



Zielona Góra, dn. 18.05.2019 r.

BFPZ/379/05/2019

*Sz. P.*

*Łukasz Szumowski*

*Minister Zdrowia*

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych **projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań e-zdrowia** Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” przesyła uwagi:

I. UWAGI OGÓLNE

Wdrożenie e-zdrowia nie może być celem samym w sobie. Transformacja cyfrowa to wieloletni proces, ale szybkość jego wdrażania może być większa jeżeli odpowiednio będzie wprowadzać się udogodnienia z niej wynikające. Przedstawiony do opiniowania projekt jest zdaniem Federacji niewystarczający. Dobre rozwiązania widoczne w nim należy rozszerzyć a jednocześnie usunąć rozwiązania szkodliwe dla systemu. Kluczowa dla procesu wdrażania e-recepty jest kwestia zniesienia określania poziomu refundacji przez osoby wystawiające recepty. Jednocześnie Federacja stoi na stanowisku, że uproszczenia w refundacji są niezbędne nie tylko dla e-recepty ale dla wszystkich recept. Orzekanie o refundacji jest marnowaniem czasu deficytowego personelu medycznego i winno być jak najszybciej zlikwidowane. Jest wiele metod innego ograniczania dostępu do leków refundowanych, o których Federacja wielokrotnie informowała a w razie potrzeby jest gotowa kolejny raz przedstawić możliwe rozwiązania.

II. UWAGI SZCZEGÓŁOWE

1. W art. 1 wprowadzany ustęp 4 art. 41a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry należy rozszerzyć o zapis nakładający na osobę upoważnioną przez lekarza odpowiedzialność za zgodność zamieszczonych w elektronicznej dokumentacji medycznej danych z danymi wytworzonymi przez lekarza. W związku z czym lekarz odpowiedzialny byłby za merytoryczną zawartość jednak to osoba upoważniona ponosiłaby odpowiedzialność za swoje błędy.



## **POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE**

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia  
65-048 Zielona Góra al. Niepodległości 16 p.10 tel./fax 0/68 325 72 97; 609 726 946; biuro.pz@op.pl

Taka odpowiedzialność zapisana w ustawie miałyby działanie prewencyjne przed nonszalancją asystenta przy przenoszeniu danych do elektronicznej dokumentacji medycznej. Jednocześnie niwelowałyby to zagrożenia, których świadomość powoduje, że lekarze niechętnie korzystają dotąd z możliwości delegowania wystawiania eZLA przez asystentów choć było to oczekiwania większości lekarzy.

2. W art. 1 dodanie w art. 45 ust. 2b choć poprawia aktualny stan to jest zbyt małym krokiem. Należy przyjąć, że lek powinien być refundowany we wszystkich wskazaniach klinicznych a nie rejestrowych. Mamy dzisiaj sytuację kiedy charakterystyki produktów leczniczych są zbyt późno dostosowywane do zmieniającej się wiedzy medycznej i wytycznych towarzystw naukowych ograniczając w ten sposób postępowanie lekarzy lub narażając pacjenta na ponoszenie zbędnych kosztów leków przy bezpiecznym dla lekarza wypisywaniu leków bez refundacji w ramach asekuracji. ChPL jest często niejednoznaczny i trudno jednoznacznie określić czy w danej konkretnej sytuacji klinicznej jest to zgodne ze stanem pacjenta czy nie.
3. Art. 1 należy zdaniem Federacji rozszerzyć o usunięcie z art. 45 ust. 2 zdania drugiego oraz cały ust. 2a. Uprawnienia dodatkowe pacjenta powinny być nadawane przez system P1 podczas „przechodzenia” e-recepty od lekarza do apteki. Lekarz nie ma wiarygodnego źródła takiej informacji i zawsze jego działanie jest wtórne do innych w związku z czym powinny powstać rejestry uprawnień dodatkowych i to tam instytucje do tego uprawnione i przygotowane powinny zamieszczać wiarygodne dane. Dzięki temu każdy pacjent posiadający uprawnienia dodatkowe będzie mógł z nich skorzystać, ale też nikt nieuprawniony nie skorzysta czyli zostanie uszczelniony system. Dzięki usunięciu ust. 2a wraz z poprawkami w pozostałych aktach prawnych zostanie zlikwidowana konieczność wykonywania biurokratycznej czynności jaką jest odnotowywanie na receptie odpłatności. Taka czynność winna odbywać się automatycznie na podstawie zgromadzonych w systemach centralnych danych o refundacji i lekach oraz statusie pacjenta (m.in. wiek, płeć, schorzenia, uprawnienia). Czas lekarzy poświęcany na określanie refundacji jest przez tę czynność marnotrawiony a w sytuacji ich niedoboru powinniśmy likwidować wszystkie miejsca wykonywania czynności, których



## POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia  
65-048 Zielona Góra al. Niepodległości 16 p.10 tel./fax 0/68 325 72 97; 609 726 946; biuro.pz@op.pl

nie musi wykonywać lekarz. Zbędna czynność określania poziomu odpłatności niesie ze sobą olbrzymie ryzyko finansowe dla lekarza ale również pielęgniarek i położnych, które pomimo przysługujących im uprawnień w bardzo małym stopniu z nich korzystają i nie następuje odciążenie lekarzy od wystawiania recept, szczególnie dla osób przewlekle chorych.

4. W art. 2 poza zaproponowanymi w projekcie zmianami Federacja wnosi o rozszerzenie zapisów art. 54a ust. 6 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa w zakresie wprowadzenia odpowiedzialności asystenta za swoje błędy. Uzasadnienie zawarte jest w powyżej w punkcie dotyczącym odpowiedzialności asystenta za swoje błędy przy wprowadzaniu elektronicznej dokumentacji medycznej.
5. W art. 3 zmiana 2) wprowadzająca nowy art. 87a do Prawa farmaceutycznego powinna brzmieć nie „Apteki i punkty apteczne **mogą otrzymywać** informacje o posiadanych przez pacjenta uprawnieniach dodatkowych oraz informacje o posiadaniu orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.,, a „Apteki i punkty apteczne **otrzymują** informacje o posiadanych przez pacjenta uprawnieniach dodatkowych oraz informacje o posiadaniu orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”. Te dane winny być obowiązkowo przekazywane do aptek i tam wykorzystywane zgodnie z logiką procesu obniżania opłat dla pacjentów uprawnionych. Poza argumentami przytoczonymi w punkcie 3 dotyczącym zmian ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry ważne jest też to, że zmniejszenie ilości danych pobieranych i przekazywanych przez lekarzy (a potem weryfikowanych przez platformę P1) spowoduje poprawę wydajności działania systemów informatycznych, które już dziś mają problemy wydajnościowe a po pełnym obciążeniu będą zawodzić. Dzięki oszczędzaniu zasobów poprawione zostanie bezpieczeństwo techniczne infrastruktury.
6. W art. 3 zmiana 5) d) wprowadzająca nowe brzmienie ust. 2 pkt 1 art. 96a do Prawa farmaceutycznego winna zostać rozszerzona o zapis (zdanie drugie):



## **POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE**

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia  
65-048 Zielona Góra al. Niepodległości 16 p.10 tel./fax 0/68 325 72 97; 609 726 946; biuro.pz@op.pl

„W przypadku produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, które są pakowane w opakowania, których wielokrotność ilości nie pokrywa się z liczbą 360 możliwe jest wystawienie ilości opakowań łącznie przekraczających ilość niezbędną do stosowania przez 360-dniowy okres stosowania pod warunkiem, że jest to o maksymalnie 1 opakowanie więcej niż ilość mieszcząca się w 360-dniowym okresie stosowania”. Chodzi o sytuacje kiedy leki są pakowane np. po 100 tabletek lub po 50 tabletek ale przyjmowane po ½ tabletki dziennie.

7. Poza zaproponowanymi zmianami w art. 96a Prawa farmaceutycznego Federacja wnosi o:
  - usunięcie w ust. 1 pkt 1 e) „kod uprawnień dodatkowych pacjenta, jeżeli dotyczy;” jako następstwo zmian proponowanych w uwagach powyżej.
  - usunięcie w ust. 8 pkt 3) „kod uprawnień dodatkowych pacjenta, jeżeli dotyczy;” jako następstwo zmian proponowanych w uwagach powyżej.
  - usunięcie w ust. 8 pkt 4) dotyczący innych uprawnień dodatkowych (m.in. CN, DN) jako następstwo zmian proponowanych w uwagach powyżej.
  - usunięcie w ust. 8 pkt 7)-10) w celu likwidacji określania poziomu refundacji przez lekarza.
8. Proponowana w art. 3 zmiana 5) k) wprowadzająca nowe ustępy 8b-8d do art. 96a Prawa farmaceutycznego nie rozwiązuje najważniejszych problemów związanych z refundacją. Jest dobrym krokiem obniżającym koszty leków dla pacjentów ale samo zmniejszenie ilości możliwych wyborów dla lekarza nie jest tym czego oczekuje środowisko, m.in. dlatego, że nadal pozostaje kwestia badania zgodności z ChPL-ami. Należy całkowicie odejść od określania poziomu refundacji przez personel medyczny. Całość powinna być realizowana na platformie P1 w mechanizmach automatycznych algorytmów dobierających odpłatność do konkretnego pacjenta wg zadanych parametrów zgodnych z decyzjami refundacyjnymi, wiedzą medyczną i schorzeniami pacjenta zawartymi np. w IKP.
9. W art. 4 zmiana 6) b) odnosi się do nieistniejącego ust. 3 pkt 1 lit. f).
10. Wprowadzone w art. 4 zmiany z punktu 8) należy rozszerzyć również na inne akty prawne w tym akty wykonawcze i zarządzenia Prezesa NFZ tak aby wszędzie dopuścić stosowanie nadruku zamiast pieczęci.



11. Rozszerzenie zakresu lekarzy uprawnionych do wystawiania recept „S” (art. 4 punkt 9)) winna być szersza i objąć wszystkich lekarzy uprawnionych do wystawiania recept a co najmniej wszystkich lekarzy udzielających świadczeń w POZ (np. lekarze pomagający lekarzowi POZ w okresie urlopowym), w tym w POZ innym niż ten do którego zadeklarowany jest pacjent (np. pobyt pacjenta u rodziny).
12. Wprowadzony w art. 4 zmianą 9) nowy ust. 1b w art. 43a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych obowiązek dokonywania weryfikacji recept wystawionych oraz zrealizowanych jest nie do spełnienia. Jeżeli chcemy zabezpieczyć system przed nadmierną konsumpcją leków przez seniorów to należy wprowadzić mechanizmy po stronie platformy P1, które będą informować lekarza o przekroczeniu dopuszczalnej ilości leku albo ostrzegać o wystawieniu recept na takie same (lub podobne) leki w zadanym przez ustawę okresie np. 30 dni. Wdrażanie rozwiązań e-zdrowia nie może skutkować większą pracą po stronie personelu medycznego.
13. W art. 4 w zmianie 12) Federacja proponuje rozszerzyć zakres przekazywanych danych przez ZUS o informacje o toczących się sprawach o uzyskanie uprawnień rentowych, które dają podstawę do uzyskania uprawnienia do świadczeń i pozwolą zwiększyć jakość danych przekazywanych przez eWUŚ.
14. Zmianę w art. 5 należy doprecyzować, że podmioty lecznicze posiadające umowę z NFZ uzyskują uprawnienia podmiotu publicznego a nie stają się podmiotami publicznymi.
15. Wprowadzana zmianą 10) w art. 6 zmiana treści art. 15 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia powinna zawierać odniesienia do wszystkich instytucji mogących uzupełnić rejestry uprawnień dodatkowych pacjentów (m.in. IB, ZK), natomiast z zakresu dodawanych zmian należy usunąć „lekarza podstawowej opieki zdrowotnej”, który nie ma narzędzi do wiarygodnego wprowadzania zmian poza tym nie jest stroną umowy z NFZ więc nie może mieć nakładanych obowiązków. Lekarz POZ ani świadczeniodawca POZ nie może przekazywać danych a już na pewno nie w terminie „niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni od momentu powstania uprawnienia albo





jego zmiany”. Takie informacje i w takim terminie może przekazywać urząd nadający bądź odbierający te uprawnienia.

16. W art. 6 wprowadzany zmianą 10) a) do art. 16 zakres podawanych danych do Centralnego Wykazu Usługodawców (adresy strony internetowej i poczty elektronicznej) należy rozbudować o dopisek „o ile posiada”. Nie każdy podmiot posiada stronę internetową więc nie może podać jej adresu.
17. Wprowadzony w art. 6 zmianą 15 b) nowy ustęp 1d w art. 35 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia to krok w dobrym kierunku jednak zakres osób upoważnionych z mocy prawa do dostępu do danych osobowych lub jednostkowych danych medycznych przetwarzanych w SIM pacjenta należy rozszerzyć na cały Zespół POZ w podmiocie leczniczym. Dostęp do danych powinni mieć poza lekarzem imiennie wybranym przez pacjenta pozostali lekarze świadczący usługi POZ w podmiocie tak aby pacjent zawsze uzyskiwał odpowiedniej jakości świadczenie oparte o komplet wiedzy na jego temat. Dostęp do danych winny mieć również pielęgniarki i położne POZ, które biorą udział w opiece nad pacjentem wraz z lekarzem POZ. Ma to szczególne znaczenie w kontekście rozwijanej opieki koordynowanej oraz w profilaktyce. Pacjent poza imiennym wyborem lekarza, pielęgniarki i położnej POZ wybiera świadczeniodawcę i ten wybór należy w automatyzacji dostępu wykorzystać.
18. Art. 7 zmieniający ustawę refundacyjną należy rozszerzyć o zapisy usuwające orzekanie o refundacji przez lekarza a także zmienić w art. 6 wskazania rejestrowe na wskazania medyczne określone stanem klinicznym. W tej sprawie Federacja Porozumienie Zielonogórskie złożyła projekt obywatelski, który uzyskał poza poparciem wymaganych 100 tys. obywateli również poparcie środowiska medycznego oraz wszystkich klubów poselskich i rządu.
19. Wprowadzony w art. 7 zmianą 4) nowy ust. 5a w art. 48 ustawy refundacyjnej znoszący odpowiedzialność osoby wystawiającej receptę za błędy systemu teleinformatycznego należy rozszerzyć na świadczeniodawcę, u którego wystawiana jest recepta. Nie może być tak, że lekarz nie zostanie ukarany ale kara zostanie wymierzona świadczeniodawcy, u którego ten lekarz pracuje. W związku z powyższym Federacja oczekuje dodania zapisu, że „Świadczeniodawca nie ponosi odpowiedzialności za błędy wynikające z



## **POROZUMIENIE ZIELONOGÓRSKIE**

Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia  
65-048 Zielona Góra al. Niepodległości 16 p.10 tel./fax 0/68 325 72 97; 609 726 946; biuro.pz@op.pl

działania systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.”

20. W art. 9 usunąć zapis zmiany 1) dopuszczający bezpłatne zmienianie lekarza, pielęgniarki, położnej POZ dowolną ilość razy w przypadku składania deklaracji przez IKP. Zastosowanie takiego rozwiązania całkowicie rozmontuje podstawową opiekę zdrowotną gdyż pacjent będzie mógł chodzić do wszystkich lekarzy kiedy tylko będzie miał ochotę i potrzebę. Turystyka i wędrowanie pacjentów po podmiotach będzie szkodliwa dla jego zdrowia a także będzie stanowić obciążenie kosztowe dla systemu ochrony zdrowia.
21. W art. 18 należy rozszerzyć zakres osób uprawnionych do dostępu do danych osobowych i jednostkowych danych medycznych pacjenta zgodnie z uwagą 17. Informację o prawie złożenia sprzeciwu przekazać powinno być można również poprzez ogłoszenie na tablicy informacyjnej wewnątrz podmiotu.

### III. INNE NIEZBĘDNE ZMIANY

1. Zmiany wprowadzane w art. 1 pkt 2) winny znaleźć się również w zapisach dotyczących recept wystawianych przez personel medyczny inny niż lekarz.
2. Zmieniając wiele aktów prawnych w związku z wdrażaniem rozwiązań e-zdrowia warto również zmienić przepisy dotyczące wysyłanych wiadomości tekstowych informujących o wystawieniu e-recepty tak aby możliwe było w przyszłości generowanie sms-ów z większą ilością danych (np. przyszła data realizacji) oraz przypominających o niewykupionych lekach.

Mając świadomość jak ważne zmiany wprowadzane są opiniowanym projektem ustawy Federacja zwraca uwagę, że winny być one poddane szczegółowym uzgodnieniom, do których jak zawsze jesteśmy gotowi przystąpić.

Z poważaniem

Wiceprezes Federacji PZ

*Teresa Dobrzańska-Pielichowska*  
Teresa Dobrzańska-Pielichowska