



Pracodawcy
Rzeczypospolitej
Polskiej
Bok założenia 1999

WYDZIAŁ OBSŁUGI PREZYDIUM SEJMU

L.dz. *SPS-WP.020.130.11.2023*

Data wpływu *14.06.230.*

Rafał Dutkiewicz
Prezes Zarządu

Warszawa, 12 czerwca 2023 r.

ZDG/DZ/0223/06.2023/BR

Do druku nr 3260

SEKRETARIAT Z-CY SZEFASZ

L.dz. *DS.175.219.2020*

Data wpływu *13.06.2023*

Pan

Dariusz Salomończyk

Zastępca Szefa

Kancelarii Sejmu

Dotyczy: uwag do projektu ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta

Szanowny Panie Ministrze,

w odpowiedzi na pismo z dnia 31 maja 2023 r., sygnatura: SPS-WP.020.130.9.2023, Pracodawcy RP przekazują swoje stanowisko. Od lat czynimy aktywne starania na rzecz wdrożenia do polskiego porządku prawnego przepisów, które premiowałyby podmioty dbające o jakość realizowanych świadczeń medycznych. Projekt ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta, stanowiący kulminację wieloletnich prac i dyskusji systemowych nad tym zagadnieniem, jest projektem niezwykle istotnym i potrzebnym – zarówno z perspektywy pacjentów, jak i całego sektora polskiej ochrony zdrowia.

Pracodawcy RP pokładają olbrzymią nadzieję, że zaproponowane w tym projekcie rozwiązania zapewnią zmianę organizacji i finansowania polskiego systemu opieki zdrowotnej na model zorientowany na efektywność procesu terapeutycznego i co za tym idzie – rezultat leczenia.

KORZYŚCI Z EFEKTYWNEJ KOORDYNACJI

Warto podkreślić, iż model organizacji opieki zdrowotnej oparty o monitoring i systematyczną poprawę efektywności procesu leczenia sprzyja upowszechnieniu opieki koordynowanej i kompleksowemu spojrzeniu na potrzeby zdrowotne pacjentów. Ta filozofia dążąca do optymalnego wykorzystania zasobów kadrowych, sprzętowych i organizacyjnych w sposób bezpośredni przyczynia się do poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów, jak i szerszej adopcji innowacji (lekowych, technologicznych) w całym procesie terapeutycznym.

PROCES AUTORYZACJI I AKREDYTACJI

Decyzję o jasnym oddzieleniu kompetencji płatnika i instytucji akredytacyjnej przyjmujemy z ogromną aprobatą. Naturalną konsekwencją zaproponowanych zmian powinien być zatem systematyczny rozwój i stopniowe poszerzanie kompetencji ośrodka akredytacyjnego, w tym uzupełnienie jego zadań o proces autoryzacji, który jako niezależna agencja będzie oceniać jakość i wskazywać kierunki działania, poprawiając efektywność leczenia i bezpieczeństwo pacjentów. Dlatego też w ocenie Pracodawców RP zasadne będzie dokonanie kilku korekt w zakresie przepisów adresujących obszar autoryzacji i akredytacji, które zapewne przyczynią się realizacji zakładanych celów:

- 1) **Usankcjonowanie kompetencji ośrodka akredytacyjnego i autoryzacyjnego w ujęciu procesowym:** proces autoryzacyjny jest jednym z kluczowych elementów oceny jakości świadczeń realizowanych przez podmioty medyczne. NFZ jako płatnik publiczny, który przeprowadza konkursy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, finansuje te świadczenia, kontroluje ich realizację, nie powinien jednocześnie pełnić roli nadzorczej nad systemem autoryzacji podmiotów do funkcjonowania w ramach systemu publicznej ochrony zdrowia. Proces autoryzacji jest elementem, który powinien być realizowany przez zewnętrzny i niezależny od płatnika ośrodek akredytacyjny. Dlatego niezwykle ważne jest, aby rozwiązania dotyczące autoryzacji, która jest jednym z elementów oceny jakości, również przenieść do zakresu kompetencji ośrodka akredytacyjnego.
- 2) **Terminy i przebieg procesu autoryzacji** powinien uwzględniać także maksymalny czas, w którym jednostka autoryzacyjna powinna zakończyć proces oceny podmiotu leczniczego. W obecnym kształcie ustawy wskazany jest jedynie minimalny termin (7 dni) od złożenia wniosku przez podmiot leczniczy, w którym jednostka autoryzacyjna może rozpocząć procedurę autoryzacji. Nie wskazano natomiast maksymalnego terminu, w którym jednostka powinna zakończyć procedurę autoryzacyjną i zaprezentować wnioski z analizy. W procesie autoryzacji powinna zostać także uwzględniona możliwość proaktywnego wystąpienia przez podmiot leczniczy z wnioskiem o rozpoczęcie procesu autoryzacji, nawet w sytuacji gdy nie posiada ona aktywnego kontraktu z NFZ (a przygotowuje się np. do zapowiadanego kontraktowania).
- 3) **Skład Rady Akredytacyjnej:** konieczna jest weryfikacja zapisów dotyczących składu Rady Akredytacyjnej. Zasadne wydaje się, by znakomitą część składu osobowego rady stanowili eksperci systemowi, profesjonaliści medyczni, eksperci z obszaru zarządzania jakością w ochronie zdrowia czy praktycy mający codzienną styczność z procedurami medycznymi. Biorąc pod uwagę fakt, iż akredytacja powinna być realizowana przez ośrodek całkowicie niezależny od Ministra Zdrowia, to kontrproduktywne wydaje się być to, iż przeważającą część składu osobowego Rady Akredytacyjnej stanowią przedstawiciele administracji rządowej. Rolą Rady Akredytacyjnej jest – poza tworzeniem monitorowania procesu akredytacji – również tworzenie standardów akredytacyjnych i bez fachowej wiedzy w zakresie procesów zachodzących np. w szpitalach trudno sobie wyobrazić tworzenie, czy też weryfikację standardów akredytacyjnych.
- 4) **Standardy i mierniki jakości:** kształtowanie założeń procesu pomiaru jakości oraz wybór i lokalizacja do polskich warunków mierników jakościowych funkcjonujących obecnie na arenie międzynarodowej powinno leżeć w kompetencji rady i afiliowanych przy niej zespołów roboczych, a nie przedstawicieli NFZ. Niezwykle istotne wydaje się w tym miejscu, by mierniki jakościowe nie były definiowane dla wszystkich procedur medycznych w sposób uniwersalny i generyczny, a uwzględniały specyfikę tych procedur (np. KPI jakościowy mierzący efektywną poprawę jakości życia pacjenta paliatywnego, a nie długość jego życia po wykonaniu zabiegu etc.). Dlatego trudno sobie wyobrazić przygotowanie tych mierników jakościowych bez uprzedniej standaryzacji procedur medycznych.

Poprawa jakości w ochronie zdrowia jest w interesie wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia, w tym oczywiście pacjentów, ale także dyrektorów, prezesów podmiotów leczniczych, jak również płatnika publicznego i Ministra Zdrowia.

Pracodawcy RP mają nadzieję, na uwzględnienie zaproponowanych przez nas korekt, ponieważ ten niezwykle ważny projekt to szansa na rozwój działalności leczniczej – model finansowania oparty o wyniki będzie premiował podmioty lecznicze o najwyższych wynikach jakościowych.

Podsumowując – ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta jest bardzo potrzebna polskiemu systemowi opieki zdrowotnej. Bardzo liczymy na dialog w tej tak wyczekiwanej i niezwykle ważnej dla polskiego systemu opieki zdrowotnej sprawie oraz uwzględnienie sugestii Pracodawców RP.

Z ulinami!

Dariusz Dutkiewicz