



Zielona Góra, dn. 06.09.2018 r.

BFPZ/597/09/2018

Sz. P.

Łukasz Szumowski

Minister Zdrowia

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych **ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej**, Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” zgłasza uwagi:

Ustawa nakłada nowe obowiązki i koszty na świadczeniodawców (usługodawców), gdyż dostosowanie do nowych rozwiązań będzie wiązało się z zakupem/modernizacją posiadanych systemów komputerowych i oprogramowania. Wbrew zapisom projektu, nie można tego zrealizować bez kosztów. Federacja nie wyraża zgody na wdrażanie kolejnych etapów informatyzacji ochrony zdrowia bez zaplanowania środków finansowych dla podmiotów leczniczych, które mają realizować te zmiany. Dotychczas wprowadzana informatyzacja nie przyniosła bowiem oszczędności po stronie świadczeniodawców, co skutkuje tym, że ograniczane są, i tak zbyt małe, środki na profilaktykę i leczenie pacjentów.

W art. 1 pkt 2) a) wprowadzającym nową treść pkt 2) w ust. 2a art. 20 ustawy o świadczeniach należy usunąć przecinek pomiędzy „kod dostępu” a „oraz numer PESEL” – te dane powinny być podawane łącznie w zamian za klucz dostępu. Aktualne treść sugeruje, że zawsze trzeba podawać numer PESEL łącznie z kluczem dostępu lub kodem dostępu. To zbędne namnażanie ilości przekazywanych danych. Aby zachować uniwersalność ustawy należy przewidzieć sytuację kiedy inny dokument potwierdzający tożsamość nie będzie posiadał łącznie serii i numeru.



Zgadzać się z zasadą, że pacjent powinien leczyć się tylko w jednej poradni specjalistycznej danego rodzaju Federacja zwraca uwagę na niedoskonałości zaproponowanych regulacji. Pacjent otrzymuje skierowanie do poradni a już kiedyś gdzieś się leczył i nawet o tym nie pamięta – brak możliwości zakończenia leczenia i odblokowania możliwości korzystania z innej poradni. W systemie funkcjonują poradnie o specyficznych nazwach, projekt nie rozstrzyga czy np. pacjent z padaczką będzie mógł się leczyć jednocześnie w poradni neurologicznej i poradni leczenia padaczki, albo pacjent z podejrzanym znamieniem barwnikowym będzie mógł korzystać jednocześnie z poradni dermatologicznej, chirurgicznej, onkologicznej i chirurgii onkologicznej. Zapis: „na takie samo świadczenie opieki zdrowotnej” jest zbyt ogólny. Przykładowo pacjent u wybranego przez siebie chirurga leczony z powodu wrastającego paznokcia, czy zmiany barwnikowej, doznaje urazu i teraz uraz wolałby leczyć bliżej domu u innego chirurga – czy tak będzie można, czy nie? Czy aby leczyć uraz będzie musiał zakończyć leczenie u tego poprzedniego?

Nowoprojektowany art. 59aa ustawy o świadczeniach zawiera w ust. 4 zapis umożliwiający nadawanie identyfikatora skierowania zarówno przez system świadczeniodawcy jak i Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. Brak regulacji określających wzajemne relacje tych identyfikatorów.

Zmiana w art. 59b ust. 1 ustawy o świadczeniach wprowadzająca konieczność podawania:

„10) numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą skierowanie” powinna zostać zmieniona na kontakt z miejscem wydania skierowania. Lekarz nie jest niewolnikiem systemu i nie może być dostępny całą dobę dla wszystkich zainteresowanych kontaktem z nim. Nie ma też obowiązku posiadania telefonu przez lekarza. Obowiązek umożliwienia kontaktu dotyczy świadczeniodawcy i to z nim, w godzinach pracy, może odbywać się



kontakt. Zmuszanie lekarzy wystawiających skierowania do pozostawania w dyspozycji pod telefonem 24 godziny na dobę przez wszystkie dni w roku jest sprzeczne z regulacjami prawnymi dotyczącymi pracy lekarza ale i każdego pracownika. NFZ nie posiada takich środków aby sfinansować taką dostępność. Dlatego zapis należy bezwzględnie zmienić.

W przeprowadzanej zmianie treści art. 59b ust. 2 ustawy o świadczeniach Federacja proponuje rozszerzyć zakres wiadomości tekstowej o informację o celu skierowania (np. nazwa badania, czy poradni specjalistycznej). Podczas jednej wizyty zdarza się, że wystawiane jest kilka skierowań na różne świadczenia wtedy uzyskanie serii sms-ów przez pacjenta bardzo utrudni mu umawianie się na porady w odpowiednich poradniach przy jednoczesnym ujawnianiu jego danych wrażliwych co do innych skierowań jakie posiada, a może nie chce się z tym ujawniać w rejestracji.

W tym samym ustępie 2 w pkt 3) Federacji wnosi o usunięcie zwrotu „na każde żądanie świadczeniobiorcy”. Pozostawienie takiego zapisu powoduje, że każde wystawienie skierowania elektronicznego skończy się koniecznością wydruku, gdyż pacjent na wszelki wypadek będzie chciał otrzymać „papier”. To zjawisko zaczyna być już wyraźnie widoczne przy zwolnieniach elektronicznych kiedy pacjenci początkowo chętnie rezygnujący z wydruku potwierdzającego wydanie eZLA stopniowo zaczynają żądać wydruków za każdym razem.

Zmiany wprowadzane w art. 3 dotyczące zmian w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia dotyczące definicji elektronicznej dokumentacji medycznej (art. 2 w pkt 6 lit. a) jeszcze bardziej gmatwają sytuację w zakresie definicji pojęć dotyczących dokumentacji elektronicznej i papierowej. Jeżeli recepta jest dokumentacją medyczną to jej kopia lub dokładny opis powinny znaleźć się w dokumentacji podmiotu



prowadzonej papierowo zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (par. 2 ust. 5).

W nowelizowanej treści art. 15a ust. 2 w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Federacja proponuje zastąpić konieczność ukończenia kursu specjalistycznego przeszkoleniem przez lekarza udzielającego świadczeń w danym podmiocie. W sytuacji niedoboru kadr medycznych należy maksymalizować możliwość wykorzystania kompetencji personelu już udzielającego świadczeń. Pielęgniarki i położne, które ukończyły studia na tych kierunkach potrafią po krótkim przeszkoleniu poradzić sobie z kontynuacją leczenia wcześniej zaordynowanego przez lekarza. Jedynie przeszkolenia wymagają w zakresie prawnego-formalnym co do wystawiania recept a takie szkolenie znacznie sprawniej, taniej i bez utraty czasu przez deficytowy personel medyczny może wykonać współpracujący z nią lekarz. Można pozostawić równolegle możliwość odbycia kursu specjalistycznego ale jako alternatywę wobec prostego przeszkolenia w miejscu pracy.

W Ocenie Skutków Regulacji w części „Jaki problem jest rozwiązywany?” zapisano, że zdefiniowano problem braku pewnych regulacji i niewłaściwych zapisów ustawowych. Natomiast w Uzasadnieniu zapisano, że celem projektu ustawy jest zmiana czterech ustaw.

Zdaniem Federacji celem powinno być usunięcie nieprawidłowości i uzupełnienie brakujących regulacji.

Z poważaniem

Wiceprezes Federacji PZ

Teresa Dobrzańska-Pielichowska
Teresa Dobrzańska-Pielichowska