwięcej jest realizowanych umów na badania histopatologiczne.

Wnioski: Tendencja wzrostowa zawieranych umów na podwykonawstwo nie przekłada się na faktyczną realizację zawartych umów. W związku z tym można przypuszczać, iż warunki, wdrożone przez Ministerstwo Zdrowia, niezbędne do zawarcia oferty z Narodowym Funduszem Zdrowia na Pakiet Onkologiczny, nie do końca przekładają się na ich realną wykonywalność.

## OPIEKA KOORDYNOWANA NAD PACJENTEM KARDIOLOGICZNYM

dr hab. n. med. Marek Postuła

prof. dr hab. n. med. Dagmara Mirowska-Guzel

Centrum Badań Przedklinicznych i Technologii (CePT), Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej WUM

dr n. o zdr. Michał Chrobot

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

Słowa kluczowe: opieka koordynowana, kompleksowość udzielania świadczeń, zawał serca, rehabilitacja

Wstęp: W 28 krajach Unii Europejskiej corocznie umiera ok. 5 mln osób, w tym blisko 2 mln osób z powodu chorób układu krążenia (*ang. Cardiovascular Disease, CVD*) co stanowi 38% zgonów. W samym 2012 roku zgony z przyczyn kardiologicznych wśród mężczyzn stanowiły 35% wszystkich zgonów oraz 41% zgonów wśród kobiet. W 2013 roku z przyczyn kardiologicznych zmarło w Polsce ponad 177 tysięcy osób co stanowiło 45,8% wszystkich zgonów, tj. na każde 100 tys. ludności kraju 461 osób zmarło w wyniku chorób układu sercowo-naczyniowego. Na liczbę tą składało się 95 tysięcy kobiet, co stanowiło 51% wszystkich ich zgonów (w 1990 roku udział ten wynosił około 57%, a w 2000 roku – 53%) oraz 82 tysiące mężczyzn, co stanowiło 41 % wszystkich ich zgonów (w 1990 roku – 48% oraz w 2000 roku – 43%).

Tylko choroba niedokrwienna serca (*ang. ischemic heart disease, IHD*) jest powodem 23% zgonów kardiologicznych, zarówno w Polsce, jak w całej Europie.

Najwięcej zgonów z przyczyn kardiologicznych notują województwa: świętokrzyskie (59%), podkarpackie (57%) i lubelskie (57%).

W 2011 roku łączne koszty dotyczące pacjentów CVD wyniosły około 42 mld zł. Koszty bezpośrednie związane z leczeniem i lekami stanowiły tylko ok. 35,5% tej kwoty. Blisko 65% obejmowały koszty pośrednie, tj.:

- utraconej produktywności na skutek przedwczesnej umieralności,
- wcześniejszego przejścia na emeryturę,
- renty z tytułu niezdolności do pracy,
- przebywania na zwolnieniu lekarskim.



Z danych Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych (ZUS) wynika, że w 2013 roku wydatki ponoszone ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS), budżetu państwa oraz ze środków własnych pracodawców na świadczenia związane z niezdolnością do pracy wyniosły łącznie 32 276,1 mln zł, tj. o 6% więcej niż w roku 2012. Przeciętna kwota wydatków poniesionych w 2013 roku na świadczenia związane z niezdolnością do pracy w przeliczeniu na jedną osobę objętą ubezpieczeniem zdrowotnym dla choroby układu krążenia (I00-I99) wyniosła 198,38 zł (2 pozycja).

Z danych wynika też, że zapewnienie pacjentom z CVD rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w latach 2004-2012 spowodowało, że odsetek pacjentów po rehabilitacji, którzy nie pobierali świadczeń z FUS wzrósł z 28,7% do 53,1%.

Powyższe znajduje swoje uzasadnienie w aktualnych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC), według którego na podstawowe zasady opieki nad pacjentem po zawale serca składają się:

- kompletna rewaskularyzacji mięśnia sercowego (jeśli nie została wykonana w czasie pobytu w szpitalu z powodu zawału mięśnia serca [MI]);
- programu kompleksowej rehabilitacji i edukacji kardiologicznej;
- wszczepienia kardiowertera-defibrylatora (ICD), rozrusznika serca lub układu resynchronizującego serce w przypadku wystąpienia wskazań szczególnych;
- specjalistycznej ambulatoryjnej opieki kardiologicznej.

Cel pracy: Celem pracy była analiza danych oraz wytycznych towarzystw naukowych i innych źródeł, pod kątem oceny zasadności wprowadzenia w Polsce opieki koordynowanej nad pacjentem z zawałem serca.

Wyniki: Aktualny stan opieki nad pacjentami z CVD w Polsce wygląda w sposób następujący:

- standaryzowany współczynnik zgonów z powodów sercowo-naczyniowych w Polsce jest wyższy niż w UE i w 2012 roku wyniósł 652,4;
- około 20% pacjentów umiera w pierwszym roku po zawale, z czego około 10% jeszcze w trakcie trwania fazy szpitalnej;
- chorzy mają problem z dostępem do kardiologa: tylko co czwarty jest konsultowany przez specjalistę w ciągu pierwszych 3 miesięcy po zawale serca;
- obecnie rehabilitacja po zawale pokrywa 7% potrzeb pacjentów.

W opinii Rządowej Rady Ludnościowej z 2015:

- w Polsce nie istnieje nowoczesny, zintegrowany system organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i prewencji poszpitalnej;

- tylko 22% chorych po zawale serca objętych jest kompleksową rehabilitacją kardiologiczną;
- w 2012 roku wykazano, że częstość kontroli głównych czynników ryzyka w grupie osób po hospitalizacji z powodu choroby niedokrwiennej serca wyniosła zaledwie 9%.

Wobec powyższego Ministerstwo Zdrowia (MZ) rozpoczęło prace nad świadczeniem kompleksowej opieki kardiologicznej, które zakłada, że dzięki kompleksowej i skoordynowanej opiece chory będzie miał zapewniony zabieg, rehabilitację, a w razie potrzeby kolejną wizytę kontrolną. Opieka kompleksowa nad pacjentem po zawale serca składać się będzie z czterech modułów:

- zabiegów kardiologii interwencyjnej,
- kompleksowej rehabilitacji i edukacji,
- zabiegów elektrokardiologii,
- specjalistycznej opieki kardiologicznej.

Proponowane zmiany pozytywnie zaopiniował Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w raporcie o numerze: AOTMiT-WT-553-13/2015, z dnia 29 kwietnia 2016 roku, pod nazwą: „Opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego”.

W raporcie wskazano, iż *„Rehabilitacja kardiologiczna jest kosztowo-efektywną formą prewencji wtórnej zdarzeń sercowo-naczyniowych. Wyniki analiz ekonomicznych wskazują, że wprowadzenie programu rehabilitacji kardiologicznej umożliwia kontrolę czynników ryzyka, zmniejsza śmiertelność pacjentów oraz prowadzi do redukcji kosztów związanych z powtórą rehospitalizacją, zarówno w horyzoncie 1-2 lat jak i w dłuższej perspektywie po epizodzie sercowo-naczyniowych. (...) NICE rekomenduje aby rehabilitacja kardiologiczna rozpoczynała się w ciągu 10 dni od momentu opuszczenia szpitala, (...) czas do rozpoczęcia rehabilitacji kardiologicznej powinien być nie dłuższy niż 15-20 dni (...).”*

Ministerstwo Zdrowia wprowadziło świadczenie „Opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego” do finansowania ze środków publicznych poprzez zmiany zapisów:

- Rozporządzenia MZ z dnia 16 grudnia 2016 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego;
- Rozporządzenia MZ z dnia 16 grudnia 2016 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej;
- Rozporządzenia MZ z dnia 16 grudnia 2016 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Powyższe przepisy prawa powszechnego zobowiązały Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) do wprowadzenia zmian w zarządzeniach, co będzie podstawą do przeprowadzenia postępowań konkursowych na to nowe świadczenie. Zapisy zakładają, że opieka nad pacjentem będzie koordynowana przez jeden ośrodek tzw. podmiot koordynujący.

Dla placówek udzielających świadczeń w tym zakresie NFZ przewiduje płatność zależną od dodatkowych współczynników jakościowych, tj.:

- a) w przypadku rozpoczęcia przez pacjenta rehabilitacji kardiologicznej w ciągu 14 dni od wypisu ze szpitala – 1,1,
- b) jeżeli pacjent po zawale mięśnia sercowego w 4. miesiącu od wypisu ze szpitala powróci do pracy – 1,1;
- c) jeżeli u pacjenta wszystkie świadczenia wynikające z indywidualnego planu leczenia zostały zrealizowane w ciągu 12 miesięcy – 1,15;
- d) w sytuacji spełnienia łącznie warunków wskazanych w lit. b i c – współczynnik 1,25.

Na nowe świadczenie NFZ planuje przeznaczyć około 31,5 mln zł.

Wnioski: Wprowadzenie do finansowania w Polsce opieki koordynowanej nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego wydaje się być w pełni merytorycznie uzasadnione. Do uzgodnienia pozostają szczegółowe kwestie dotyczące finansowania oraz zasad technicznego przekazywania i weryfikacji danych o efektach klinicznych i społecznych sprawowanej opieki.

## ZMIANY W PAKIECIE ONKOLOGICZNYM PO 1 LIPCA 2017 ROKU

mgr Maleszczuk Bartosz

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, Pełnomocnik ds. Pakietu Onkologicznego  
Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych

Słowa kluczowe: pakiet onkologiczny

Wstęp: Od 1 stycznia 2015 roku placówki medyczne realizują założenia pakietu onkologicznego. Przepisy regulujące funkcjonowanie pakietu mają wpływ na diagnostykę i leczenie pacjentów onkologicznych. Stanowią też duże wyzwanie organizacyjne dla placówek medycznych. Od samego początku szpitale onkologiczne wskazywały największe bolączki pakietu, które niestety w większości się sprawdziły.

Cel pracy; Celem mojego wystąpienia jest w dużym skrócie przybliżenie zmian jakie wejdą w życie od 1 lipca 2017 roku w funkcjonowaniu pakietu onkologicznego.

Wyniki badań: Wprowadzane zmiany mają na celu usprawnianie funkcjonowania pakietu oraz zmniejszenia obciążenia czynności administracyjnych związanych z obsługą pakietu onkologicznego. Główne zmiany będą dotyczyły:

- Zalecenia postępowania - Minister Zdrowia po zasięgnięciu opinii AOTMiT będzie ogłaszał w drodze obwieszczenia zalecenia postępowania dotyczące diagnostyki i leczenia onkologicznego w zakresie świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
- Wydanie karty DiLO - Podstawową zmianą jest możliwość wygenerowania karty DiLO przez lekarza specjalistę w momencie podejrzenia choroby nowotworowej u pacjenta.
- Kolejki oczekujących - W pakiecie onkologicznym zniesiony zostanie obowiązek co tygodniowego sprawozdawania pierwszego wolnego terminu oraz prowadzenia kolejki w AP-KOLCE.
- Konsylia - Przy ustaleniu planu leczenia onkologicznego nie będzie obligatoryjnej obecności lekarza radiologa. Brak konieczności wykonania konsylium u dzieci.
- Koordynator procesu leczenia - Obowiązek przypisania pacjentowi będącemu na etapie leczenia koordynatora oraz określenie jego zadań.
- Zamknięcie karty DiLO - Wprowadzono możliwość zamknięcia karty DiLO na wniosek pacjenta. Jednocześnie umożliwia się ponowne wygenerowanie karty DiLO i kontynuację leczenia w tzw. „ośrodku wiodącym”.

- Uproszczenie karty DiLO - Redukcja ilości danych gromadzonych na karcie DILO. Zrezygnowano z zamieszczania w karcie DiLO danych dotyczących objawów, badań diagnostycznych oraz Numeru Karty Zgłoszenia Nowotworu Złośliwego.
- Wprowadzenie wskaźników efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego za poprzedni rok kalendarzowy.

Wnioski: Długo oczekiwane zmiany w funkcjonowaniu pakietu onkologicznego na pewno należy pozytywnie ocenić. Niestety w moim odczuciu nie wszystkie problemy zostaną rozwiązane.

**ANALIZA STATYCZNO-DYNAMICZNA WYBRANYCH EFEKTÓW  
FUNKCJONOWANIA PAKIETU ONKOLOGICZNEGO W OKRESIE STYCZEŃ  
2015 – WRZESIEŃ 2016 DLA WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO  
I ŚWIĘTOKRZYSKIEGO**

dr n. ekon. Marcin Motnyk

Zakład Epidemiologii i Śląski Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii – Instytut  
im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach

dr n. o zdr. Michał Chrobot

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

Słowa kluczowe: system ochrony zdrowia, pakiet onkologiczny, implementacja, reforma

Wstęp: Pakiet onkologiczny będący zbiorem rozwiązań prawnych wszedł w życie z początkiem roku 2015. Przyniósł on znaczące zmiany dotyczące diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych. Zmiany te dotyczyły obu interesariuszy systemu - zarówno pacjenta jak i świadczeniodawców. Rozwiązanie to funkcjonuje już ponad dwa lata. W tym okresie pakiet onkologiczny poddawany był modyfikacjom, które do chwili obecnej nie skorygowały wszystkich wad wprowadzonej regulacji. W związku ze specyfiką udzielanych świadczeń pakiet onkologiczny najmocniej wpłynął na funkcjonowanie wielospecjalistycznych centrów onkologii, które dla dobra pacjentów zostały zobligowane do jego realizacji, mimo wielu niedoskonałości wprowadzonej reformy.

Cel pracy: Dysponując danymi dotyczącymi funkcjonowania pakietu onkologicznego od 1 stycznia 2015 r. do 30 września 2016 r. podjęto próbę analizy wraz ze sformułowaniem wniosków. Celem opracowanie była także analiza w ujęciu dynamicznym (w porównaniu stanów na koniec września 2015 i 2016 r.), co pozwoliło na obserwację zmian wybranych parametrów tego rozwiązania w czasie. Analizę przeprowadzono dla województwa śląskiego i świętokrzyskiego. Dane dla analizowanych województw przedstawione zostały na tle danych dla całego kraju.

Wyniki: W okresie do 30 września 2016 r. w całej Polsce wydano ponad 378 tysięcy kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (kart DiLO), co oznacza, że do poprzedniego analizowanego okresu (do 30 września 2015 r. liczba wydanych kart DiLO się podwoiła. Najwięcej kart wydano w województwie mazowieckim (60 tysięcy szt.), śląskim (ponad

48 tysięcy szt.) i wielkopolskim (ponad 35 tysięcy wydanych kart DiLO). Najmniejszą liczbę wydanych kart zanotowano w województwach: podlaskim, lubuskim i opolskim.

W skali całego kraju największy udział w wydanych kartach ma tryb „POZ” (ponad 128 tysięcy kart, co stanowi prawie 40% ogółu kart wydanych w całym kraju). Tryb AOS – to ponad 104 tysiące wydanych kart DiLO (prawie 28%). W trybie „SZPITAL” wydano już ponad 95 tysięcy kart (25% wydanych kart DiLO) a w trybie „SZPITAL – kontynuacja leczenia” - niecałe 50 tysięcy kart (ponad 13 % ogółu wydanych kart)

Największy udział kart wydanych w POZ można odnotować w województwie pomorskim i jest to jedyne województwo, gdzie udział ten przekracza 50%. Drugą pozycję pod tym względem zajmuje województwo dolnośląskie, gdzie udział trybu POZ jest nieznacznie niższy niż 50%.

Tryb AOS stanowi niecałe 30% wszystkich wydanych kart w Polsce. Największy udział (ponad 40%) można odnotować w województwie opolskim oraz podlaskim. Nieco niższy udział (ponad 35%) występuje w województwie lubelskim. Tryb „SZPITAL” ma zbliżony udział do trybu „AOS” w skali całego kraju. Natomiast największy udział (ponad 40%) można odnotować w województwie podkarpackim. Ponad 30% udziału charakteryzuje województwo lubuskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie.

Ostatni z analizowanych trybów „SZPITAL – kontynuacja leczenia” ma udział nieznacznie przekraczający 13%. W analizie wojewódzkiej najwięcej kart w tym trybie wystawiono w województwie świętokrzyskim (ponad 22%). W pozostałych województwach udziały nie przekraczają 20%, a w podlaskim udział jest mniejszy niż 5%.

W województwie śląskim wydano do końca września 48 196 kart DiLO, co w skali całego kraju stanowi około 12,7% wszystkich wydanych kart. Całego obrazu nie zmienia fakt, że liczba wydanych kart w tym województwie na 100 tysięcy mieszkańców, wynosząca 1109 (przy średniej dla kraju wynoszącej 1028), jest wartością powyżej średniej.

W województwie śląskim pacjent może skorzystać z szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego w 1 013 miejscach udzielania świadczeń (według danych Centrali NFZ u 801 świadczeniodawców).

Największy udział w strukturze wydanych kart DiLO mają dwa tryby, tj.: „POZ” i „AOS”. Udziały ten wynosi nieco ponad 31%. W porównaniu do analizy przeprowadzonej rok wcześniej udział obu trybów uległ zwiększeniu. Trybu „POZ” o około 1 pkt %, natomiast trybu „AOS” o prawie 5 pkt %. W tym samym czasie udział trybu „SZPITAL” uległ nieznacznemu zmniejszeniu (o około 3 pkt %), natomiast udział trybu „SZPITAL - leczenie rozpoczęte przed 1.1.2015r.” spadł niemalże o 10 pkt %.

W Centrum Onkologii w Gliwicach wydano do końca września 2016 r. 12 331 kart DiLO, co stanowi 25,5% wszystkich wydanych kart w województwie. Udział ten jest o 4 punkty procentowe niższy, niż we wrześniu 2015 r.

Zmianie uległy udziały poszczególnych trybów wydania kart w Centrum Onkologii w Gliwicach. W porównaniu do analizowanej sytuacji sprzed roku należy zauważyć zmianę udziałów w dwóch „najliczniejszych” pod tym względem trybach: „AOS” i „Szpital - leczenie rozpoczęte przed 2015 rokiem”. We wrześniu 2015 r. udział trybu „AOS” wynosił ponad 45%, natomiast udział trybu „Szpital - leczenie rozpoczęte przed 2015 rokiem” ponad 40%. Dane za wrzesień 2016 r. wskazują jednoznacznie, że różnica w udziałach uległa pogłębieniu. Największy udział dalej ma tryb AOS i powoli zbliża się do 60%. Tryb „Szpital - leczenie rozpoczęte przed 2015 rokiem” ma udział stanowiący około jedną trzecią wszystkich wydanych kart. Udział trybu „Szpital” pozostał podobnym poziomie i dalej oscyluje wokół 10% (z tendencją wzrostową w liczbie wydanych kart).

W województwie świętokrzyskim pacjent może skorzystać z szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego w 211 świadczeniodawców. Do końca września 2016 r. wydano 14 787 kart DiLO, co stanowi około 3,91% wszystkich kart wydanych w kraju. Natomiast liczba wydanych kart w tym województwie na 100 tysięcy mieszkańców wyniosła 1 274, co jest wartością zdecydowanie powyżej średniej w kraju (drugie miejsce w Polsce).

Struktura wydanych kart DiLO przedstawia się następująco. Największy udział mają dwa tryby, tj.: „AOS” i „POZ”. Udziały tych trybów są wynoszą odpowiednio 31% i 26%. W porównaniu do analizy przeprowadzonej rok wcześniej udział obu trybów uległ zwiększeniu (dla trybu „POZ” i „AOS” o ponad 3 pkt %). W tym okresie udział trybu „SZPITAL” także zwiększeniu (o blisko 3 pkt %) przy zmniejszeniu udziału trybu „SZPITAL - leczenie rozpoczęte przed 01.01.2015r.” o blisko 10 pkt %.

Z danych wynika, że do końca września 2016 r. w Świętokrzyski Centrum onkologii (ŚCO) wydano 7 921 kart DiLO. Na tle całego województwa, ilości ta stanowi blisko 54% wszystkich wydanych kart. Udział ten jest o 6 pkt % niższy, niż na koniec września 2015 r.

Zauważalnej zmianie uległy udziały poszczególnych trybów wydania kart w centrum. W wcześniejszego okresu zauważa się następujące zmianę udziałów w poszczególnych trybach:

- Tryb „AOS” – wzrost o ponad 9%;
- Tryb „Szpital” – spadek o ponad 2%;
- Tryb „Szpital - leczenie rozpoczęte przed 2015 rokiem” – spadek o ponad 11%.



Wnioski: W świetle przedstawionych faktów jedynym i nieuchronnym kierunkiem wydaje się być stopniowe modyfikowanie wprowadzonego rozwiązania, tak żeby z czasem wykluczyć główne jego wady, a przez to móc zapewnić założoną wyższą efektywność systemu w obszarze diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych, z jak największą korzyścią dla najważniejszego podmiotu systemu - pacjenta.

Dane dotyczące Centrum Onkologii w Gliwicach oraz Świętokrzyskiego Centrum Onkologii potwierdzają fakt, że ciężar realizacji pakietu onkologicznego nadal spoczywa na dużych, wyspecjalizowanych ośrodkach, co pogłębią jeszcze planowane zmiany w pakiecie onkologicznym, polegające na umożliwieniu wydania karty DiLO przez specjalistę z AOS lub SZP w przypadku posiadania wyniku badania potwierdzającego podejrzenie nowotworu złośliwego (do tej pory tylko po stwierdzeniu nowotworu złośliwego).

## **ROZLICZANIE BADAŃ GENETYCZNYCH W LECZENIU SZPITALNYM W 2017 ROKU**

dr n. o zdr. Michał Chrobot

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

Słowa kluczowe: badania genetyczne, finansowanie świadczeń, Narodowy Fundusz Zdrowia

Wstęp: Z dniem 1 stycznia 2017 roku w ramach umowy na leczenie szpitalne możliwa jest realizacja a następnie rozliczenie kosztów poniesionych na wykonanie badań genetycznych w chorobach nowotworowych. Na badania wykonane pacjentom leczonym w oddziałach szpitalnych możliwe jest otrzymanie dodatkowego finansowania z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) za wykonane badania molekularne. Jest to możliwe z uwagi na fakt, dodania przez Prezesa NFZ trzech nowych świadczeń (produktów rozliczeniowych) do katalogu do sumowania, stanowiącego załącznik 1c do Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącego rodzaju leczenia szpitalne (załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 129/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r.), tj.: podstawowe, złożone i zaawansowane badanie genetyczne w chorobach nowotworowych.

Cel pracy: Analiza zasad finansowania świadczeń z zakresu badań genetycznych w Polsce po 1 stycznia 2017 roku.

Wyniki: Z analizy zapisów zarządzenia Prezesa NFZ wynika, że świadczenia dotyczące finansowania badań genetycznych w chorobach nowotworowych są dostępne do sfinansowania w przypadku pobytu pacjenta w następujących oddziałach szpitalnych (zakresach świadczeń): chirurgia dziecięca, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia klatki piersiowej dla dzieci, chirurgia onkologiczna, chirurgia onkologiczna dla dzieci, choroby płuc, choroby płuc dla dzieci, endokrynologia, endokrynologia dla dzieci, gastroenterologia, gastroenterologia dla dzieci, ginekologia onkologiczna, hematologia, neurochirurgia, neurochirurgia dla dzieci, onkologia i hematologia, dziecięca, onkologia kliniczna, otorynolaryngologia, otorynolaryngologia dla dzieci, urologia, urologia dla dzieci. Wykazanie do rozliczenia jest możliwe tylko w sytuacji, gdy pobyt w szpitalu rozliczony jest w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), stanowiących katalog świadczeń – załącznik 1a do Zarządzenia Prezesa NFZ ws. leczenia szpitalnego.

Finansowanie badań odbywa się w sytuacji, gdy wykonane są zgodnie z zaleceniami postępowania diagnostycznego w nowotworach złośliwych rekomendowanymi przez polskie towarzystwa naukowe, następujących rozpoznaniach (według międzynarodowej klasyfikacji

ICD-10): C15 – C20, C34, C38, C40, C41, C43, C47, C48, C49, C50, C56, C57, C64, C69, C70, C71, C72, C73, C74, C82, C 83, C85, C88, C90.0, C90.1, C90.2, C91.0, C91.1, C 92.0, C92.1, D33, D45, D46, D47, D76, z rozszerzeniami do pięciu znaków.

Sam produkt możliwy jest do rozliczenia wyłącznie podczas pobytu pacjenta w oddziale w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji jednego dnia, gdy pobrano materiał do badania histopatologicznego, po otrzymaniu wyniku badania genetycznego. W przypadku wykonania większej niż 1 liczby badań z tego samego materiału do rozliczenia wskazujemy jedno, najdroższe świadczenie. Świadczeń tych nie można rozliczyć łącznie z badaniami genetycznymi z katalogu świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie.

Załącznik numer 16 do Zarządzenia Nr 129/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. wskazuje metody diagnostyczne, które mogą zostać wykonane w celu sfinansowania badań genetycznych w ramach poszczególnych produktów rozliczeniowych, tj. prostego, złożonego i zaawansowanego badania genetycznego.

Z uwagi na powyższe zapisy stwierdzono, że badania genetyczne nie mogą zostać wskazane do rozliczenia w ramach umowy z NFZ jeżeli:

- 1) zostały zlecone przez lekarza z poradni specjalistycznej;
- 2) zleczone badanie genetyczne dotyczy materiału pobranego podczas realizacji wcześniejszych świadczeń (materiał archiwalny);
- 3) dotyczy innego wskazania (rozpoznania wg ICD-10) lub wykonywane jest inną metodą niż wskazane Zarządzeniu Prezesa NFZ;
- 4) wykonywanie badania genetycznego nie jest zalecanym postępowaniem diagnostycznym w nowotworach złośliwych lub dotyczy pacjentów objętych badaniem klinicznym lub naukowo-badawczym;
- 5) placówka zlecająca wykonanie badania nie posiada jego jednoznacznego wyniku;
- 6) zostały wykonane w trakcie realizacji umów z NFZ w zakresach: chemioterapia, teleradioterapia, brachyterapia i terapia izotopowa.

Wnioski: Rozpoczęcie w 2017 roku finansowania badań genetycznych w chorób nowotworowych jest zmianą pozytywną. Niestety z uwagi na zapisy zarządzenia Prezesa NFZ możliwości sfinansowania wszystkich badań genetycznych występujących w diagnostyce i leczeniu nowotworów nie jest możliwe.

## **SESJA PLAKATOWA**

### **ZMIANY W ROZLICZANIU TERAPII ŚWIADCZEŃ, W TYM TERAPII WSPOMAGAJĄCEJ W RAMACH LECZENIA SZPITALNEGO – CHEMIOTERAPIA W LATACH 2012-2017**

mgr Joanna Tomasik

mgr inż. Łukasz Fortuna

dr n.o zdr. Michał Chrobot

Świętokrzyskie Centrum Onkologii, ul. Artwińskiego 3, 25-734 Kielce

mgr Magdalena Motnyk

Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie Oddział w Gliwicach,  
ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15, 44-101 Gliwice

Słowa kluczowe: terapia wspomagająca, chemioterapia, zmiany prawne, obwieszczenie wykazu leków refundowanych

Wstęp: W grudniu 2014 roku zostało opublikowane zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia, które wprowadziło szereg zmian mających ogromny wpływ na finansowanie terapii chemioterapeutycznej i wspomagającej.

Cel pracy: Celem pracy było porównanie warunków finansowania terapii chemioterapeutycznej i wspomagającej w latach 2012-2014 oraz po 1 stycznia 2015 roku.

Wyniki: W związku z opublikowaniem Zarządzenia Nr 80/2014/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia z późn. zm. płatnik publiczny wprowadził zmiany polegające między innymi na:

- zmianie definicji poszczególnych produktów rozliczeniowych (porady / hospitalizacji jednego dnia / hospitalizacji całodobowej);
- obniżeniu wyceny osobodnia związanego z hospitalizacją hematologiczną oraz onkologiczną, wraz z wprowadzeniem stawki degresywnej;

- wydzieleniu nowych produktów rozliczeniowych (5.08.05.0000175 - hospitalizacja jednego dnia związaną z podaniem leku z katalogu 1n część A oraz 5.08.05.0000176 - hospitalizacja jednego dnia w pozostałych przypadkach – z wyceną na poziomie porady związanej z chemioterapią);
- usunięciu możliwości rozliczania działań niepożądanych 3 i 4 stopnia w trybie porady oraz hospitalizacji jednego dnia.

W wyniku powyższych działań NFZ placówki realizujące umowę na leczenie szpitalne – chemioterapia uzyskały spadek wartości refundacji w stosunku do roku 2014 o:

- 13% - w przypadku produktu: hospitalizacja hematologiczna / onkologiczna u dorosłych;
- 67% - w przypadku produktu: hospitalizacja jednego dnia (w tym spadek wartości refundacji produktu o 25%, oraz poprzez wyodrębnienie produktu związanego z leczeniem wspomagającym).

Wnioski:

- 1) Zanotowano znaczny spadek przychodów z Narodowego Funduszu Zdrowia po wprowadzonych zmianach zawartych w Zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 80/2014/DGL z dnia 5 grudnia 2014 r. z późn. zm., wprowadzonych po 1 stycznia 2015 roku:3
- 2) Rozliczenie leków do terapii wspomagającej zostało rozdzielone od rozliczania leków cytotoksycznych, co ma wpływ na przychód ośrodka.
- 3) Rozliczanie świadczeń uległo znaczącym zmianom, w tym szczególnie w trybie jednego dnia, gdzie wyodrębniono osobodzień dla innych terapii, niż podanie cytostatyków.
- 4) Merytorycznie, organizacyjnie i finansowo uzasadnione jest realizowanie terapii wspomagającej (w uzasadnionych klinicznie przypadkach wymagających takiej formy leczenia) podczas pobytu pacjenta w oddziale / ośrodku jednego dnia, łącznie z podaniem terapii cytostatykami.

**OCHRONA ZDROWIA W POLSCE -  
DZIECKO JAKO ODBIORCA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

mgr Natalia Habik

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

Wyzwaniem współczesności jest zapewnienie odpowiedniej opieki zdrowotnej, programów wczesnych interwencji i poprawy warunków życia dzieciom przewlekle chorym i niepełnosprawnym. Dziecko jest szczególnym uczestnikiem systemu ochrony zdrowia, ma prawo do świadczeń zdrowotnych. Jednak z uwagi na wiek nie może samodzielnie decydować o korzystaniu z przysługujących mu świadczeń. W imieniu dziecka na przeprowadzenie badania lub innych świadczeń musi wyrazić zgodę jego przedstawiciel ustawowy, którym zazwyczaj są rodzice. Dzieci w systemie ochrony zdrowia powinny przebywać razem z innymi dziećmi. Nie powinno się ich umieszczać razem z dorosłymi. Dzieciom należy stworzyć warunki do zabawy, odpoczynku i nauki odpowiednio do ich wieku i samopoczucia. Dzieci i rodzice mają prawo do informacji, a w przypadku dzieci informacje te należy przekazywać w sposób odpowiedni do ich wieku i możliwości pojmowania. Dzieci i ich rodzice mają prawo współuczestniczyć we wszystkich decyzjach dotyczących leczenia.

## STAN SANITARNY SZPITALI W WOJEWÓDZTWIE ŚWIĘTOKRZYSKIM – WYBRANE ZAGADNIENIA

Andrzej Szczepanek

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu

Słowa kluczowe: stan sanitarny szpitala, odpady medyczne, postępowanie z bielizną

**Wstęp:** Zapewnienie pacjentom usług zdrowotnych na odpowiednio wysokim poziomie jest jednym z najważniejszych problemów każdego szpitala. Na standard świadczonych usług, poza wiedzą i umiejętnościami pracowników, nowoczesnym wyposażeniem medycznym, pośrednio wpływa również właściwa gospodarka odpadami medycznymi, bielizną czystą i brudną oraz zaopatrzenie szpitali w wodę o odpowiedniej jakości.

**Cel pracy:** Celem niniejszej pracy jest wykazanie, jak w ocenie Państwowej Inspekcji Sanitarnej w latach 2011-2015 zmienił się stan sanitarny szpitali na terenie województwa świętokrzyskiego ze szczególnym uwzględnieniem postępowania z bielizną, odpadami medycznymi oraz zapatrzeniem w wodę przeznaczoną do spożycia.

**Wyniki badań:** Na podstawie analizy Stanów Sanitarnych Województwa Świętokrzyskiego wykazano iż odsetek szpitali w których stwierdzono nieprawidłowości w postępowaniu z bielizną wynosił od 2,9% (w 2015 roku) do 20,7% (w 2013 roku) skontrolowanych obiektów. Problem nieodpowiedniego postępowania z odpadami medycznymi dotyczył nawet co czwartego szpitala (w 2011 roku). W latach 2011-2015 odnotowywano tylko pojedyncze przypadki pogorszenia jakości wody przeznaczonej do spożycia w budynkach szpitali. Brak rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę wykazano w aż 32,1% szpitali (w 2015 roku). Istoty problem w omawianym okresie stanowiła kolonizacja instalacji wody ciepłej przez bakterie *Legionella*. W 2011 roku patogen w ponadnormatywnej liczbie wykryto w 42,9% skontrolowanych szpitali natomiast w 2015 już tylko w 22,7% szpitali.

**Wnioski:** Uzyskane wyniki świadczą, iż niewłaściwa gospodarka odpadami medycznymi, bielizną czystą i brudną, brak rezerwowego źródła zaopatrzenia wodę oraz powszechne występowanie pałeczek *Legionella* w instalacjach wody ciepłej stanowią istotny problem. Analizując dane z lat 2011-2015 można zauważyć w omawianych aspektach (poza rezerwowym zaopatrzeniem szpitali w wodę) znaczną poprawę sytuacji.