



Zielona Góra, dn. 06.05.2019 r.

BFPZ/343/05/2019

Sz. P.

Łukasz Szumowski

Minister Zdrowia

W związku z przekazaniem do konsultacji **projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych** Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” przesyła uwagi:

Ilość zbieranych danych jest nadmiarowa. Stosowane kody są na tyle nieprecyzyjne, że świadczeniodawcy sprawozdają tak jak uważają a nie tak jak jest to oczekiwane a związku z tym nie nadają się one do analiz. Brak jest również wyjaśnień i wytycznych postępowania w z związku z tym Federacja stoi na stanowisku, że niezbędne jest ograniczenie ilości gromadzonych danych do niezbędnego minimum.

Uwagi szczegółowe:

- 1) W par. 3 ust. 1 p 6) i 7) - w przypadku POZ data rozpoczęcia i zakończenia jest tą samą datą powinno się, więc gromadzić datę udzielenia świadczenia. Większość świadczeń w Polsce to świadczenia POZ, więc zbieranie podwójnej ilości danych jest zbędnym gromadzeniem danych nadmiarowych. Kody określające świadczenie jako świadczenie POZ powinny determinować konieczność podawania tylko jednej danej.
- 2) W par. 3 ust. 1 p. 13) należy ograniczyć ilość danych w związku z tym, że będą one gromadzone w P1 i nie ma potrzeby ich gromadzenia zwiokrotniać. W przypadku e-skierowań powinno się tylko przechowywać jego unikalny numer.
- 3) W par. 3 ust. 1 p. 21) oznaczyć, że nie ma zastosowania w POZ poza sytuacjami, kiedy w POZ jest stawiane ostateczne rozpoznanie lub modyfikowane leczenie. Z definicji w POZ nie ma takich sytuacji, więc nie powinien ten punkt dotyczyć świadczeń POZ. Silenie się lekarzy i pielęgniarek POZ na określanie stopnia zaawansowania nowotworów wg TNM może fałszować statystyki ze względu na brak



możliwości wiarygodnego klasyfikowania na poziomie POZ stadium zaawansowania nowotworu.

- 4) W par. 3 ust. 3 p. 1) usunąć pkt d) - o tym czy karta została wydana noworodkowi świadczy data urodzenia/PESEL, więc jest to zbędne dublowanie informacji.
- 5) W par. 4 p. 4) usunąć punkt a) "państwo"- skoro w tym miejscu podaje się miejsce zamieszkania na terytorium RP lub adres miejsca pobytu na terytorium RP to państwo jest zawsze takie samo.
- 6) W par. 4 p. 4) usunąć punkt e) "nazwa: gminy, powiatu i województwa" - podanie kodu pocztowego w punkcie c) jednoznacznie definiuje gdzie położone jest miejsce.
- 7) W par. 4 usunąć punkty 6) "datę urodzenia" i 7) "płeć" - są to informacje wynikające ze zbieranego numeru PESEL, alternatywnie oznaczyć je jako zbierane, gdy pacjent nie posiada numeru PESEL.
- 8) W par. 4 p. 9) zapisać, że MZ tworzy rejestry uprawnień dodatkowych i świadczeniodawca powinien tylko skorzystać z pozyskanej z nich informacji a nie pozyskiwać, weryfikować i gromadzić te informacje i poświadczenia.
- 9) W par. 6 ust. 3 usunąć punkt 4) - Konieczność ważenia i mierzenia każdego pacjenta przy pierwszej wizycie w roku spowoduje, że w styczniu czas przyjęć znacznie się wydłuży bo trzeba będzie każdego zmierzyć i ważyc. Jest to bardzo nieracjonalne wykorzystania zasobów POZ.

Co w sytuacji kiedy:

- porada udzielana jest przez telefon?
- zgłasza się na poradę ktoś z rodziny pacjenta - kogo mierzymy i ważymy?

Federacja widzi korzyści z gromadzenia i analizy danych antropometrycznych pacjentów jednak zgłasza wątpliwości czy:

1. jest to zgodne z RODO - dane medyczne jako szczególnie chronione - tu przekazywane otwartym tekstem do urzędu, którego celem jest rozliczanie a nie prowadzenie leczenia?
2. jest zgodne z RODO - automatyczne profilowanie przez NFZ?
3. jest zgodne z prawami pacjenta - odmowa udzielenia świadczenia (pomiar) uniemożliwi udzielenie porady w POZ w nowym roku?

Mając te wszystkie wątpliwości na uwadze, a także mając świadomość jak wielkim



obciążeniem dla placówek POZ stałoby się wdrożenie takiej zmiany Federacja oczekuje przeprowadzenia dodatkowych rozmów w tym zakresie i przedstawienia przez MZ analiz wskazujących na korzyści z wprowadzenia takich rozwiązań przy uwzględnieniu kosztów osobowych i finansowych jakie musiałyby być pokryte przez NFZ w ramach rozszerzenia umów POZ.

- 10) W par. 6 ust. 6 rozszerza zakres dotychczasowej sprawozdawczości do NFZ określonej umowami na POZ – nic nie wskazuje na potrzebę takiego rozszerzenia.
- 11) W rozporządzeniu należy wyraźnie zaznaczyć, że harmonogramu przyjęć, o którym mowa w par. 8, nie prowadzi się w ramach świadczeń POZ.
- 12) W par. 9 ust. 2 pkt 1) usunąć "a w przypadku pielęgniarki oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej dodatkowo numer PESEL" - jest to gromadzenie danych osobowych nadmiarowych. Numer prawa wykonywania zawodu jednoznacznie definiuje pielęgniarkę i położną nie ma, więc potrzeby gromadzenia numerów PESEL. Zakres informacyjny deklaracji zawarty jest w ustawie w związku z tym w rozporządzeniu powinien być zapis jedynie o gromadzeniu danych wg ustawy oraz tych, które nie są danymi osobowymi a są niezbędne do rozliczenia umowy z NFZ (aktualny punkt 6 w projekcie).
- 13) W par. 9 ust. 3 uwagi jak do ust. 2 odpowiednio.
- 14) W par. 9 ust. 4 pkt. 1) b) - usunąć konieczność przekazywania kodu TERYT skoro przekazywany jest kod pocztowy. Jeżeli NFZ potrzebuje poznać kod TERYT to na podstawie kodu pocztowego może sobie przyporządkować adres do danego terenu geograficznego.
- 15) W Załączniku nr 1 w tabeli nr 1 stosowane pojęcia "lekarza rodzinnego" , "pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej" nie odpowiadają aktualnym nazwom stosowanym w polskim systemie prawnym.
Doświadczenie pokazało, że sposób kodowania funkcji ochrony zdrowia i jednostek statystycznych świadczeń są tak niejednoznaczne, że istnieją stałe wątpliwości jakie kody powinny mieć określone świadczenia. Świadczeniodawcy mają jednoznacznie określone w umowach z NFZ kody procedur i te kody powinny wystarczać do gromadzenia. Stosowanie tych określonych w załączniku nr 1 powoduje, że zajmujemy czas i przestrzeń w bazach danych dla gromadzenia danych wtórnych i bez



pewności, co do ich wiarygodności. W związku z tym należy zdaniem Federacji z nich zrezygnować.

- 16) W załączniku nr 1 tabeli nr 1 w punkcie 6.2 Medycyna szkolna mowa jest o działaniach lekarzy w medycynie szkolnej podczas, gdy świadczeń w warunkach szkolnych udzielają tylko pielęgniarki.
- W tym samym załączniku tylko w punkcie 6.1 jest mowa o tym, że obejmuje szczepienia, tak samo jak punkt 6.3 tej samej tabeli - potwierdza to postawioną tezę, że kodowanie jest niejednoznaczne.
- W tabeli nr 2 stosowanie kodu 17 z pozycji 16.(!) Bilans zdrowia uzależniony jest od realizacji badań lekarskich zgodnie z koszykiem świadczeń gwarantowanych czy wg definicji przyjętej w tym opiniowanym rozporządzeniu?
- 17) W tabeli 3 w załączniku nr 1 mowa jest w grupie 4.1 - badania laboratoryjne w POZ o badaniu zeszkrobin i fragmentów tkanek - takie badania nie są wykonywane w POZ, należy więc usunąć je z tabeli.
- 18) W tabeli nr 9 załącznika nr 3 w pozycji 1. jako cel przewozu wskazano "Konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej" - jest to pojęcie nie stosowane od lat w związku z wprowadzeniem ustawy o działalności leczniczej. Poza tym, jeżeli pacjent wymaga podjęcia natychmiastowego leczenia to nie powinien być transportowany transportem sanitarnym a przez zespół ratownictwa medycznego. Transport sanitarny nie zapewnia bowiem bezpieczeństwa dla zdrowia i życia pacjenta wymagającego natychmiastowego leczenia.
- 19) W tabeli nr 11 załącznika nr 3 w nagłówku zapisano "kod nazwy/pełna nazwa dokumentu" podczas, gdy dalej w tabeli nie jest stosowany znak "/" jako rozdzielający kod od nazwy. Należy ujednoclić stosowane oznaczenia.

Z poważaniem

Wiceprezes Federacji PZ

Teresa Dobrzańska-Pielichowska
Teresa Dobrzańska-Pielichowska